

# LUXAÇÃO GLENOUMERAL ANTERIOR BILATERAL: CASO CLÍNICO

## BILATERAL ANTERIOR GLENOHUMERAL DISLOCATION: CLINICAL CASE

Luís Pires Silva<sup>1</sup>, Cristina Varino Sousa<sup>1</sup>, Elisa Rodrigues<sup>1</sup>, Bruno Alpoim<sup>1</sup>, Miguel Leal<sup>2</sup>

### RESUMO

A luxação glenoumeral anterior bilateral é uma ocorrência rara. Apresentamos um caso de luxação glenoumeral anterior bilateral com origem após uma queda da própria altura. O interesse desta publicação reside no fato de se tratar de uma raridade clínica com poucos casos descritos na literatura. Paciente do sexo feminino com 89 anos recorre ao serviço de urgência (SU) após queda referindo dor intensa e incapacidade de mobilização de ambos os ombros. Ao exame objetivo apresentava sinais clínicos suspeitos de luxação glenoumeral anterior bilateral confirmados por radiografia. Ambas as luxações foram reduzidas no SU pela técnica de Milch modificada, com sucesso. Quando existe uma força simétrica e síncrona sobre os ombros e estes se apresentarem dolorosos e com limite funcional significativo, a suspeita de luxação glenoumeral bilateral, embora rara, é um diagnóstico diferencial a ter em conta.

**Descritores** – Luxação do Ombro/diagnóstico; Luxação do Ombro/etiologia; Luxação do Ombro/terapia; Feminino; Adulto; Idoso

### ABSTRACT

*Bilateral anterior glenohumeral dislocation is a rare occurrence. We present a case of bilateral anterior glenohumeral dislocation caused by a fall. The interest in publishing this case is that this is a clinical rarity with few cases reported in the literature. An 89-year-old female patient was brought to the emergency department after a fall, complaining of intense pain in both shoulders and inability to move them. Objective examination showed clinical signs giving the suspicion of bilateral anterior glenohumeral dislocation, which was confirmed by x-ray imaging. Both dislocations were successfully reduced in the emergency department using the modified Milch technique. When a synchronous and symmetrical force has acted on both shoulders and these are painful with significant functional limitation, the suspicion of bilateral glenohumeral dislocation is a differential diagnosis to be considered, even though it is rare.*

**Keywords** – Shoulder Dislocation/diagnosis; Shoulder Dislocation/etiologia; Shoulder Dislocation/therapy; Female; Adults; Aged

### INTRODUÇÃO

Apesar de a luxação glenoumeral unilateral ser a forma mais comum de luxação articular e aquela que mais doentes leva a recorrer aos serviços de urgência (SU), a sua forma bilateral é uma ocorrência bastante rara. Quando tal acontece, a luxação bilateral posterior da cabeça umeral é mais frequente do que a anterior ou inferior (ainda mais rara). Existem casos descritos de luxação glenoumeral bilateral com origem após crises convulsivas (epilepsia, hipoglicemia), eletrocussão, queda, forças de tração ou exercícios de musculação.

### CASO CLÍNICO

Paciente de 82 anos, sexo feminino, recorre ao SU após queda posterior referindo dor intensa em ambos os ombros acompanhada por incapacidade funcional. Segundo descreve, teria escorregado e caído para trás, tendo amparado a queda apoiando ambas as mãos no chão. Nega perda de consciência, epilepsia, diabetes ou outros antecedentes patológicos de relevo. Ao exame objetivo apresentava os dois membros superiores em rotação externa e ligeiramente abduzidos. Verificava-se tumefação anterior (cabeça umeral) e sinal do sulco pre-

1 - Médico Interno Complementar de Ortopedia e Traumatologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – Porto, Portugal.

2 - Médico Assistente Graduado de Ortopedia e Traumatologia da Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – Porto, Portugal.

Trabalho realizado no Serviço de Ortopedia e Traumatologia Unidade Local de Saúde do Alto Minho, EPE – Viana do Castelo, Portugal.

Correspondência: Luís Fernando Nunes Pires da Silva - Rua Conde Campo Bello, 105 - 1ºG - 4200-603 Porto - Portugal. E-mail: medicina.mail@gmail.com

Trabalho recebido para publicação: 04/04/2010, aceite para publicação: 21/07/2010.

