

LUXATIO ERECTA BILATERAL: UM RELATO DE CASO

BILATERAL LUXATIO ERECTA, A CASE REPORT

César Augusto Xavier Acosta¹, Elemar da Silva Resch², Rafael Rodrigues³

RESUMO

O deslocamento inferior do ombro (*luxatio erecta*) é uma lesão rara, acometendo aproximadamente 0,5% dos deslocamentos dessa articulação. A grande maioria desses casos ocorre unilateralmente. Em setembro de 2004, um homem de 43 anos chegou ao pronto-socorro do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) com queixa de dor bilateral no ombro e incapacidade de abaixar os braços, em consequência de uma queda com os braços abduzidos, enquanto desempenhava sua atividade laboral. Após o exame físico e radiológico constatou-se que o indivíduo apresentava uma luxação inferior bilateral dos ombros. O paciente foi então encaminhado ao bloco cirúrgico onde foi realizada redução incruenta das luxações sob anestesia através da técnica de tração e contra-tração. No dia seguinte recebeu alta com imobilização tipo Velpéau mantendo os ombros totalmente aduzidos e rotados internamente, com orientação de manter a imobilização por três semanas. Foi orientado também a realizar fisioterapia.

Descritores – Ombro/radiografia. Luxação do Ombro; Exame Físico

ABSTRACT

Inferior shoulder dislocation (luxatio erecta) is a rare lesion affecting approximately 0.5% of dislocations of this joint. The vast majority of these cases occur unilaterally. In September 2004, a 43 year old man was brought to the emergency room of the University Hospital of Santa Maria (HUSM) complaining of bilateral shoulder pain and inability to lower the arms, as a result of a fall with the arms abducted, while carrying out work activities. After physical examination and radiological exams, it was found that the patient had a bilateral inferior shoulder dislocation. He was referred to the surgical ward and after intravenous sedation, both shoulders were reduced by closed reduction using the traction-countertraction maneuver. The patient was discharged the day after the reduction. Both arms were immobilized with a velpéau sling in total adduction and intrarotation, with instructions to maintain immobilization for three weeks. The patient was also advised to receive physiotherapy.

Keywords - Shoulder/radiography; Shoulder Dislocation; Physical Examination

INTRODUÇÃO

O deslocamento inferior do ombro é uma lesão rara, acometendo aproximadamente 0,5% dos deslocamentos dessa articulação. A grande maioria desses casos ocorre unilateralmente, sendo a manifestação típica caracterizada por abdução do membro afetado, flexão do cotovelo e pronação do antebraço, geralmente com a mão apoiada sobre a cabeça. Está relacionado fortemente a lesões neurológicas, vasculares e tendíneas sendo, desta forma, o reconhecimento e o tratamento precoce de extrema importância. *Luxatio erecta* bilateral é uma condição extremamente rara e poucos casos são relatados na literatura.

Neste artigo iremos relatar um caso de *luxatio erecta* bilateral traumático ocorrido há seis anos, que recebeu tratamento imediato com redução incruenta em ambiente cirúrgico, imobilização provisória e posteriormente encaminhado para tratamento fisioterápico.

RELATO DO CASO

Em setembro de 2004, um homem de 43 anos foi trazido de uma cidade próxima, por meio de ambulância, ao pronto-socorro do Hospital Universitário de Santa Maria com queixa de dor bilateral no ombro e incapacidade de abaixar os braços.

1 - Médico Ortopedista e Traumatologista do Serviço de Ortopedia e Traumatologia do Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil.

2 - Estudante de Medicina da Universidade Federal de Santa Maria, RS, Brasil.

3 - Médico Residente da Especialização e Ortopedia e Traumatologia do Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil.

Trabalho realizado no Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brasil.

Correspondência: Elemar da Silva Resch, Rua General Neto, 180, ap. 1.006 – 97050-240 – Santa Maria, RS. E-mail: elemarsr@gmail.com

Trabalho recebido para publicação: 30/10/2010, aceito para publicação: 01/12/2011.

Os autores declaram inexistência de conflito de interesses na realização deste trabalho / *The authors declare that there was no conflict of interest in conducting this work*

Este artigo está disponível online nas versões Português e Inglês nos sites: www.rbo.org.br e www.scielo.br/rbort
This article is available online in Portuguese and English at the websites: www.rbo.org.br and www.scielo.br/rbort

Segundo relato do paciente, ao descarregar areia da caçamba de um caminhão, a tampa da carroceria caiu bruscamente sobre as suas costas causando uma queda sobre o solo com os dois braços abduzidos. Imediatamente passou a sentir dor de forte intensidade na região dos ombros e foi incapaz de levantar-se, pois não conseguia abaixar os braços (Figura 1).

