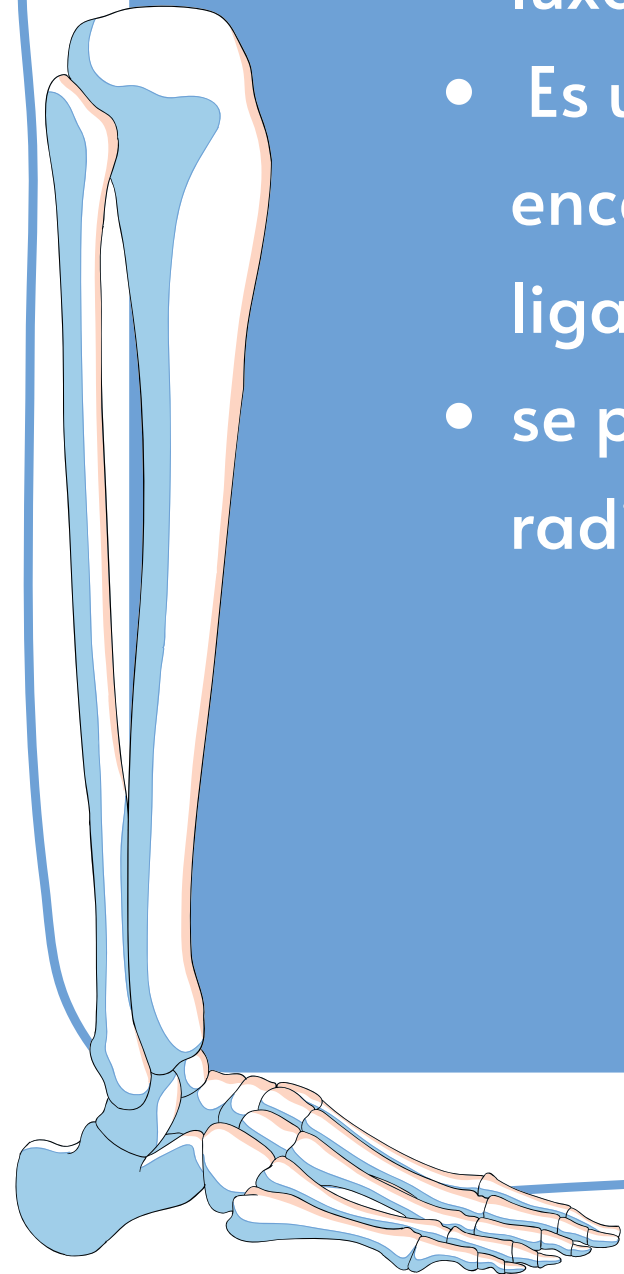
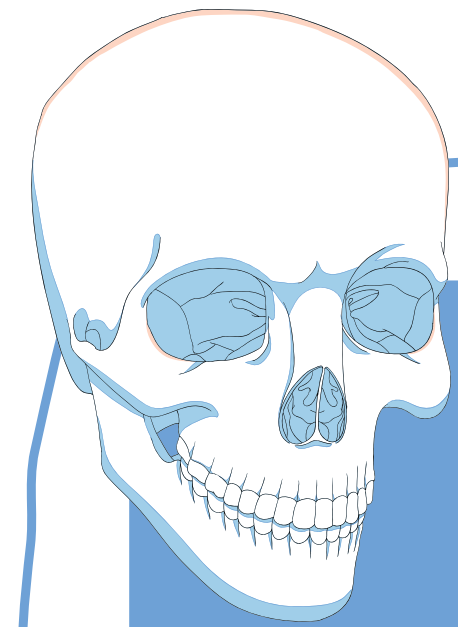


