



Parálisis de plexo braquial en el contexto de luxación de hombro derecho.

**Susana Iglesias Fernández¹, Xoana Soutelo Saavedra¹, Javier Elola Gutiérrez¹,
Bruno Longo Rubio¹, Vanesa Díaz Fernández².**

¹ Servicio de COT, Hospital Universitario San Agustín, Avilés, España.

² Servicio de MI, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España.

INTRODUCCIÓN:

Es frecuente que las luxaciones antero-inferiores escapulo-humerales vayan asociadas a fracturas-arrancamientos de troquíter, lo más frecuente es que tras la manipulación cerrada, el fragmento de troquíter quede en posición anatómica. En caso de persistir desplazamiento mayor de un centímetro del fragmento del troquíter está aceptado que se debe proceder a la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODO:

Valoramos en Urgencias a una paciente de 51 años con antecedentes de paraparesia espástica familiar que refiere caída casual en la vía pública con posterior impotencia funcional de hombro derecho.

A la exploración física resalta deformidad en charretera de hombro derecho y parálisis completa de plexo braquial con parestesias en mano derecha.

Se solicitan radiografías anteroposterior y transtorácica de húmero derecho objetivándose luxación escapulo-humeral derecha con fractura de troquíter derecho (Fig. 1).

Se procede a reducción cerrada con sedo-analgia mediante maniobra de Kocher consiguiéndose reducción de la luxación, persistiendo desplazamiento de la fractura de troquíter (Fig. 2) y con recuperación parcial de la parálisis braquial, persistiendo únicamente parálisis braquial.

Ante esta exploración se solicita valoración por el Servicio de Cirugía Plástica que indica manejo conservador inicial de la lesión.

Se solicita Tomografía computarizada (TC) de hombro derecho para mejor identificación de la fractura.

Ante hallazgos de TC, se realiza de manera programada sutura de neutralización del fragmento de troquíter con implantes transóseos e inmovilización postoperatoria con ortesis en abducción durante tres semanas.

Tras la cirugía se solicita electromiograma que se informa como axonotmesis parcial de plexo braquial.

