

ilmedicopediatra 2023;32(1):23-27;
doi: 10.36179/2611-5212-2023-4

Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino

Salvatore Bonfiglio, Alessandro Famoso

UOSD Ortopedia e Traumatologia, ARNAS Garibaldi Nesima-Catania

Introduzione

La scapolo-omeroale è l'articolazione del corpo umano dotata di maggiore motilità, ciò la rende particolarmente instabile e suscettibile a lussazione (perdita permanente dei rapporti articolari). La lussazione della spalla tuttavia è raramente osservata nei bambini e sono solo pochissimi i casi documentati in letteratura. Tra le instabilità, le lussazioni anteriori sono predominanti in oltre il 90% dei casi, mentre le lussazioni posteriori sono eventi eccezionali e si riscontrano solo nel 4% di tutte le lussazioni di spalla descritte¹.

Nella dislocazione posteriore molto comune è l'errore diagnostico, dovuto al fatto che l'esame radiologico eseguito solo nella "proiezione antero-posteriore" può essere interpretato come normale² e, nei bambini in particolare, tale condizione è solitamente causata da un'anomalia congenita o da lassità capsulo-legamentosa o lesione ostetrica del plesso brachiale (lesione neurologica). La lussazione traumatica posteriore della spalla senza la frattura dell'epifisi omerale prossimale nei bambini è anch'essa di raro riscontro³, poiché la piastra di crescita epifisaria tende a fratturarsi prima che si verifichi l'evento "lussazione"⁴. Frequentemente è proprio "il medico pediatra di famiglia" il primo a cui si presenta il quadro suddetto, pertanto l'esistenza del seppur raro caso di lussazione posteriore va sospettata al fine di poter indicare un corretto percorso diagnostico-terapeutico.

Materiali e metodi

Un bambino di 10 anni giungeva al nostro pronto soccorso intorno alle ore 20:00, dopo un riferito incidente stradale in bicicletta avvenuto nel proprio paesino di residenza che dista circa 2 ore di auto dal nostro ospedale. Per tale motivo, nell'immediatezza si era rivolto al proprio Pediatra di famiglia il quale, visto il quadro clinico, aveva ipotizzato una frattura della spalla consigliando di afferire in ospedale.

Clinicamente il bambino riferiva dolore alla spalla destra e mostrava un range articolare marcatamente limitato, con particolare compromissione

Corrispondenza

Salvatore Bonfiglio

Salvatore.ortopedia@tim.it

Conflitto di interessi:

Gli Autori dichiarano nessun conflitto di interessi.

How to cite this article: Bonfiglio S, Famoso A. Una rara lussazione posteriore di spalla nel bambino. *Il Medico Pediatra* 2023;32(1):23-27. <https://doi.org/10.36179/2611-5212-2023-4>

© Copyright by Federazione Italiana Medici Pediatri



OPEN ACCESS

L'articolo è open access e divulgato sulla base della licenza CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 4.0 Internazionale). L'articolo può essere usato indicando la menzione di paternità adeguata e la licenza; solo a scopi non commerciali; solo in originale. Per ulteriori informazioni: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

FIGURA 1.

Esame radiografico della spalla destra



della rotazione esterna e dell'elevazione. I polsi periferici erano palpabili e non veniva rilevato alcun deficit neurologico, tuttavia era presente un atteggiamento coatto dell'arto in rotazione interna e adduzione. La radiografia (Fig. 1) della spalla destra, eseguita in una sola proiezione per la scarsa collaborazione del paziente che si rifiutava di stare in piedi, veniva ini-

zialmente interpretata come lussazione anteriore della spalla dal medico radiologo.

Dal pronto soccorso veniva dunque richiesta una "Consulenza Ortopedica" che, all'esame obiettivo della spalla, evidenziava un limitato movimento del braccio, con rotazione interna e adduzione, senza alcun crepitio o motilità preternaturale. L'epifisi prossimale dell'omero era palpabile nella parte posteriore del torace ed era inoltre documentabile ematoma cutaneo posteriore, con modifica del profilo anatomico dell'intero arto superiore destro.

Per tale motivo veniva posta diagnosi di sospetto di "lussazione posteriore scapolo-omerale" e richiesta l'integrazione con radiografia transtoracica (Fig. 2) e tomografia assiale computerizzata.

L'esame TAC confermava la lussazione posteriore dell'epifisi prossimale dell'omero con la dubbia presenza di associato distacco lamellare osseo, espressione di "Reverse bone Bankart" (distacco parcellare osseo della glenoide) (Fig. 3)

In urgenza e in anestesia generale veniva eseguita una manovra di riduzione a cielo chiuso (una leggera trazione e pressione sull'epifisi prossimale dell'omero in direzione postero-anteriore, con una lenta rotazione esterna dell'estremità distale dell'omero) ottenendo il ripristino della congruenza articolare. È fundamenta-

FIGURA 2.