LUXACIONES DE CODO Y CARPO

- PRESENTADORES
- ZURY EVELYN MORALES AGUILAR
- JOSE MANUEL LOPEZ CRUZ}
- FRANCISCO MIGUEL GOMEZ MENDEZ

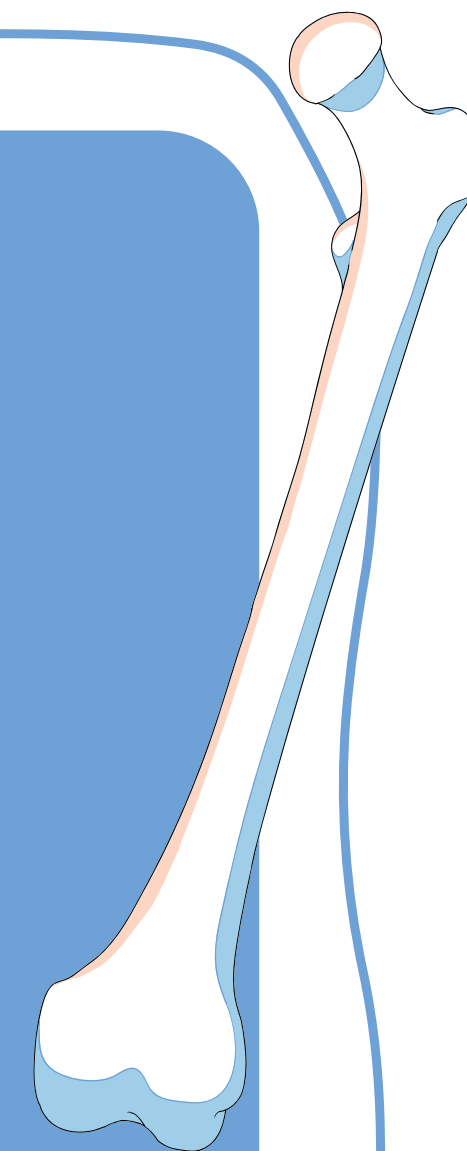
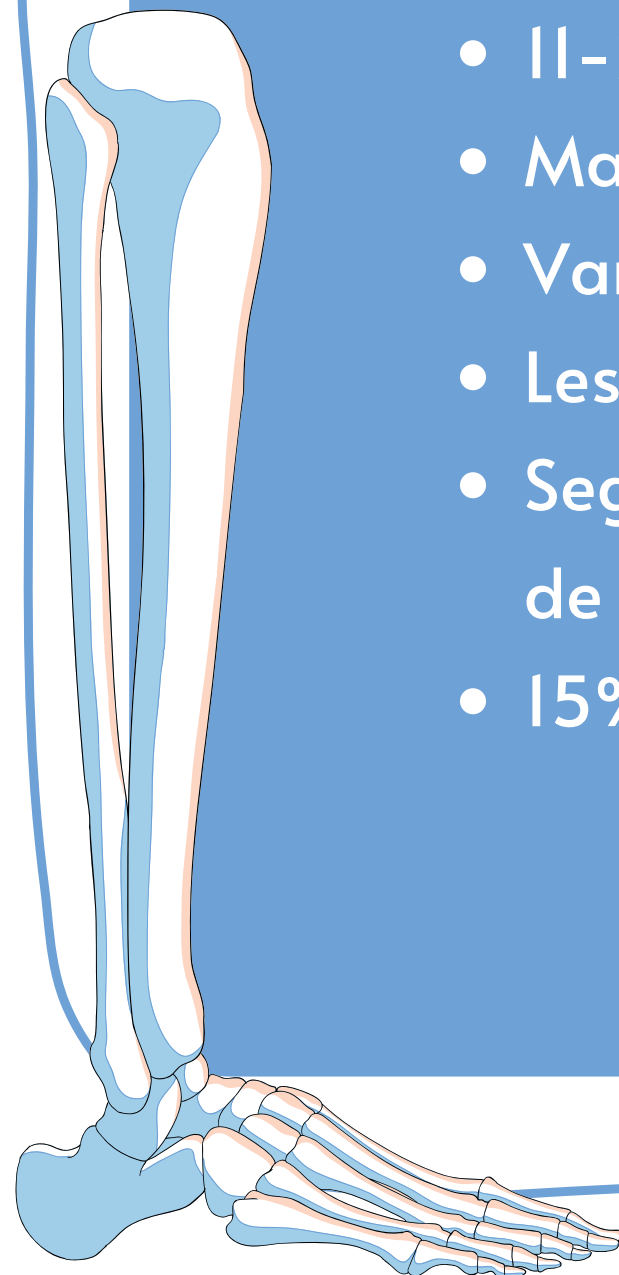
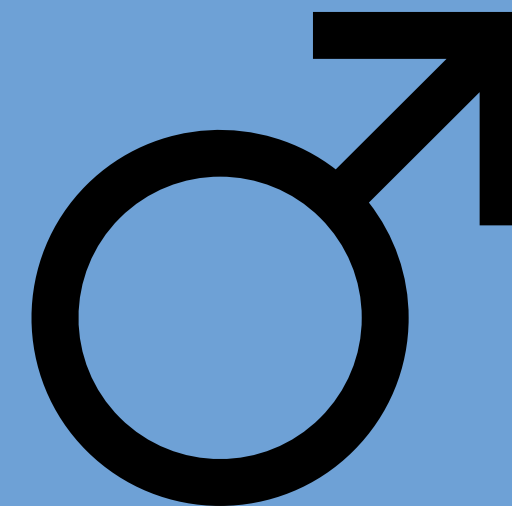
Luxación de codo

