

Frattura-lussazione della spalla con dislocazione intratoracica della testa omerale: discussione di un caso

Fracture-dislocation of the shoulder with intrathoracic displacement of the humeral head: case report

L. Branca Vergano
G. Sartori
M. Uggeri

RIASSUNTO

Descriviamo un caso di frattura-lussazione della spalla con dislocazione intratoracica della testa omerale. Abbiamo trattato chirurgicamente questa rara lesione, rimuovendo la testa dal torace e sostituendo l'epifisi omerale prossimale con una protesi totale a geometria inversa. Particolare attenzione deve essere prestata alla diagnosi di questa condizione e alle eventuali lesioni viscerali associate.

Parole chiave: frattura-lussazione, omero prossimale, dislocazione intratoracica

SUMMARY

We describe a case of fracture-dislocation of the shoulder with intrathoracic displacement of the humeral head. We treated this rare injury removing the humeral head from the chest and replacing the proximal humerus with a reverse shoulder arthroplasty. Care has to be taken to the correct diagnosis of this injury and to the eventual associated lesions.

Key words: fracture-dislocation, proximal humerus, intrathoracic displacement

INTRODUZIONE

La frattura-lussazione della spalla con dislocazione della testa omerale all'interno del torace o dell'addome è evenienza molto rara, con pochi casi descritti in letteratura¹⁻¹⁵; la testa omerale, nei casi pubblicati, in seguito all'evento traumatico, si localizzava all'interno dell'emitorace ipsi-^{2 5 7 9-15} o contro-laterale^{1 4}, all'interno dell'egresso toracico⁶ o nel retroperitoneo³.

Descriviamo un caso di dislocazione intratoracica ipsi-laterale della testa omerale.

CASO CLINICO

T.R., di 77 anni, si presenta presso il Pronto Soccorso di un altro nosocomio in seguito a caduta accidentale dalle scale, atterrando sul braccio sinistro teso, in posizione di difesa. Venivano eseguiti RX della spalla, del gomito e della gamba sinistra, e

U.O. Ortopedia e
Traumatologia, A.O. Desenzano
del Garda, Brescia

Indirizzo per la corrispondenza:

Dott. L. Branca Vergano
via Garibaldi 127
25011 Calcinato, Brescia
Tel. +39 030 963405
Fax +39 030 9637243
E-mail:
luigibrancavergano@hotmail.com

*Ricevuto il 22 novembre 2007
Accettato il 23 gennaio 2008*

veniva diagnosticata la frattura dell'epifisi prossimale dell'omero. La paziente rifiutava la consulenza ortopedica e il ricovero e si recava presso il Pronto Soccorso del nostro Ospedale: si ricoverava quindi presso il nostro reparto.

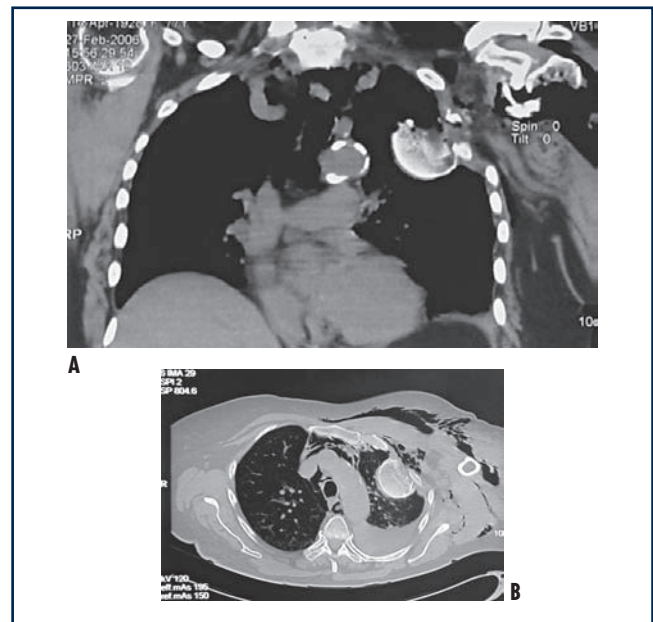
All'ingresso la paziente si presentava cosciente, collaborante, eupnoica. Lamentava dolore alla spalla sinistra, con impotenza funzionale antalgica assoluta. Nonostante l'esame neurologico fosse reso difficoltoso dall'intensa sintomatologia algica, non erano apprezzabili deficit vascolo-nervosi periferici. In anamnesi riferiva intervento non meglio specificato, anni prima, per lussazione abituale della spalla sinistra. Veniva posizionato bendaggio alla Gillchrist.