Quadro clinico e radiografia transtoracica.

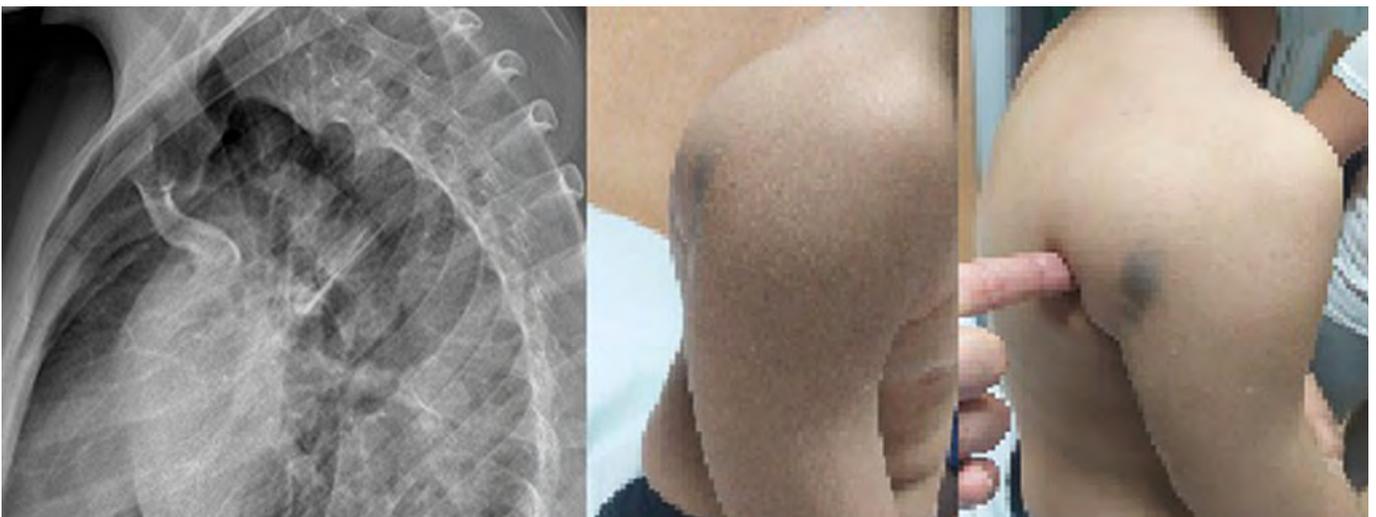
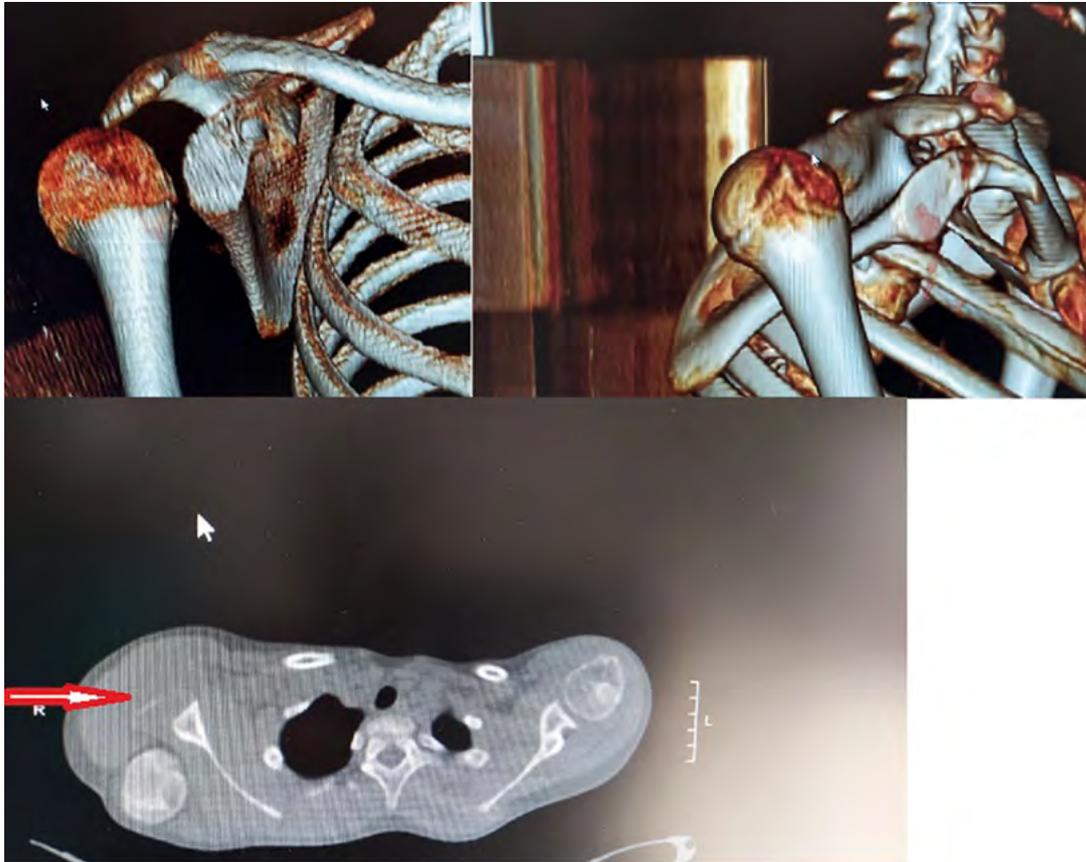