- luxación más frecuente después de la luxación de hombro, en niños.
- Es una articulación muy estable gracias a que las superficies articulares encajan estrechamente y están contenidas por una fuerte capsula y poderosos ligamentos laterales
- se produce cuando se rompe la relación entre las articulaciones humero-radial, humero-cubital y la radio-cubital



epidemiología

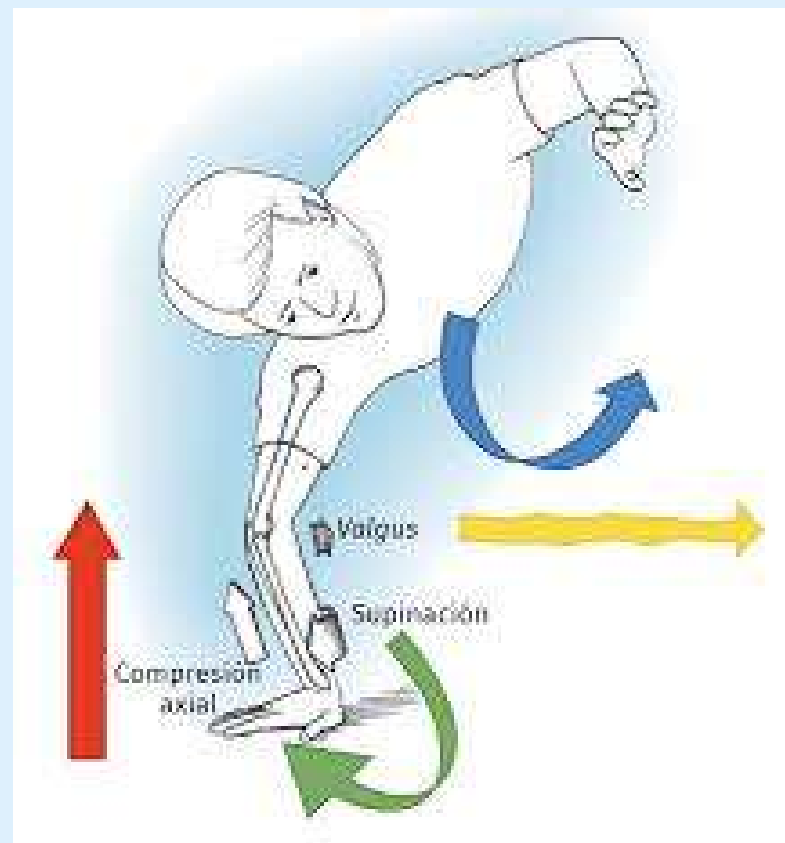
- 11-28% de las lesiones de codo
- Mayor incidencia entre los 10 y 30 años.
- Varones, + común lado izquierdo
- Lesion de arteria braquial 1.3%.
- Segunda causa más frecuente de luxación después de la luxación de hombro.
- 15%-30% de los casos asociados a fractura.