Ad una valutazione delle radiografie, si preferiva ripetere l'indagine a carico della spalla e del torace, completato da uno studio TC di tale distretto (Figg. 1-3). Si diagnosticava allora la frattura-lussazione dell'epifisi prossimale dell'omero, con dislocazione intratoracica della testa omerale sinistra, passata fra prima e seconda costa; coesistevano frattura del trachite omerale, frattura composta del terzo inferiore della glenoide, frattura composta della seconda costa, emo-pneumotorace, pneumomediastino, enfisema dei tessuti molli della spalla, della parete toracica e del collo.

Le condizioni della paziente erano stabili. Si decideva per il trasferimento presso il reparto di chirurgia generale.



Fig. 1. Quadro radiografico all'ingresso. La freccia indica la testa omerale all'interno del torace.



Figg. 2a, 2b. Quadro TC.

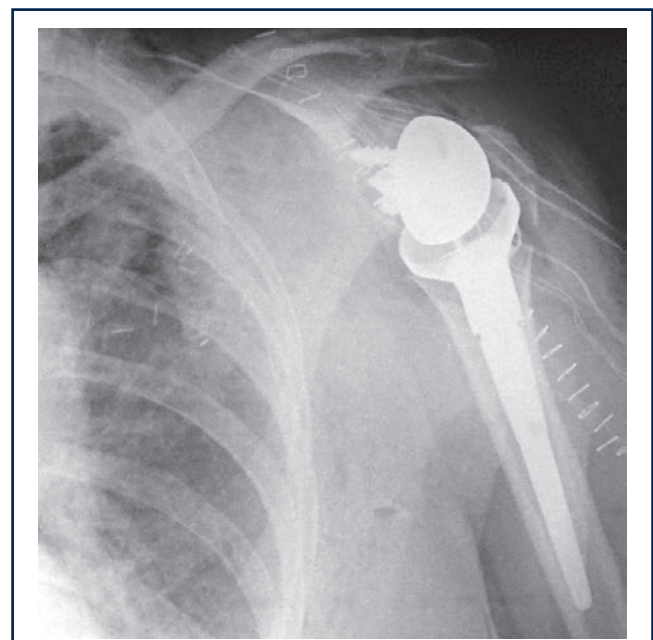


Fig. 3. Rx post-operatoria.

Veniva sottoposta ad intervento chirurgico 2 giorni dopo il ricovero.

Un primo tempo chirurgico ha previsto, attraverso un accesso deltoideo-pettorale, la protesizzazione della spalla: in considerazione del gravissimo danno a carico della

cuffia dei rotatori riscontrato intra-operatoriamente, si optava per l'utilizzo di una protesi di spalla a geometria inversa. La grande tuberosità omerale veniva ancorata con punti trans-ossei alla diafisi omerale per mantenere il residuo della cuffia dei rotatori che ancora risultava inserito su di essa. La frattura della porzione inferiore della glenoide non inficiava l'ancoraggio della glena protesica, per cui non si è reso necessario alcun accorgimento chirurgico nel suo impianto.

Un secondo tempo chirurgico, effettuato dai colleghi chirurghi generali, è consistito nella estrazione della testa omerale passando fra prima e seconda costa, attraverso la breccia di ingresso della testa. Il polmone appariva integro.

Venivano posizionati drenaggi in aspirazione, sia articolari che toracici.

La paziente veniva seguita con emocromi ed RX torace di controllo il giorno dell'intervento e i successivi. Si evidenziava miglioramento del pneumotorace, ma era riconoscibile addensamento del parenchima polmonare, imputabile a contusione. Tale quadro è migliorato nei giorni successivi, e si è risolto in XIII giornata post-operatoria. Non ha mai necessitato di trasfusioni ematiche (Fig. 4).

Ha iniziato la riabilitazione a carico della spalla sinistra 9 giorni dopo l'intervento.

È stata dimessa in XIV giornata post-operatoria, con la raccomandazione di proseguire la fisioterapia assistita e con la programmazione dei consueti controlli RX e clinici.

DISCUSSIONE

I primi a descrivere questo tipo di lesione furono West nel 1949, Watson-Jones nel 1956, Glessner nel 1961 e Patel nel 1963⁷⁻¹⁰. In questi primi casi, e nei successivi descritti in letteratura, il meccanismo lesivo era simile, con paziente vittima di incidente stradale o di caduta dall'alto, con trauma sul braccio teso in posizione di difesa.

Nonostante la gravità della lesione, alla prima osservazione la diagnosi può passare misconosciuta² se non vengono eseguite le opportune indagini radiografiche.

Nel perforare la parete toracica si possono o meno avere fratture costali, mentre il pneumotorace o l'emo-pneumotorace sono la regola in questo tipo di lesioni. Particolare attenzione va posta all'eventuale lesione di visceri "incontrati" dalla testa omerale durante la sua dislocazione

intra-toracica o intra-addominale (carotidi, vasi succlavi, esofago, trachea, plesso brachiale, ecc.). È dunque imperativo procedere ad esame TC del distretto interessato; inoltre, in alcuni casi, possono rendersi necessarie anche altre indagini diagnostiche, più o meno invasive, per un migliore inquadramento anatomico della lesione (RX con pasto baritato, broncoscopia, esofagoscopia, angiografia, ecc.). Naturalmente, se dovessero esservi lesioni viscerali che rendono il paziente emodinamicamente instabile, è d'obbligo l'intervento chirurgico in regime di urgenza.

