

# Lesión del nervio axilar tras reducción cerrada de fractura-luxación de hombro

Galián Muñoz E\*, Marín Martínez C, Lajara Marco F, Martínez Guerrero RB, Cuevas Aragón P

\*Contacto: elenagalianm@gmail.com

## OBJETIVO

Recordar que las fracturas-luxaciones de húmero proximal pueden poner en riesgo a los elementos vasculonerviosos circundantes, especialmente ante manipulaciones no controladas, por lo que el manejo de estas lesiones es delicado y debe ser valorado cuidadosamente.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 60 años traído a Urgencias tras caída mientras practicaba ciclismo. Traumatismo en miembro superior izquierdo. A la exploración física, hombro izquierdo en charretera, parestesias en territorio axilar, movilidad distal conservada y pulsos distales presentes y simétricos.

Radiográficamente (Figura 1), fractura-luxación de húmero proximal, en 4 fragmentos según clasificación de Neer.

Se procede en Urgencias a **maniobras de reducción** suaves, no exitosas. Perfusión y sensibilidad permanecen sin cambios.

En TC urgente se observa el fragmento principal de cabeza humeral en el receso axilar, en estrecha relación con el paquete vasculonervioso humeral.

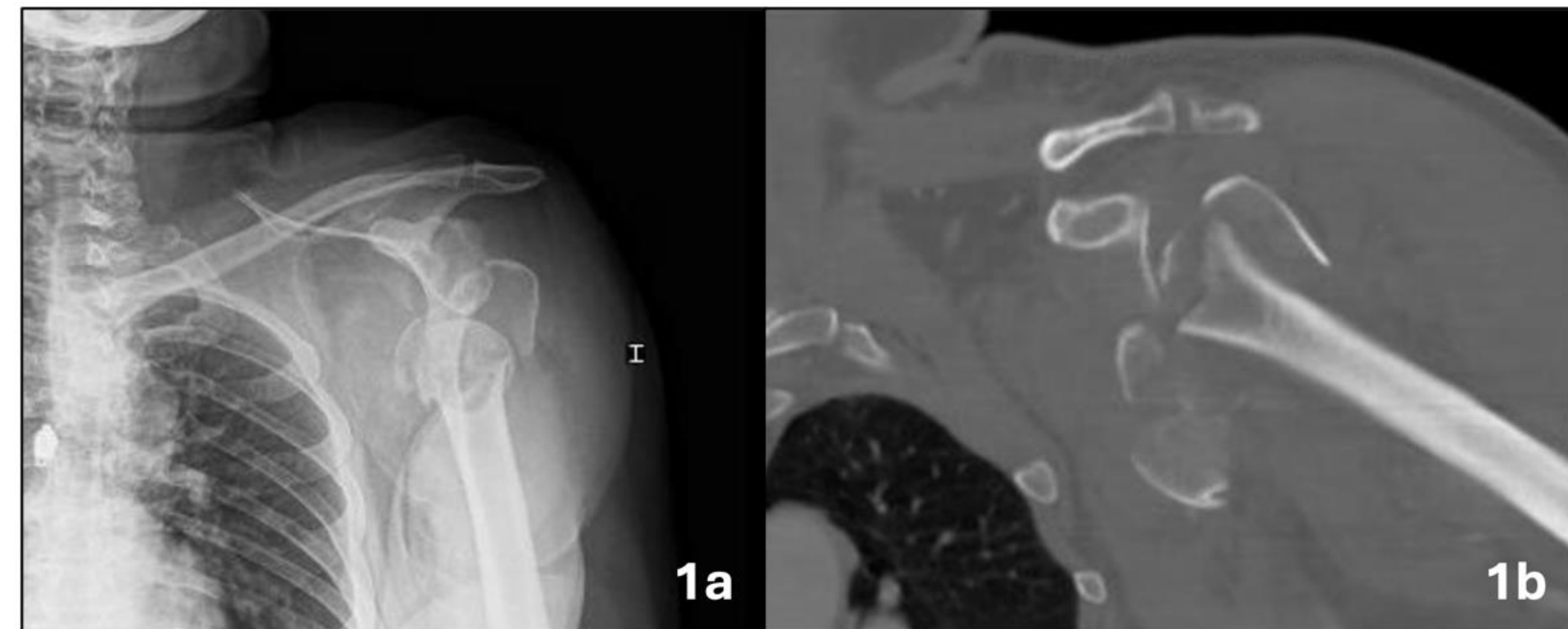


Figura 1. Pruebas de imagen en puerta de Urgencias. Radiografía anteroposterior (1a) y corte coronal de TC (1b).