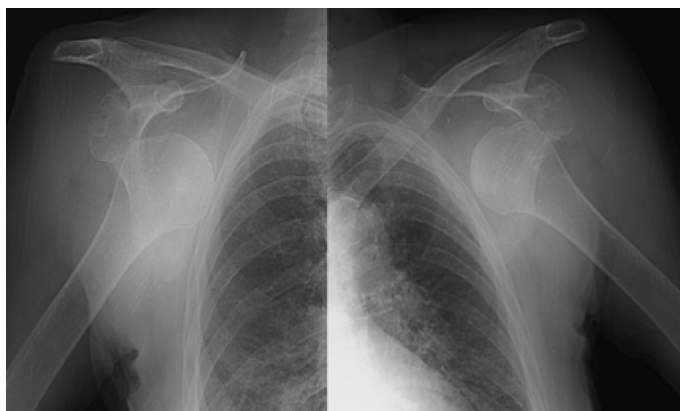
sente em ambos os ombros. Não apresentava alterações neurovasculares nos membros superiores.

Dada a suspeita clínica de luxação glenoumeral bilateral, foi administrada uma ampola de petidina 50mg (intramuscular) e diazepam 10mg (sublingual). A radiografia anteroposterior a ambos os ombros revelou a existência de luxação glenoumeral anterior bilateral, sem sinais aparentes de fratura (Figura 1).

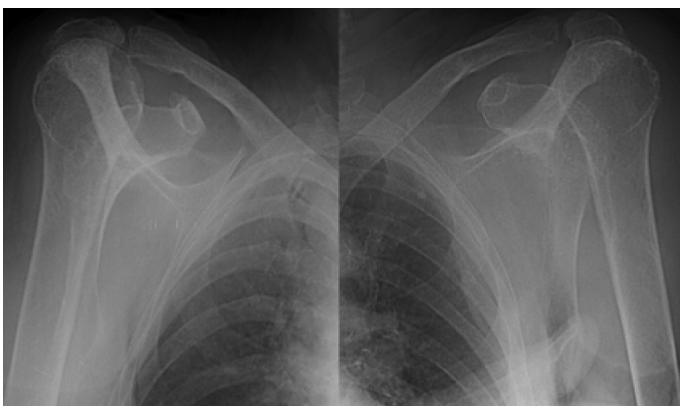
Neste contexto, e com a doente mais calma e menos queixosa após a ingestão de medicação, foi realizada a redução de luxação pela técnica de Milch modificada sequencialmente em ambos os ombros.

Após a redução, foi realizada nova avaliação neurovascular e realizadas novas radiografias para confirmar o bom posicionamento das estruturas articulares e descartar possíveis traços de fraturas inicialmente ocultas ou intercorrências das manobras de redução (Figura 2).

A paciente foi posteriormente imobilizada com os membros superiores em adução e rotação interna durante três semanas, iniciando movimentos pendulares conforme tolerado a partir de então.



**Figura 1** – Imagens de radiografia: luxação anterior bilateral dos ombros.



**Figura 2** – Imagens de radiografia: luxação anterior bilateral dos ombros após redução.

## DISCUSSÃO

Descrita pela primeira vez em 1902 por Mynter<sup>(1)</sup> em doentes intoxicados por cânfora apresentando crises convulsivas, a luxação glenoumeral bilateral no seu conjunto é uma raridade clínica, sendo a luxação bilateral posterior mais comum, seguida da anterior e por último a inferior (luxação ereta). Quanto à etiologia, estas podem ter origem: em contrações musculares violentas (49%), nas quais se incluem as crises convulsivas, eletrocussão e exercício físico; em traumáticas (23%), incluindo quedas e tração violenta aos membros; e em atraumáticas (36%), nas quais se incluem doenças neuromusculares, hiperlaxidez articular ou luxações voluntárias<sup>(2-4)</sup>. A sua forte ligação à existência de crises convulsivas (com espasmo muscular violento característico), leva alguns autores a referir que a presença de luxações glenoumerais bilaterais deve obrigar, desde logo, à realização de um estudo neurológico e metabólico completo de forma a descartar patologias desconhecidas deste foro<sup>(5)</sup>. Na literatura, existem menos de 50 casos descritos de luxação glenoumeral anterior bilateral, na sua maioria com origem em contrações musculares violentas (crise convulsiva) ou trauma direto<sup>(4,6)</sup>. Existem descritos pelo menos quatro casos de luxação glenoumeral bilateral em praticantes de musculação<sup>(3)</sup>.