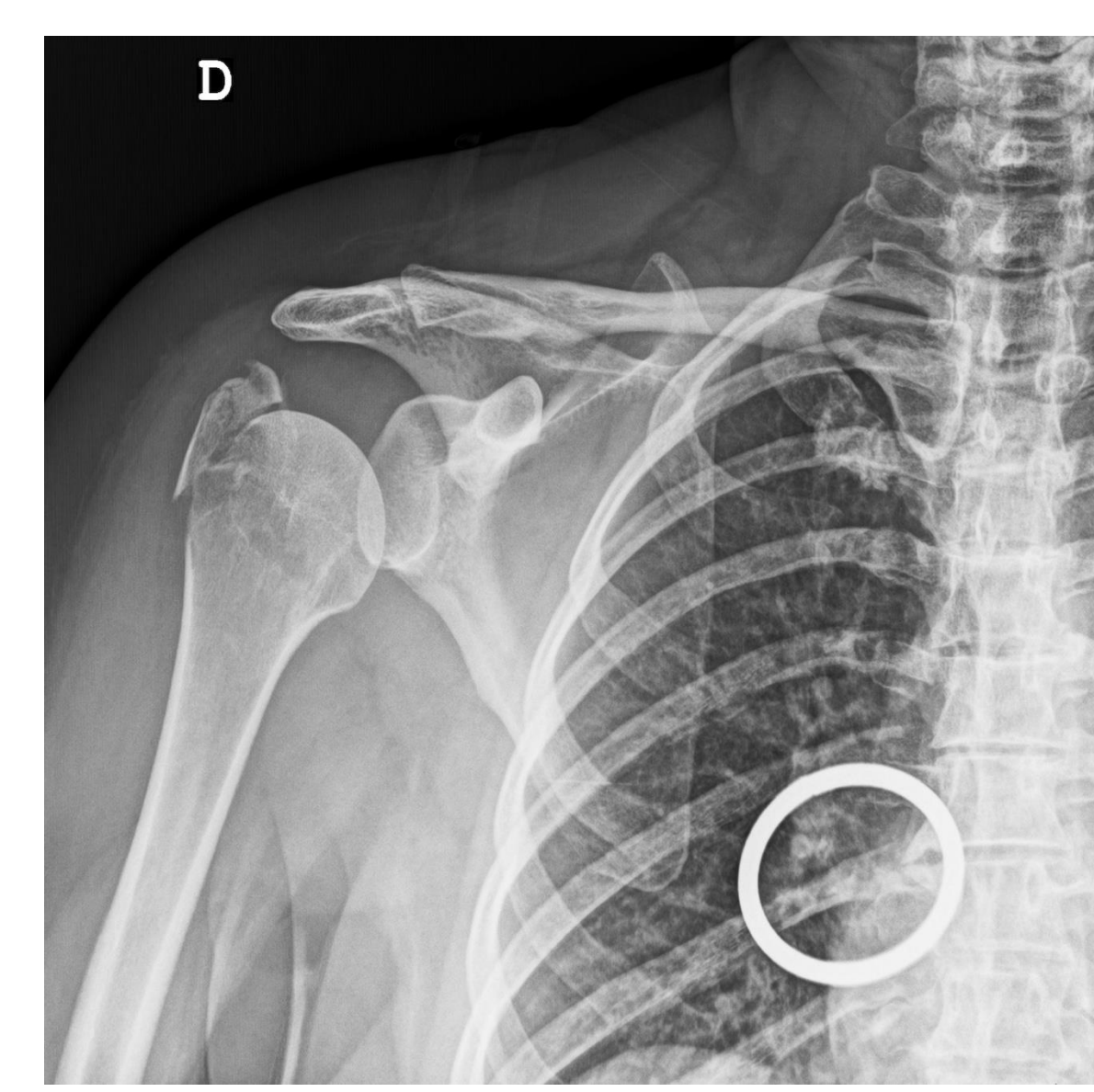
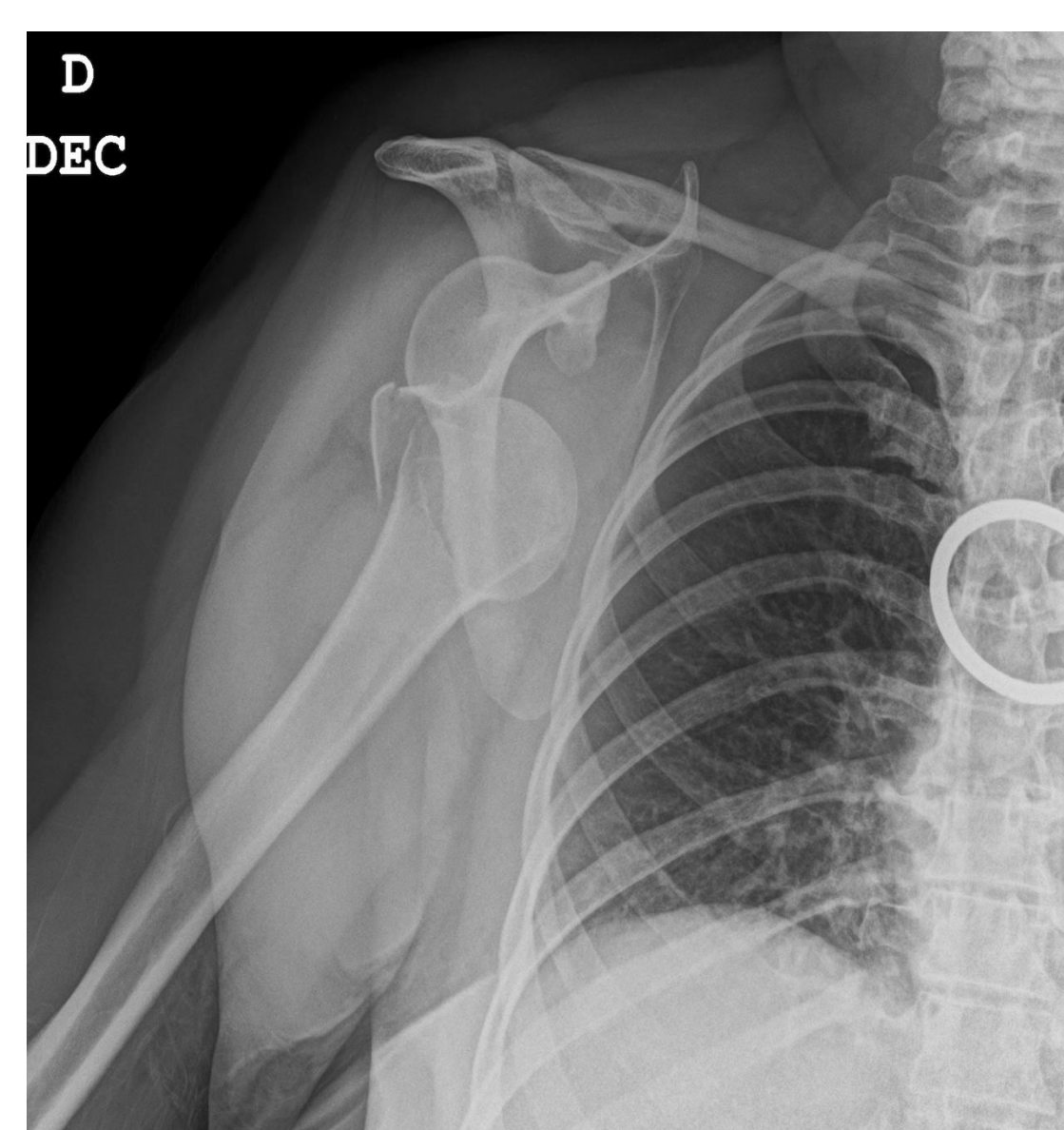


Fig. 1 y 2: Proyecciones AP pre y postreducción de la luxación.

