



Luxación de hombro y crisis convulsiva

La luxación de hombro es una complicación rara de la crisis convulsiva y, a veces, se asocia a fractura de húmero. La luxación clásicamente asociada a crisis epiléptica es la posterior¹. En este número de Emergencias aparecen dos cartas al director comunicando luxaciones de hombro con características especiales, que aparecieron tras una convulsión^{2,3}, y una serie de ocho casos de luxación posterior de hombro, una de las cuales apareció tras una crisis epiléptica⁴. En un estudio realizado en una unidad de tratamiento de epilepsia, con telemetría, se comprobó que entre 806 enfermos que tuvieron crisis epilépticas durante su ingreso en la unidad, se produjeron cinco luxaciones de hombro y todas ellas aparecieron en enfermos que fueron colocados rápidamente en decúbito lateral por el personal sanitario, al iniciarse la crisis, para evitar la broncoaspiración, siendo la luxación del hombro situado abajo⁵. Por otra parte, la luxación que se produce en esta posición suele ser anterior, al disminuir la movilidad del brazo por el peso del cuerpo; la contracción del pectoral y del *latissimus dorsi* hace que la cabeza humeral sea desplazada hacia adelante y se luxa¹.

La colocación en decúbito lateral izquierdo durante una crisis epiléptica fue recomendada por primera vez en 1876 por Brown⁶, en un intento de acortar la duración de la crisis y volvió a recomendarse casi 100 años más tarde para evitar la broncoaspiración⁷. En la mayoría de los textos actuales no aparece mención alguna a colocar al paciente en esta posición, pero sí se recomienda en un libro tan prestigioso como el "Tintinalli"⁸ para que el enfermo no tenga una aspiración de saliva o vómitos. Sin embargo, durante la crisis convulsiva, el riesgo de aspiración prácticamente no existe debido a que en esta fase no hay un llamativo aumento de secreciones

y, sobre todo, porque cesan los movimientos respiratorios. El riesgo se eleva en la fase postcrítica y probablemente la mayoría de las neumonías por aspiración que aparecen después de una crisis convulsiva se producen por broncoaspiración en esta fase en la que sí puede estar más justificado el decúbito lateral. De esta forma se evitaría esta grave complicación que puede poner en peligro la vida del enfermo. En un seguimiento durante un año de 971 enfermos epilépticos, la mayoría sin control adecuado de las crisis, aparecieron dos casos de neumonía por aspiración, pero no hay otros estudios que nos orienten sobre la incidencia de esta complicación.

Estas consideraciones sugieren algunas conclusiones como que:

1. No parece justificado colocar al paciente en decúbito lateral durante una crisis epiléptica, ya que ello favorece la luxación de hombro y no previene la neumonía por aspiración. Por ello DeToledo y Lowe³ sugieren que se cambien las guías de actuación publicadas por la *Epilepsy Foundation of America*⁹ en las que se recomienda esta posición.

2. Son necesarios estudios prospectivos encaminados a conocer la incidencia de neumonía por aspiración y de luxación de hombro como consecuencia de una crisis epiléptica, para conocer las circunstancias que las favorecen y poder tomar las medidas preventivas más oportunas. Los Servicios de Urgencias hospitalarios y extrahospitalarios están en las mejores condiciones para afrontar este tipo de estudios, ya que es el personal de estos servicios el que con mayor frecuencia atiende a enfermos con crisis. En enfermos ingresados no son tan frecuentes, ya que en ellos ya se han instaurado habitualmente las medidas terapéuticas encaminadas al control de las crisis y/o sus complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1- DeToledo JC, Lowe MR, Ramsay RE. Restraining patients and shoulder dislocations during seizures. *J Shoulder Elbow Surg* 1999;8:300-2.

2- Belda Jornet V, Dara López M, Casarramona Lobera F, Cuadrada Majó C.

Fractura-luxación posterior de ambos hombros secundaria a crisis tónica causada por reacción vasovagal. *Emergencias* 2001;13:145-6.

3- Ramos Galea R, Blanco Blanco J, Hernández Martín P, García Abuso M.

Fractura-luxación escapulo humeral invertida bilateral tras episodio convulsivo. *Emergencias* 2001;13:146-8.

4- Aguiar García F, Narváez Jiménez A, Rodríguez Argaiz F, Bertrand García ML, Guerado Parra E. Utilidad de la

proyección radiológica transtorácica para el diagnóstico de la luxación posterior de hombro en un departamento de Urgencias. *Emergencias* 2001;13:104-7.

5- DeToledo JC, Lowe MR. Seizures, lateral decubitus, aspiration, and shoulder dislocation. Time to change the guidelines? *Neurology* 2001;56:290-1.

6- Brown FJ. Arrest of convulsion by sinistrolateral posture. *Practitioner* 1876;16:292.

7- Livingston S. Comprehensive management of epilepsy in infancy, childhood and adolescence. Springfield IL. Charles Thomas. 1972.

8- Pellegrino TR. Seizures and status

epilepticus in adults. En Tintinalli JE, Ruiz E, Krome RL. *Emergency Medicine. A comprehensive study guide*. Forth ed. New York. McGraw-Hill, 1996;1026-33.

9- Epilepsy Foundation of America. *First aid for seizures*. Disponible en <http://www.efa.org>.

M. S. Moya Mir

*Servicio de Urgencias. Clínica Puerta de Hierro.
Departamento de Medicina de la Universidad Autónoma de Madrid.*