As forças necessárias para desencadear uma luxação glenoumeral bilateral terão de ser simultâneas e simétricas<sup>(4,7)</sup>. O mecanismo mais comum que leva à luxação glenoumeral anterior passa normalmente pela extensão forçada do membro superior, acompanhada por rotação externa e abdução. Este movimento leva a um conflito entre o troquiter umeral e o acrômio que atua como fulcro de alavanca para a luxação, associando-se por vezes à fratura do troquiter<sup>(3,8)</sup>. No caso clínico apresentado, o mecanismo de luxação foi o descrito, acompanhado por retropulsão provocada pelo apoio das mãos no chão durante a queda. As luxações posteriores bilaterais são mais comuns em situações de crises convulsivas, ao contrário das anteriores bilaterais que surgem mais frequentemente perante o trauma direto. Durante a contração muscular violenta na crise convulsiva ou eletrocussão, os rotadores internos do úmero, sendo mais potentes que os rotadores externos, obrigam o úmero à rotação interna máxima e adução, o que origina a luxação glenoumeral posterior<sup>(6)</sup>.

A luxação glenoumeral posterior unilateral é uma das patologias articulares que mais vezes passa despercebida ao ortopedista. Hawkins *et al*<sup>(9)</sup> publicaram

uma revisão de 40 luxações glenoumerais posteriores unilaterais, verificando que a média de tempo decorrido deste o trauma inicial até o diagnóstico foi de cerca de um ano, faltando inferir qual a situação relativamente a luxações posteriores bilaterais. Dunlop<sup>(6)</sup> refere em um artigo de revisão que cerca de 10% das luxações anteriores bilaterais no SU ficam por diagnosticar, ou com diagnóstico incompleto.

Para o diagnóstico correto da luxação glenoumeral e qual a sua direção, é necessário realizar radiografia em dois planos antes de qualquer tentativa de redução, preferencialmente um anteroposterior e um axilar. No entanto, a realização de uma incidência axilar é extremamente dolorosa para o paciente, sendo aceitável a sua substituição por um perfil da omoplata (Y) à custa de perda de sensibilidade ou, em caso de dúvida, pela realização de uma TAC articular<sup>(9,10)</sup>.

Assim que o diagnóstico correto estiver estabele-

cido, é mandatório realizar a redução articular o mais rapidamente possível dado o risco de compromisso neurovascular e aumento da dificuldade na manobra pelo estabelecimento de contratura muscular. Apesar de raras, as lesões neurovasculares deverão ser sempre pesquisadas na suspeita de luxação glenoumeral à chegada ao SU, assim como após a sua redução, uma vez que existe um risco real de estiramento dessas estruturas (nervo axilar, musculocutâneo e plexo braquial) durante as manobras de redução<sup>(10)</sup>.

O protocolo de atuação após a alta do SU ainda não é consensual. No entanto, a maioria dos autores defende a imobilização em rotação interna e adução durante o período álgico (três a quatro semanas), seguida de mobilização ativa com movimentos pendulares progressivos conforme tolerado e fisioterapia<sup>(10)</sup>. Caso existam sinais de instabilidade ou dor persistente, poderá ser necessário fazer uma investigação de outras lesões associadas.

## REFERÊNCIAS

1. Mynter H. Subacromial dislocation from muscular spasm. *Ann Surg*. 1902;36:117-9.
2. Brown RJ. Bilateral dislocation of the shoulders. *Injury*. 1984;15(4):267-73.
3. Felderman H, Shih R, Maroun V. Chin-up-induced bilateral anterior shoulder dislocation: a case report. *J Emerg Med*. 2009;37(4):400-2.
4. Abalo A, Dossim A, Songné B, Ayouba G. Luxation antérieure bilatérale des épaules – à propos d'un cas. *Chir Main*. 2008;27(2-3):118-21.
5. Elliott DS. Brain tumor presenting as a dislocated shoulder. *J Bone Joint Surg Br*. 1990;72(5):925.
6. Dunlop CC. Bilateral anterior shoulder dislocation – case report and review of the literature. *Acta Orthop Belg*. 2002;68(2):168-70.
7. Cresswell TR, Smith RB. Bilateral anterior shoulder dislocations in bench pressing: an unusual case. *Br J Sports Med*. 1998;32(1):71-2.
8. Siwach R, Singh R, Rohilla R. Bilateral anterior dislocation of the shoulder – a case report and review of the literature. *Injury Extra*. 2008;39:394-7.
9. Hawkins RJ, Neer CS 2nd, Pianta RM, Mendoza FX. Locked posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg Am*. 1987;69(1):9-18.
10. Wen DY. Current concepts in the treatment of anterior shoulder dislocations. *Am J Emerg Med*. 1999;17(4):401-7.