## RESULTADOS

El paciente se programa para cirugía de hemiartroplastia, extrayendo fragmentos óseos fracturados (uno de ellos en íntima relación con el nervio axilar, en continuidad) e implantando una prótesis parcial (Figura 2). Durante el postoperatorio, desarrolla una paresia completa del deltoides, correspondiente con axonotmesis parcial severa del nervio axilar según los estudios neurofisiológicos, que evoluciona favorablemente, logrando movilidad casi completa a los ocho meses (Figura 3), con hallazgos electromiográficos compatibles con regeneración nerviosa espontánea.

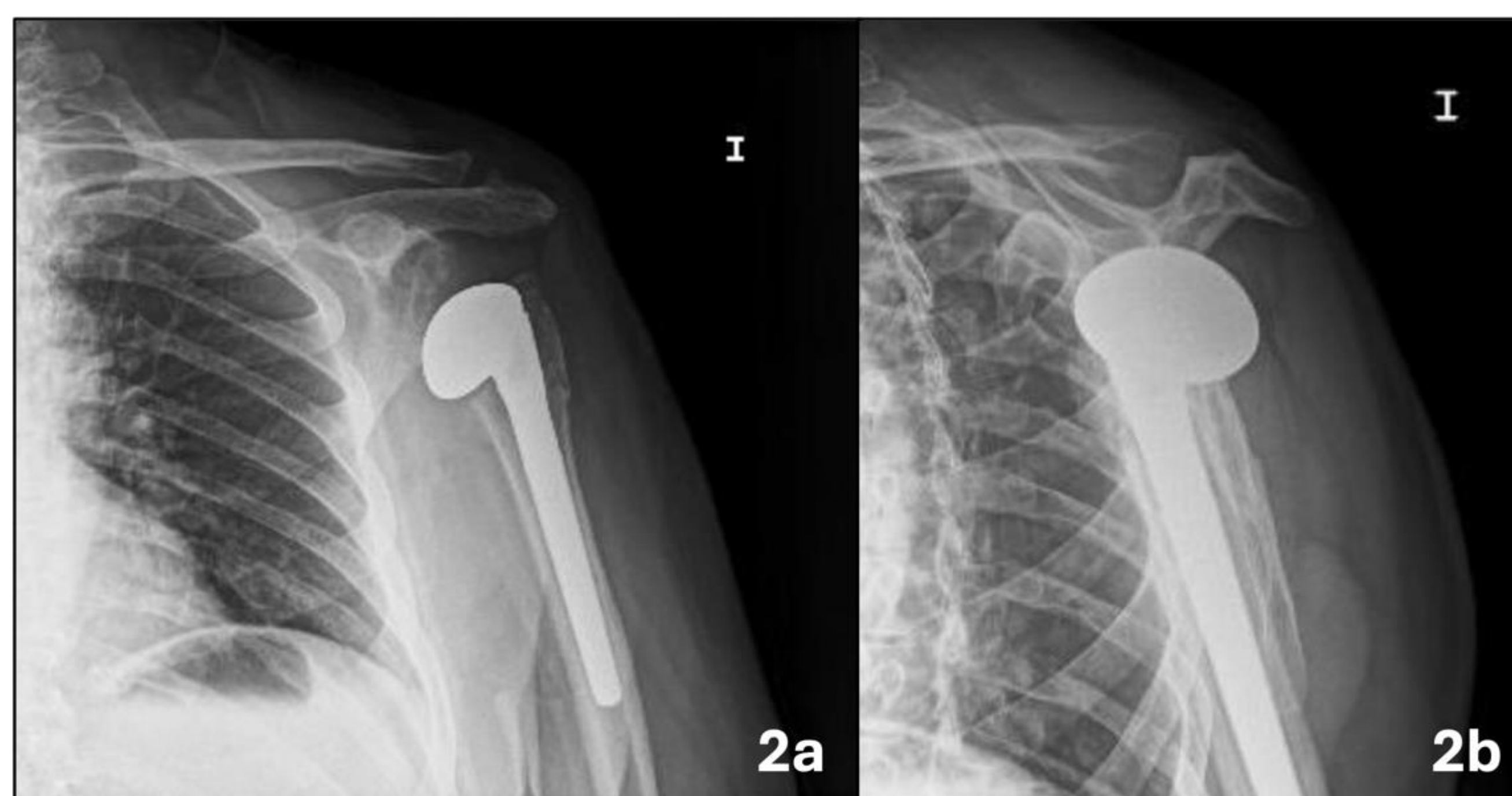


Figura 2. Radiografías de control en consulta, anteroposterior (2a) e Y de escápula (2b): hemiartroplastia de hombro izquierdo. Se observa descendida debido a la atrofia del deltoides.