Oltre a lesioni viscerali, l'articolazione della spalla, l'omero e le strutture muscolari e vascolo-nervose in intimo rapporto con essi possono subire gravi danni: fratture della glenoide¹, fratture costali³, avulsioni/rotture del grande pettorale, del gran dorsale e/o del deltoide^{1 6}, lesioni del plesso brachiale o del nervo ascellare^{3 11 12} sono descritte in letteratura.

La strategia chirurgica deve affrontare due problemi: la testa omerale lussata e l'epifisi prossimale dell'omero. Alcuni Autori hanno preferito la rimozione della testa omerale dal distretto anatomico in cui si era dislocata^{1 3 4 6}, con tecnica aperta o endoscopica, per prevenire ulteriori danni viscerali e infezioni locali; altri hanno optato per lasciare in sede la testa lussata^{5 10 13}, senza riscontrare complicazioni nel decorso post-operatorio a breve termine.

La testa dislocata perde ogni apporto vascolare ed è destinata ad andare incontro a necrosi avascolare; per tale motivo alcuni Autori hanno optato per la sostituzione protesica dell'epifisi prossimale dell'omero^{1 4 6}, mentre altri hanno comunque provato la sintesi della frattura^{3 12 14 15}. La soluzione protesica ci è sembrata la più adatta, confortata anche dai risultati della letteratura (necrosi avascolare della testa nel 100% dei casi trattati con riduzione e sintesi).

Noi abbiamo preferito, in accordo con i colleghi chirurghi generali, rimuovere la testa omerale dal torace; tale gesto chirurgico si è rivelato agevole, sfruttando l'accesso deltoideo-pettorale alla spalla e passando, previa tenotomia del piccolo pettorale, fra prima e seconda costa, seguendo la via tracciata dalla testa.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Ebersson CP, Thomas NG, Green A. *Contralateral intrathoracic displacement of the humeral head. A case report.* J Bone Joint Surg 2000;82-A:105-8.
- ² Simpson NS, Schwappach JR, Toby EB. *Fracture-dislocation of the humerus with intrathoracic displacement of the*

- humeral head. A case report.* J Bone Joint Surg 1998;80-A:889-91.
- ³ Wirth MA, Jensen KL, Animesh A, Curtis RJ, Rockwood CA Jr. *Fracture-dislocation of the proximal part of the humerus with retroperitoneal displacement of the humeral head. A case report.* J Bone Joint Surg 1997;79-A:763-6.
- ⁴ Abbott GF, Gaissert H, Faberman RS. *Contralateral intrathoracic migration of humeral head fracture dislocation.* AJR 1999;172:1402-4.
- ⁵ Kaar TK, Rice JJ, Mullan GB. *Fracture-dislocation of the shoulder with intrathoracic displacement of the humeral head.* Injury 1998;26:638-9.
- ⁶ Wiesler ER, Smith AM, Shilt JS. *Humeral head fracture-dislocation into the thoracic outlet: case report and review of the literature.* J Shoulder Elbow Surg 1995;13:576-9.
- ⁷ West EF. *Intrathoracic dislocation of the humerus.* J Bone Joint Surg 1949;31-B:61-2.
- ⁸ Watson-Jones R. *Fractures and joint injuries.* 4° Ed. Edinburgh: Livingstone 1956, p. 479.
- ⁹ Glessner JR Jr. *Intrathoracic dislocation of the humeral head.* J Bone Joint Surg 1961;43-A:428-30.
- ¹⁰ Patel MR, Pardee ML, Singerman RC. *Intrathoracic dislocation of the head of the humerus.* J Bone Joint Surg 1963;45-A:1712-4.
- ¹¹ al-Kaar M, Garcia J, Khan HG, Manueddu C. *Intrathoracic dislocation fracture of the head of the humerus.* J Radiol 1998;79:57-9.
- ¹² Ulrich C, Helbing G, Worsdorfer O, Lampl LH. *Intrathoracic dislocation of the head of the humerus.* Langenbecks Arch Chir 1986;367:197-202.
- ¹³ Brogdon BG, Crotty JM, MacFeely L, McCann SB, Fitzgerald M. *Intrathoracic fracture-dislocation of the humerus.* Skeletal Radiol 1995;24:383-5.
- ¹⁴ Hardcastle PH, Fisher TR. *Intrathoracic displacement of the humeral head with fracture of the surgical neck.* Injury 1981;12:313-5.
- ¹⁵ Pellet A. *Intrathoracic dislocation of the humerus.* Hefte Unfallheilkd 1975;126:93-9.