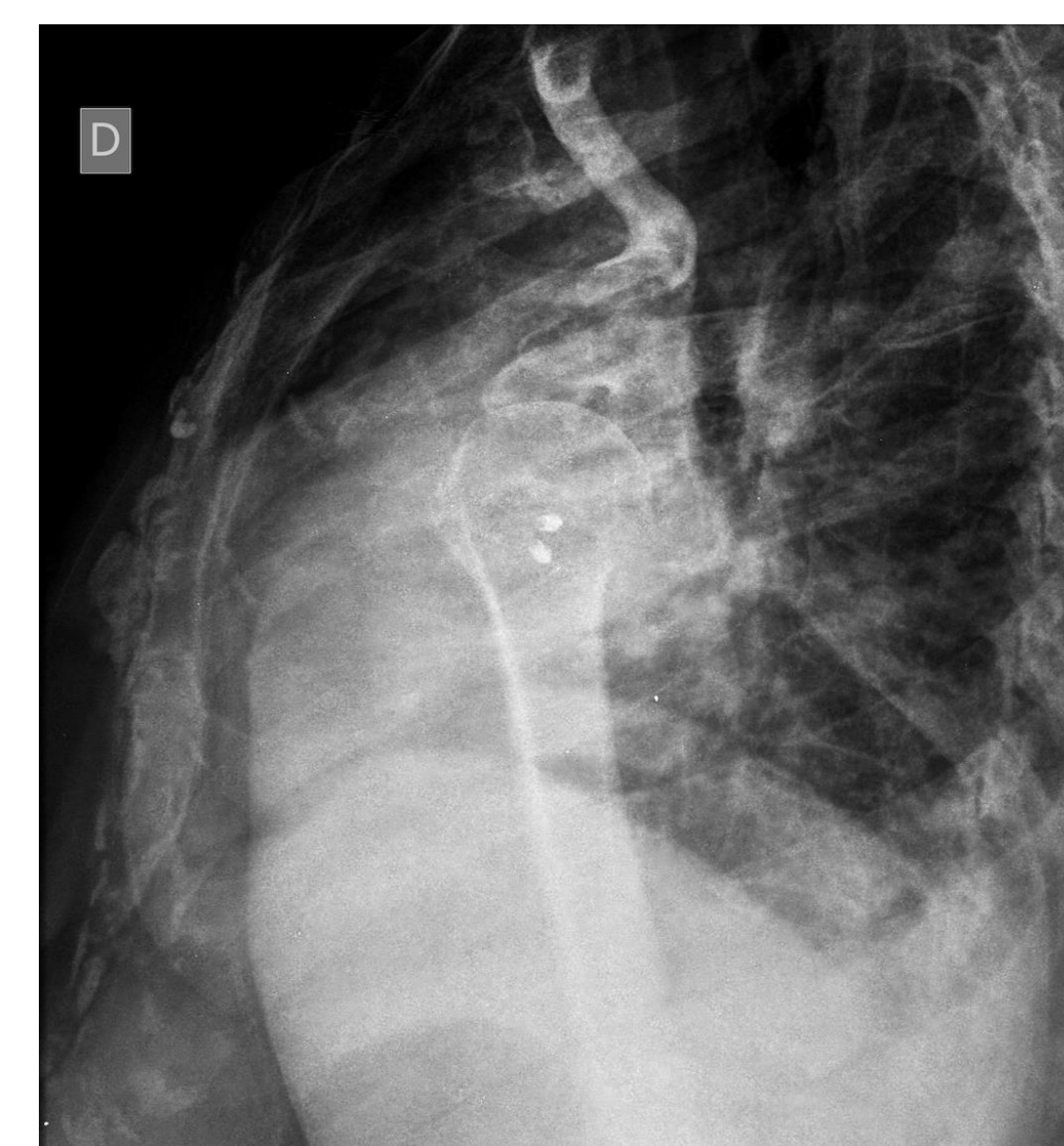


Fig. 3 y 4: Proyecciones AP y lateral con consolidación radiográfica.

EVOLUCIÓN:

La paciente realiza fisioterapia según protocolo del servicio de rehabilitación de nuestro centro con recuperación completa de la parálisis braquial y movilidad prácticamente simétrica a miembro superior contralateral y consolidación radiográfica (Fig. 3 y 4).

CONCLUSIONES:

Las lesiones nerviosas consecuencia de las luxaciones de hombro o de sus maniobras de reducción son bastante frecuentes, si bien, la parálisis completa del plexo braquial, es una entidad infrecuente. Suelen tener una recuperación espontánea completa tras la reducción cerrada o abierta, ya que frecuentemente se trata de neuroapraxias.