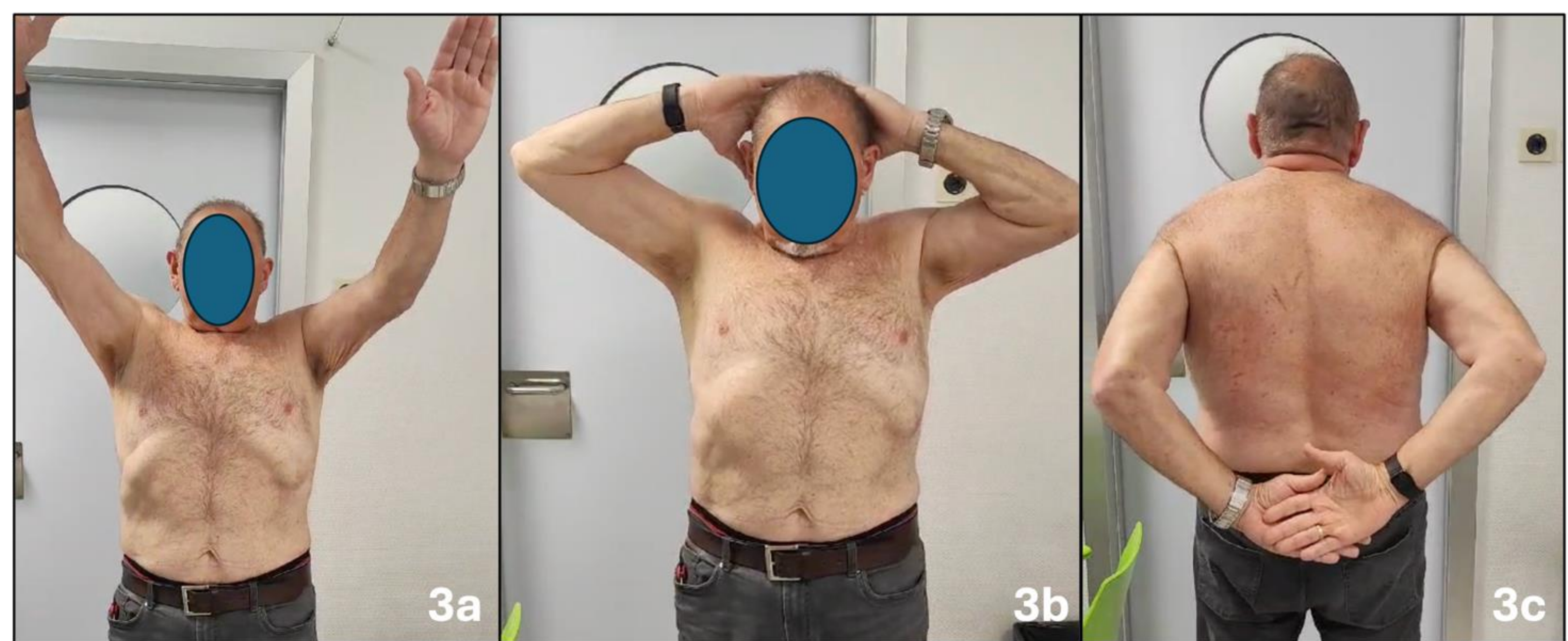


Figura 3. Imágenes clínicas del balance articular a los 8 meses postoperatorios: flexión anterior (3a), rotación externa (3b) y rotación interna (3c) comparativas de ambos hombros.

## CONCLUSIÓN

Se desaconseja la reducción cerrada de luxaciones asociadas a fracturas de más de 2 fragmentos en Urgencias, por riesgo de lesionar elementos nerviosos, vasculares o aumentar conminución. Es de vital importancia constatar una lesión del nervio axilar ya que contraindica la implantación de una prótesis inversa de hombro.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1) Wu F, Dhir R, Ng CY. Patterns of Nerve Injury and Recovery Rates of Infraclavicular Brachial Plexus Lesions Following Anterior Shoulder Dislocation. *J Hand Surg Am.* 2022 Dec;47(12):1227.e1-1227.e7.
- 2) Gutkowska O, Martynkiewicz J, Urban M, Gosk J. Brachial plexus injury after shoulder dislocation: a literature review. *Neurosurg Rev.* 2020 Apr;43(2):407-423. doi: 10.1007/s10143-018-1001-x. Epub 2018 Jun 30. PMID: 29961154; PMCID: PMC7186242.
- 3) Labrum JT 4th, Kuttner NP, Atwan Y, Sanchez-Sotelo J, Barlow JD. Fracture Dislocations of the Glenohumeral Joint. *Curr Rev Musculoskelet Med.* 2023 Aug;16(8):346-357.