FIGURA 3.**Esame Tac della spalla destra.**

le che tale manovra venga eseguita in anestesia e in maniera prudente dal momento che brusche e incaute manovre possono provocare la frattura dell'epifisi prossimale complicando notevolmente il quadro clinico. Le radiografie post-riduzione confermavano il ripristino dei rapporti articolari scapolo-omerale (Fig. 4).

L'arto veniva posizionato in tutore in rotazione neutra per 21 giorni e, alla rimozione dello stesso, il paziente iniziava un percorso riabilitativo con esercizi per il recupero del range di movimento e per il potenziamento muscolare secondo tolleranza, ma con divieto di attività sportiva per le successive 4 settimane. L'ultimo follow-up veniva eseguito a 3 mesi dopo l'infortunio e rivelava ripristino completo del movimento senza dolore. Veniva quindi consigliata una risonanza magnetica (RMN) per valutare l'articolazione della spalla e le strut-

ture capsulo-legamentose, dal momento che residuava ipotrofia del muscolo deltoide destro se confrontato con l'arto controlaterale, da verosimile neuroaprassia del nervo circonflesso in fase di remissione (Fig. 5). Tale esame confermava in ultima battuta l'integrità delle strutture anatomiche osservate.

Discussione

Le lussazioni della spalla, seppur poco comuni nella popolazione più giovane, si verificano tuttavia più frequentemente negli adolescenti che nei bambini piccoli. In questi ultimi, i legamenti sono sette volte più forti delle ossa. Pertanto, una frattura dell'epifisi omerale prossimale è più comune della rottura legamentosa che può generare la lussazione. Gli stabilizzatori dell'articolazione gleno-omerale sono le strutture capsulo-legamentose, la glenoide, il labbro e la cuffia dei rotatori⁸.

FIGURA 4.

Radiografia postriduzione con ripristino dei rapporti articolari.