- con la luxación de los segmentos proximales es inevitable el desgarro completo de la capsula y ligamentos articulares, o del musculo braquial anterior.
- Esto conlleva a la cicatrización, desgarro muscular y la formación de un hematoma abundante que explican dos complicaciones graves: RIGIDEZ ARTICULAR Y MIOSITIS OSIFICANTE

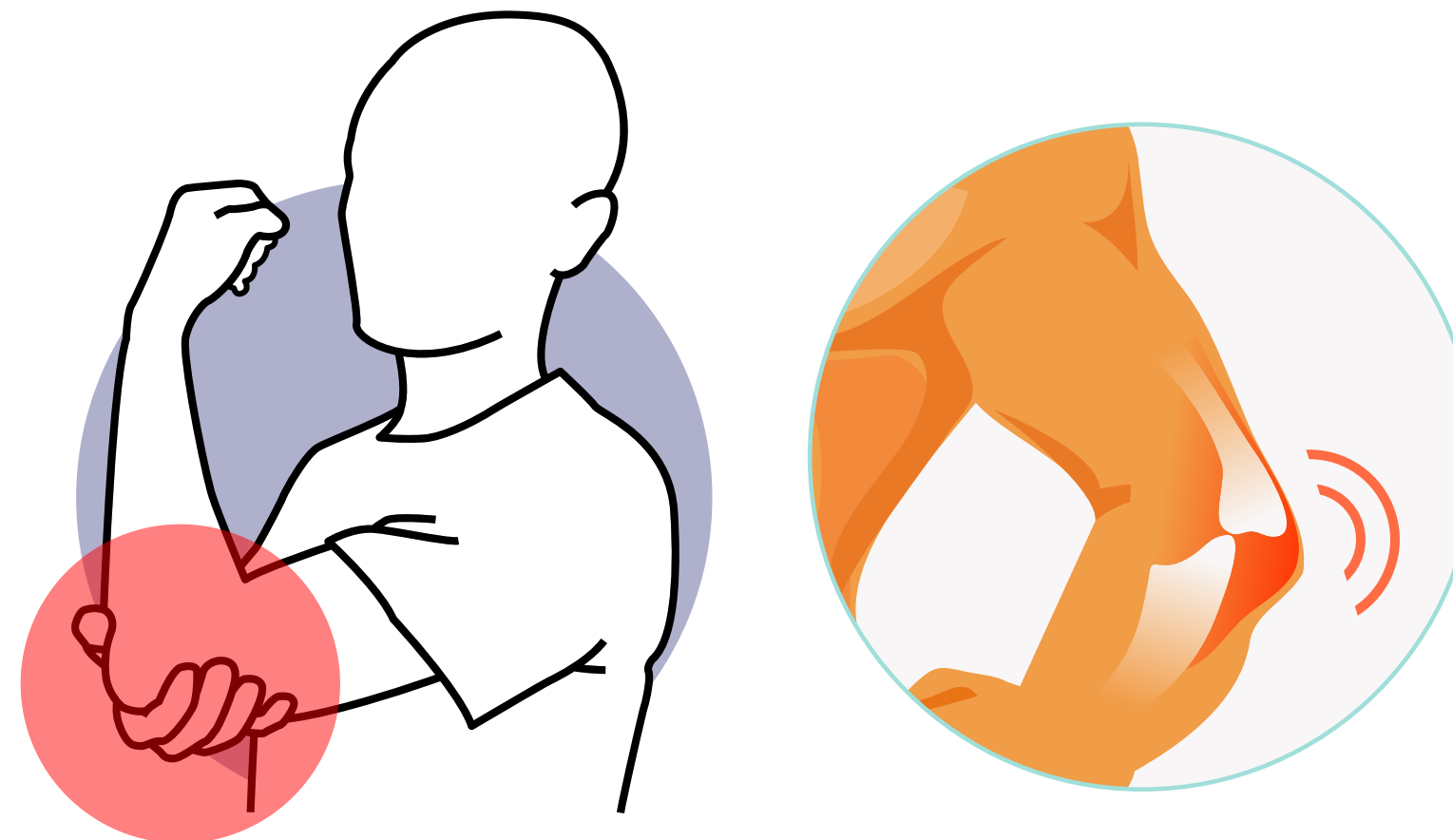


- **MECANISMO DE LESION:** Caída de espaldas o brucees sobre la mano en hiperextensión con el codo extendido y en abducción.



clínica y diagnóstico

- Dolor intenso en torno al codo
- Impotencia funcional absoluta
- Aumento de volumen global del codo
- desplazamiento posterior olocraneano que origina una deformación del eje lateral
- deformación del eje anterior brazo-antebrazo por desplazamiento hacia afuera o dentro de la línea media.
- antebrazo alargado y supinado
- codo en extensión total
