

# Lesión neurovascular tras luxación glenohumeral anterior

*Frascella Bracho NC, Jañez Moral FS, García Cantarero M, Moreno Rodríguez S, De Cáceres Velasco AI.*

## Objetivos

Presentar un caso de nuestro centro de lesión neurovascular tras luxación glenohumeral (LGH) no presenciada.

## Material y metodología

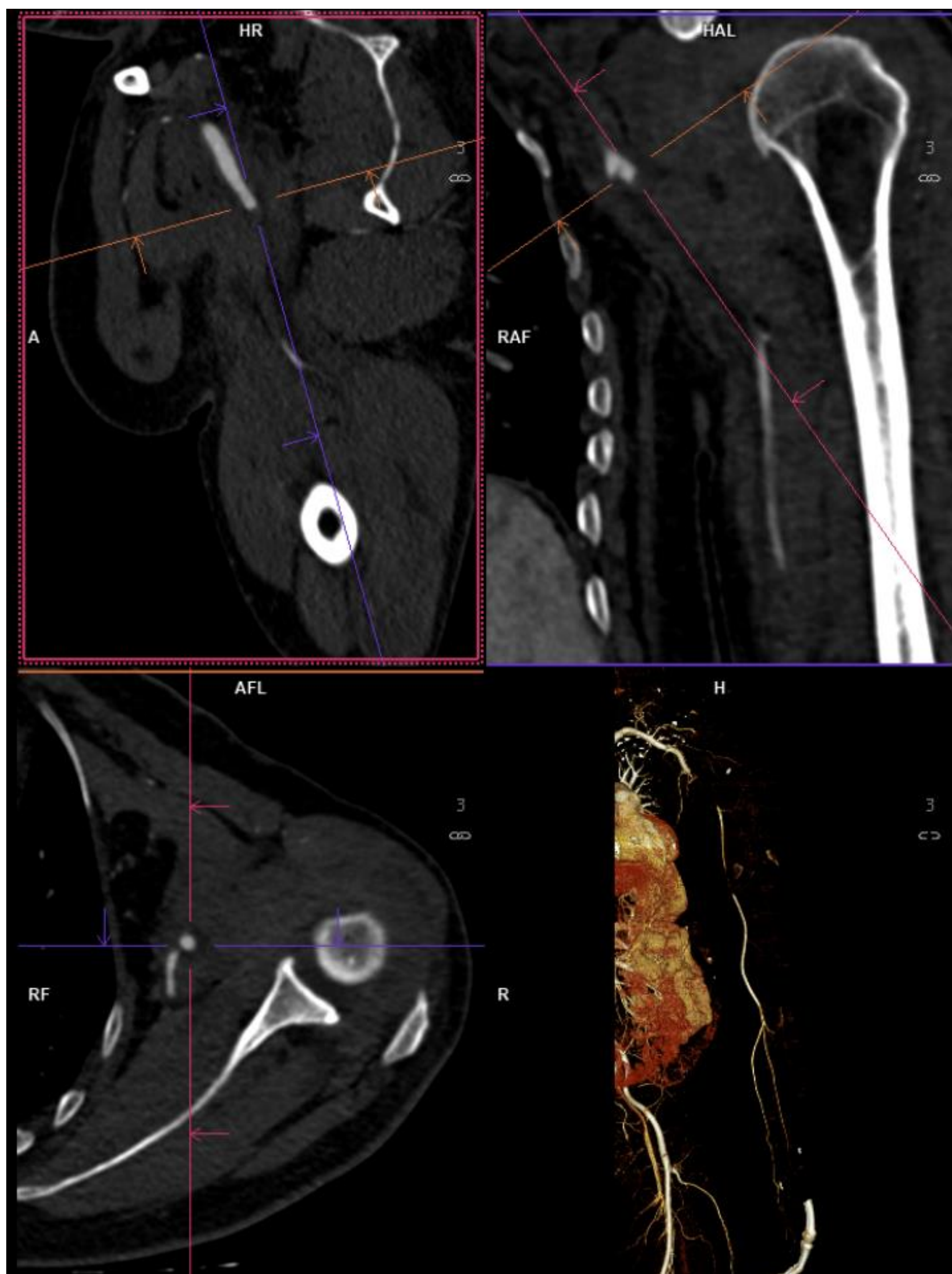
Varón de 61 años que acude por dolor en hombro izquierdo tras caída desde su propia altura con ambos miembros superiores en antepulsión.

A la exploración se observa tumefacción en tercio proximal de miembro superior, mínima capacidad de elevación de hombro y extensión de codo, imposibilidad para la flexión de codo, flexoextensión de muñeca y movilidad de dedos. Frialidad y aspecto congestivo en pulpejos, pulsos distales débiles y relleno capilar disminuido.

## Resultados

En la radiografía se confirma congruencia articular sin lesiones óseas agudas. En angioTC se observa hematoma en espacio axilar sin datos de sangrado activo, que comprime estructuras vasculares adyacentes, defecto de repleción de la arteria humeral con repermeabilización distal y colapso de la vena subclavia izquierda.

Se decide manejo conservador con anticoagulación. Durante su ingreso el paciente evoluciona favorablemente sin datos de isquemia, con recuperación parcial de la movilidad.



## Conclusiones

La lesión vascular en LGH es rara (0,1%) y afecta principalmente a la arteria axilar. La luxación erecta es la que más se asocia con lesión arterial, aunque representa menos del 1% de las LGH.

La afectación vascular aguda es una urgencia traumatológica. Es fundamental la sospecha diagnóstica ante la triada clásica de LGH, ausencia de pulso radial y aumento del perímetro del miembro superior, es importante resaltar que la presencia de pulso radial no descarta la lesión vascular.

Ante la sospecha, y tras la reducción precoz, está indicada la realización de Eco-Doppler, Angio-TC o angiografía.

La afectación vascular aguda (menos frecuente) requiere la valoración por un cirujano vascular para un tratamiento precoz. Existen varias opciones, entre ellas, trombectomía, anastomosis término-terminal o ligadura.

Lo más frecuente es la lesión vascular subaguda o tardía, habitualmente causada por la formación de un hematoma que comprime la arteria. El tratamiento puede realizarse en diferido, actualmente se prefiere la cirugía mínimamente invasiva mediante radiología intervencionista.

La afectación del plexo braquial tras LGH es poco frecuente (0,5%), siendo el nervio axilar el más afectado. Su diagnóstico se basa en EMG/ENG al mes de la lesión, complementado con RMN.