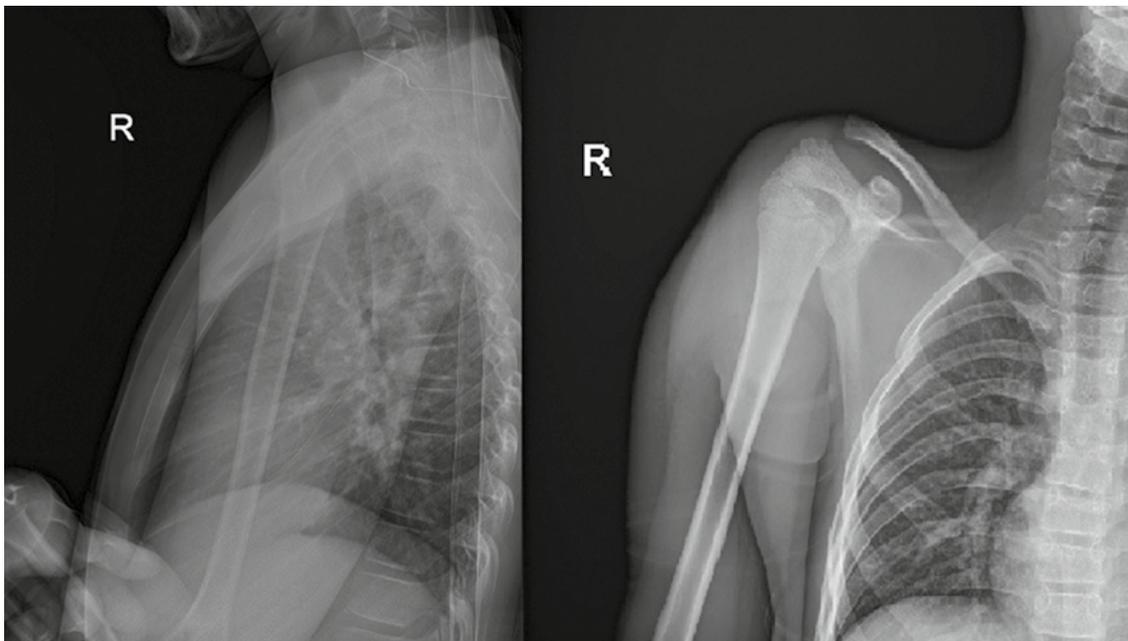
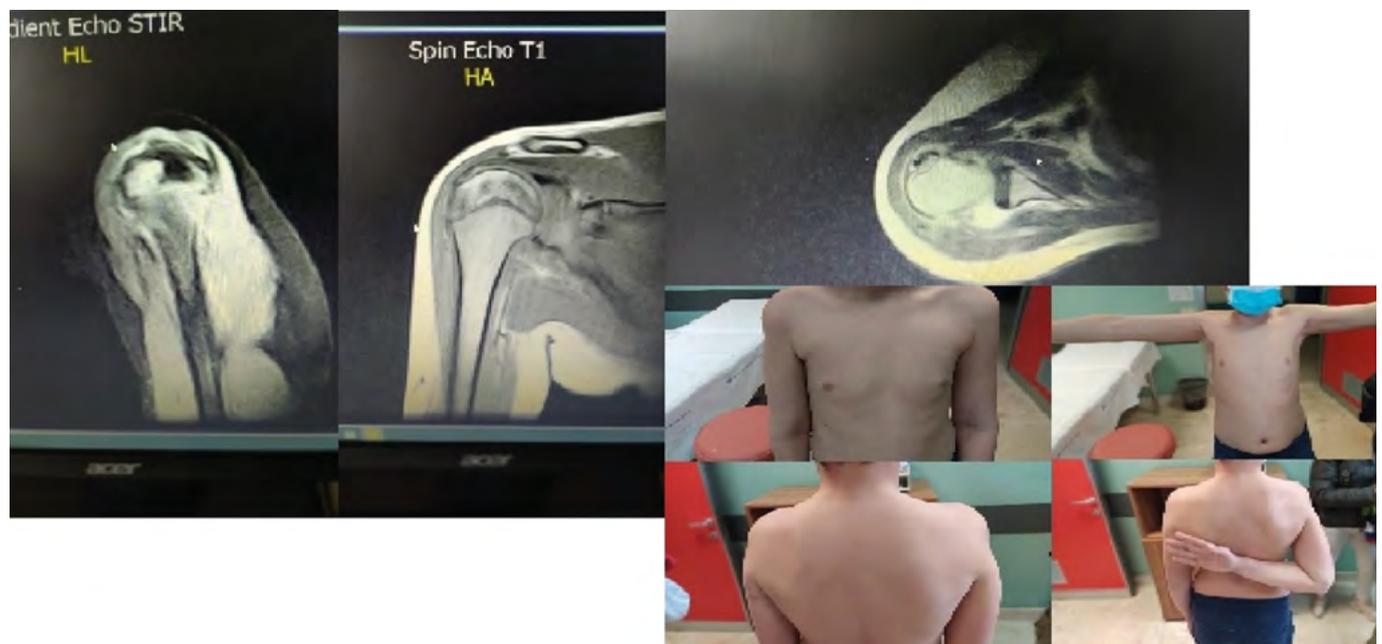


FIGURA 5.

Quadro clinico a 3 mesi e risonanza magnetica di controllo.



Per i bambini più piccoli, prima della fase puberale, è indicato sempre il trattamento conservativo dopo la riduzione in urgenza. Ciò è giustificato dal tasso di re-

cidiva estremamente basso che consente di escludere l'indicazione chirurgica. Il trattamento di scelta è la riduzione in urgenza e l'applicazione di un bendaggio per

2-3 settimane. Il tasso di recidiva della lussazione nei bambini < 14 anni in letteratura è riportato essere del 4,7%⁹ e spesso la causa della recidiva è stata un nuovo trauma o una condizione anatomica predisponente. Nello specifico, la lussazione posteriore della spalla è un'entità molto rara, ma clinicamente e radiologicamente ben definita.