Ao exame físico, encontrava-se com ambos os ombros abduzidos a aproximadamente 110°, incapacitado de abandonar essa posição, cotovelos fletidos, antebraços pronados e mãos repousadas sobre a cabeça. Apresentava dor à palpação da região do ombro e dor na tentativa de adução passiva. Ambas as cabeças umerais eram palpáveis na parede torácica, próximo à axila. A função vascular de ambas as extremidades não estava comprometida, verificada através da presença dos pulsos radiais. No entanto, apresentava déficit ao tentar estender o primeiro quirodáctilo da mão direita, o que caracterizou lesão do nervo radial nesse membro.

Ao exame radiográfico constatou-se deslocamento inferior da cabeça umeral em relação à fossa glenoidal de ambos os ombros e fratura do tubérculo maior do úmero direito (Figura 2).

O paciente foi encaminhado ao bloco cirúrgico onde foi realizada redução incruenta sob anestesia (fentanil® 250mg e propofol 200mg) com a manobra de tração e contra-tração em ambos os ombros. Logo após, foi imobilizado com Velpeau mantendo os ombros totalmente aduzidos e rotados internamente. Ao exame radiográfico de controle observou-se redução adequada nas duas articulações (Figura 3).

No dia seguinte o paciente foi liberado com a orientação de manter a imobilização por três semanas e posteriormente realizar fisioterapia.



Figura 1 – Paciente com luxação inferior de ombros bilateralmente.



Figura 2 – Radiografia em incidência AP de ombros evidenciando luxação bilateral.



Figura 3 – Radiografia em incidência AP pós-redução.

Realizou fisioterapia por 12 semanas, durante as quais recuperou parcialmente a amplitude de movimento (90° da abdução no ombro esquerdo e 100° no ombro direito).

Regressou ao ambulatório de traumatologia em setembro de 2009 do HUSM com dores à movimentação do ombro esquerdo e ainda com dificuldades para realizar a extensão do primeiro quirodáctilo direito. Realizada ressonância magnética da articulação escápulo-umeral direita, obteve-se como resultado irregularidades no aspecto anterior da cabeça umeral com depressão corticossuab cortical e sinais de tendinose do supraespinhal, subescapular, e cabeça longa do bíceps braquial.

DISCUSSÃO

A articulação do ombro tem a maior amplitude de movimento de todas as articulações do corpo, e, devido a essa característica, apresenta deslocamentos em uma incidência bem maior do que qualquer outra articulação^(1,2).

O deslocamento inferior da articulação glenoumeral é uma entidade extremamente rara e representa em torno de 0,5% das luxações desse segmento^(2,3). O primeiro relato desta lesão é de Middeldorpf e Scharm, em 1859,

enquanto o primeiro relato da ocorrência bilateralmente foi descrito por Murard em 1920 *apud* Musmeci *et al*⁽⁴⁾.

Essa lesão geralmente é causada por uma força de hiperabdução que leva o colo do úmero a chocar-se contra o acrômio, alavancando a cabeça umeral inferiormente para fora. O úmero fica então travado com a cabeça abaixo da cavidade glenoidal e a diáfise apontando para cima⁽⁵⁾. Mas pode, também, menos comumente, ser causado por um mecanismo de trauma direto através de uma carga axial direcionada para baixo sobre o membro com o ombro completamente abduzido e o cotovelo estendido⁽⁶⁾. Como resultado de qualquer desses dois mecanismos, a porção inferior da cápsula da articulação rompe e o deslocamento inferior ocorre⁽⁷⁾. No caso apresentado neste relato, o mecanismo do trauma está de acordo com a primeira descrição, visto que o indivíduo em questão sofreu um trauma na região do dorso, o que gerou uma queda ao solo com ambos os membros superiores abduzidos ocasionando a luxação.

A apresentação clínica da luxação inferior da articulação glenoumeral é típica, com os braços fixamente abduzidos, cotovelos fletidos, antebraços pronados e as mãos repousando sobre a cabeça. Pequena movimentação passiva é possível, mas muito prejudicada devido à dor intensa. A cabeça do úmero ainda é palpável na região da axila^(3,7,8,10). O caso descrito teve apresentação exatamente igual.

Exames radiográficos são necessários para confirmar o diagnóstico e excluir possíveis fraturas. As incidências anteroposterior (AP) e em “Y” são as mais utilizadas. Na incidência AP visualiza-se o eixo do úmero direcionado superiormente, alinhado paralelamente à espinha da escápula. A cabeça do úmero encontra-se posicionada inferiormente à cavidade glenoidal sem contato com a sua borda. O exame de radiografia serve ainda para avaliar possíveis fraturas associadas ou luxação acromioclavicular concomitante^(7,11). No caso descrito, além de luxação de ambas as articulações glenoumerais, ao exame radiográfico, constatou-se fratura do tubérculo maior do úmero direito.