- fosa olocraneana y tróclea palpables
- pérdida del triángulo de Nelaton
- frecuente fractura del olecranon



tratamiento

- Reducción manual con anestesia general
- Inmovilización con férula de yeso posterior braquipalmar con codo flectado
- *3 semanas, vendaje de la férula, colgar al cuello.
- REHABILITACION.- retirado el yeso, sesiones de flexion-extension del codo activas, progresivas, no forzadas en el curso de los dias



complicaciones

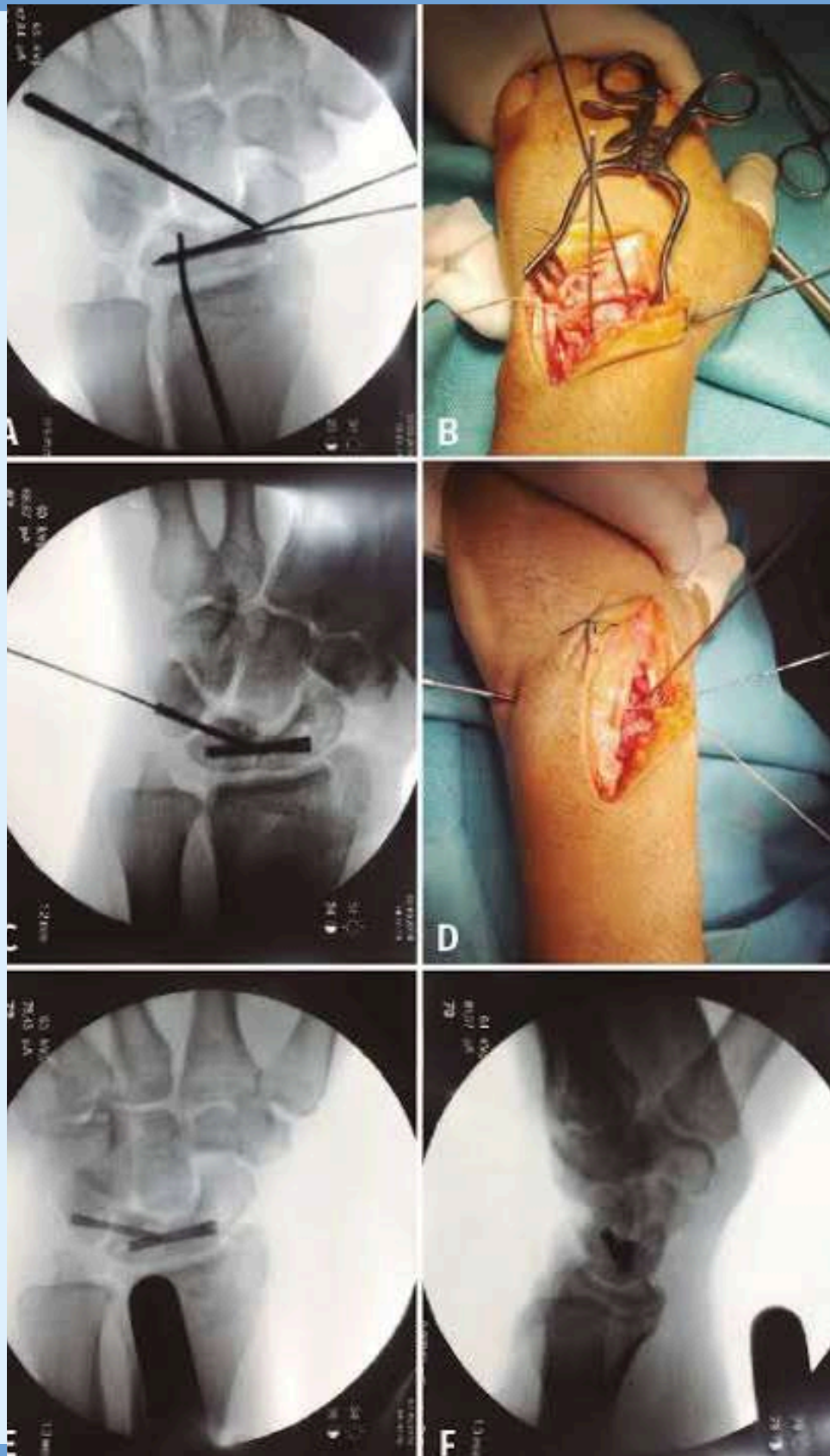
- 01** 1/3 de los casos, especialmente en niños Conlleva a la destrucción de las partes blandas periarticulares Obliga a: >tiempo la inmovilización= >rigidez articular
- 02** MIOSITIS OSIFICANTE.- proceso metaplásico en el que el proceso cicatricial no se constituye en tejido fibroso sino se calcifica y llega a la osificación, compromete partes blandas destruidas en torno al codo y las hemorragias consiguientes