C'è confusione tra sublussazione posteriore e lussazione. La sublussazione posteriore è un'entità acuta associata a trauma con un difetto osseo dell'epifisi prossimale dell'omero che si incastra dietro la glenoide, noto come fenomeno di "Engage". Le dimensioni del difetto dipendono dal tempo di permanenza della testa omerale in "Engage" con la glenoide prima che essa venga ridotta nella sua sede articolare normale. Ciò rappresenta una sublussazione perché una parte della superficie articolare della testa omerale è ancora a contatto con la glena, mentre un'altra è dietro di essa⁶, ed è questa la forma clinica in cui la diagnosi viene spesso mancata.

Solitamente una lussazione posteriore non si presenta con una marcata deformità clinica, diversamente da quanto da noi osservato nel caso in discussione in cui la dislocazione si spingeva fino alla regione sottocutanea del torace posteriore; l'arto superiore infortunato è tipicamente tenuto nella tradizionale posizione addotta al torace con associata impossibilità di rotazione esterna, segno clinico tipico della lussazione posteriore!! Appaiono dunque fondamentali un corretto esame clinico del paziente e una "serie radiografica completa da trauma". Si possono osservare inoltre una massa palpabile posteriormente alla spalla, appiattimento della spalla anteriore e prominente coracoidea anteriore⁵. La letteratura riporta varie indagini che vengono eseguite di routine, ad esempio RMN, arthro-RMN, stressRMN o TAC¹⁰. Queste indagini possono essere utili per la pianificazione preoperatoria, prevalentemente nell'adulto, e per il rilevamento di lesioni del cercine, rotture tendinee e legamentose, ma non vi è alcun protocollo decisionale basato su questi risultati. Fondamentale l'anestesia e la sedazione per il rischio di fratturare la testa durante la riduzione: la spalla non deve essere forzata violentemente in rotazione esterna nel tentativo di riduzione senza narcosi.

Wilson e McKeever⁷ ritengono che la maggior parte delle lussazioni posteriori sia instabile e debba essere fissata per via percutanea. Il braccio del paziente deve essere tenuto in una posizione neutra, quindi si esegue una osteosintesi temporanea con 2 fili di k attraverso l'acromion nella testa dell'omero. Questa procedura è usata raramente tranne che nella riduzione a cielo aperto di lussazioni posteriori passate misconosciute, restando la riduzione incruenta in anestesia generale il "gold standard".

CONCLUSIONE

Le lussazioni posteriori della spalla sono rare e ancora più rare nei bambini. È facile mancare la diagnosi e dunque sono necessari un'attenta anamnesi, un esame clinico appropriato e una corretta esecuzione e valutazione delle radiografie per giungere alla diagnosi. Il trattamento dipende principalmente da quanto precocemente la lussazione viene riconosciuta e certamente il trattamento non chirurgico è la prima scelta in età pediatrica. Il medico pediatra spesso risulta essere il primo a osservare tale quadro patologico, pertanto la conoscenza di questa rara eventualità e dei suoi segni clinici tipici è di aiuto al fine di agevolare il percorso diagnostico-terapeutico e mettere in atto misure finalizzate a evitare sequele permanenti.

Bibliografia

- 1 Perron A, Jones R. Posterior shoulder dislocation: avoiding a missed diagnosis. *Am J Emerg Med* 2000;18:189-191.
- 2 Xu W, Huang L, Guo J, et al. Neglected posterior dislocation of the shoulder: a systematic literature review. *J Orthop Translat* 2015;3:89-89.
- 3 Foster W, Ford T, Drez D. Isolated posterior shoulder dislocation in a child. *Am J Sports Med* 1985;13:198-200.
- 4 Mirtz TA, Chandler JP, Evers CM. The effects of physical activity on the epiphyseal growth plates: a review of the literature on normal physiology and clinical implications. *J Clin Med Res* 2011;3:1-7.
- 5 Egol KA, Koval KJ, Zuckerman JD. *Handbook of Fracture*. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health 2010.
- 6 Cicak N. Posterior dislocation of the shoulder. *J Bone Joint Surg* 2004;86-B:324-332.
- 7 Wilson J, McKeever F. Traumatic posterior (retroglenoid) dislocation of the humerus. *J Bone Joint Surg* 1949;31:160-180.
- 8 Kenes C. L'épaule instable des sujetsjeunes. Expériencechirurgicale. *Bull Acad Natl Med* 1998;182:87-98, discussion 99.
- 9 Wagner KT, Lyne ED. Adolescent traumatic dislocations of the shoulder with open epiphyses. *J PediatrOrthop* 1983;3:61-62.
- 10 Arciero RA, St. Pierre P. Acute shoulder dislocation. Indications and techniques for operative management. *Clin Sports Med* 1995;14:937-953.