Muitas injúrias são associadas a essa lesão⁽¹¹⁾. Fraturas ou lesões do manguito rotador são descritas em aproxi-

madamente 80% dos casos, manifestações neurológicas, mais comumente injúria do nervo axilar, em 60%, e lesões vasculares são descritas em 3%^(6,11). O déficit neurológico se resolve rapidamente, podendo cessar logo após a redução ou perdurar por uma a duas semanas sugerindo que o mecanismo da injúria mais comum é de neuropraxia^(8,11,12). A incidência de lesão vascular é baixa; no entanto, ainda é maior do que nos outros tipos de luxações do ombro^(1,6). No caso descrito neste trabalho, o paciente apresentou como lesões associadas: fratura do tubérculo maior e lesão do nervo radial, ambas no úmero direito.

O prognóstico dessa lesão geralmente é favorável, embora morbidades crônicas significantes possam surgir, como capsulite adesiva ou instabilidade da articulação. Luxação inferior recorrente é muito incomum⁽¹³⁾.

O tratamento geralmente ocorre com redução incruenta da luxação, com adequado relaxamento muscular e anestesia. A técnica de redução geralmente utilizada é a de tração e contra-tração, na qual uma tração é aplicada no membro totalmente abduzido enquanto uma contra-tração é realizada com um lençol colocado superiormente sobre o ombro ipsilateral. Quando a cabeça umeral é reduzida para a cavidade glenoidal, o membro é totalmente aduzido e coloca-se uma imobilização que deve ser mantida por pelo menos duas semanas^(3,6,8,11,14). Em alguns casos, a redução incruenta não é possível, sendo necessária a redução aberta⁽⁴⁾. Neste caso, foi utilizada a técnica de tração e contra-tração, obtendo-se sucesso na redução de ambas as articulações.

CONCLUSÃO

Embora a luxação inferior da articulação glenoumeral *luxatio erecta* seja rara – ainda mais bilateralmente – e sua apresentação dramática, a apresentação do paciente no momento da avaliação torna o diagnóstico fácil. No entanto, o examinador deve estar sempre atento para possíveis lesões neurológicas, vasculares ou injúrias nos tendões do manguito rotador que complicam tal lesão. O tratamento rápido e adequado propicia resultados excelentes com mínimas sequelas.

REFERÊNCIAS

- Garcia R, Ponsky T, Brody F, Long J. Bilateral luxatio erecta complicated by venous thrombosis. *J Trauma*. 2006;60(5):1132-4.
- Laskin RS, Sedlin ED. Luxatio erecta in infancy. *Clin Orthop Relat Res*. 1971;80:126-9.
- Karaoglu S, Guney A, Ozturk M, Kekec Z. Bilateral luxatio erecta humeri. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2003;123(6):308-10.
- Musmeci E, Gaspari D, Sandri A, Regis D, Bartolozzi P. Bilateral luxatio erecta humeri associated with a unilateral brachial plexus and bilateral rotator cuff injuries: a case report. *J Orthop Trauma*. 2008; 22(7):498-500
- Rockwood CA, Thomas SC, Matsen FA. Subluxações e luxações da articulação glenoumeral. In: Buchholz RW, Heckman JD, editores. *Fraturas em adultos*. 5a. ed. São Paulo: Manole; 2006. p. 1003-156.
- Mallon WJ, Bassett FH 3rd, Goldner RD. Luxatio erecta: the inferior glenohumeral dislocation. *J Orthop Trauma*. 1990;4(1):19-24.
- Yanturali S, Aksay E, Holliman CJ, Duman O, Ozen YK. Luxatio erecta: clinical presentation and management in the emergency department. *J Emerg Med*. 2005;29(1):85-9.
- Camarda L, Martorana U, D'Arienzo M. A case of bilateral luxatio erecta. *J Orthop Traumatol*. 2009;10(2):97-9.
- Begaz T, Mycyk MB. Luxatio erecta: inferior humeral dislocation. *J Emerg Med*. 2006;31(3):303-4.
- Mills LD, Barrows T, Benitez F. Bilateral luxatio erecta. *J Emerg Med*. 2003;24(1):61-3.
- Brady WJ, Knuth CJ, Pirralo RG. Bilateral inferior glenohumeral dislocation: luxatio erecta, an unusual presentation of a rare disorder. *J Emerg Med*. 1995;13(1):37-42.
- Tsuchida T, Yang K, Kimura Y, Taniwaki M, Ishigaki S, Itoi E. Luxatio erecta of bilateral shoulders. *J Shoulder Elbow Surg*. 2001;10(6):595-7.
- Féry A, Sommelet J. [Erect dislocation of the shoulder (luxatio erecta humeri). General review apropos of 10 cases]. *Int Orthop*. 1987;11(2):95-103.
- Dahmi FZ, Moujtahid M, El Andaloussi Y, Bekkali Y, Zaouari T, Nechad M, et al. [Luxatio erecta of the shoulder. Report of eight cases]. *Chir Main*. 2008;27(4):167-70.