LUXACIÓN DE CARPO



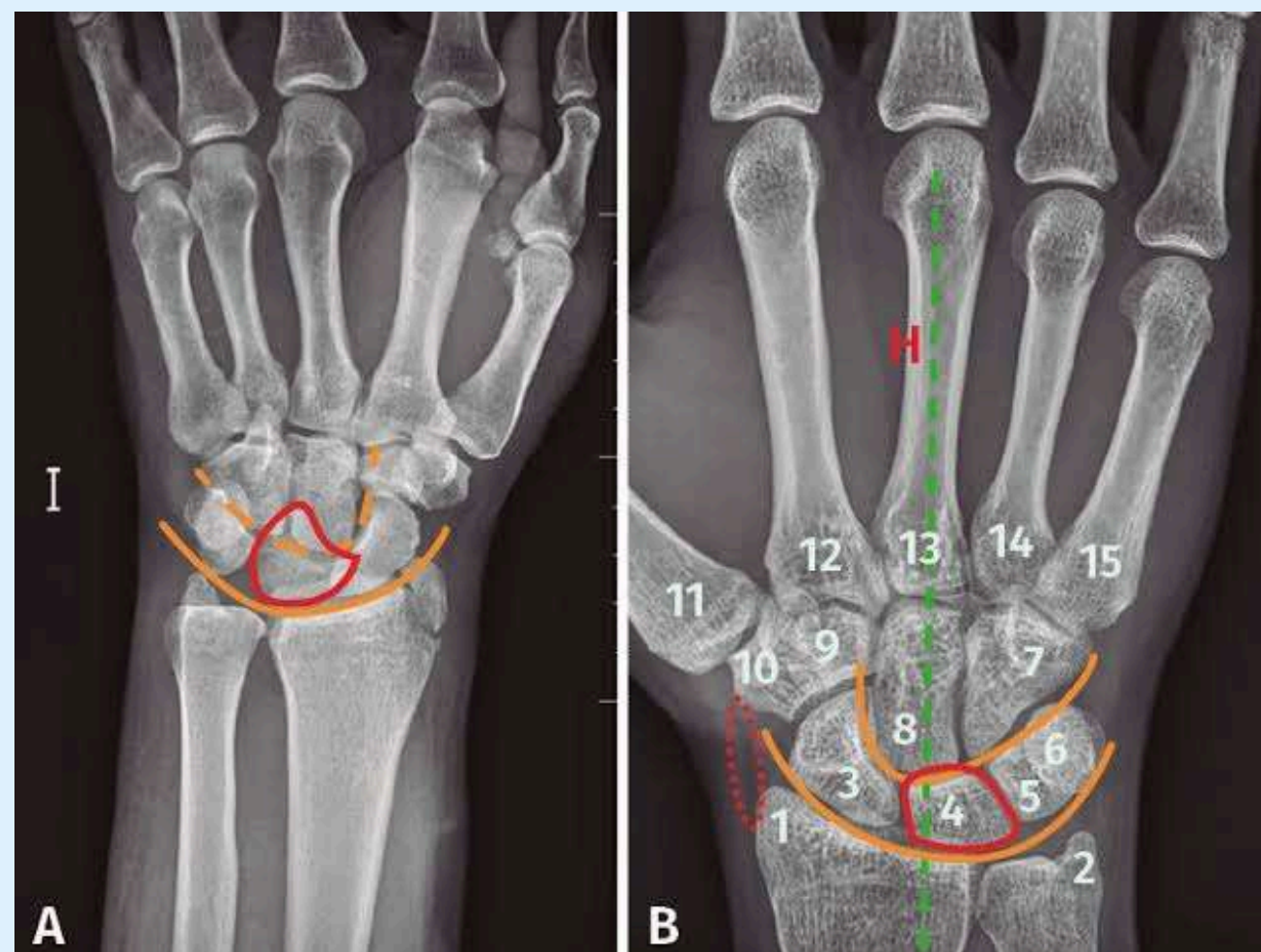
INTRODUCCIÓN



son lesiones raras que resultan de traumatismos de alta energía tales como accidentes de tráfico, caídas de gran altura o accidentes con maquinaria industrial

EPIDEMIOLOGÍA





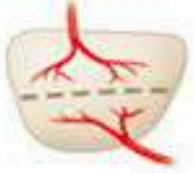




- Suponen el 7-10% de las lesiones carpianas y las fractura-luxaciones resultan el doble de frecuentes que las luxaciones.
- Más del 90% suceden en varones jóvenes y alrededor del 60% afectan la mano dominante
- 16 al 25 % de estas lesiones pasan desapercibidas inicialmente por los médicos que trabajan en urgencias
- los pacientes se presentan en la consulta con una luxación subaguda o crónica, perdiendo gran parte del potencial de recuperación funcional.



CLASIFICACIÓN

Las luxaciones carpianas pueden dividirse en 4 grupos:

- Luxaciones o fracturas-luxaciones perisemilunares (dorsal y palmar)
- Luxaciones o fracturas-luxaciones axiales
- Luxaciones aisladas de los huesos del carpo
- Luxaciones o fracturas luxaciones radiocarpianas puras.

Grupo I	 Escafoides	 Hueso grande	 Semilunar (8%)	
Grupo II	 Hueso ganchoso	 Trapezoide		
Grupo III	 Trapecio	 Piramidal	 Pisiforme	 Semilunar (92%)

Clasificación de Mayfield

FASE I

LO QUE PROVOCA UNA DISOCIACION
ESCAFOSEMILUNAR

FASE II

Separación del hueso grande y el escafoides con el
semilunar y del piramidal por el espacio de Poirier

FASE III

Disociación lunopiramidal = Luxación dorsal del carpo

FASE IV

Lesión del ligamento radiocarpiano dorsal
Semilunar se luxa hacia palmar

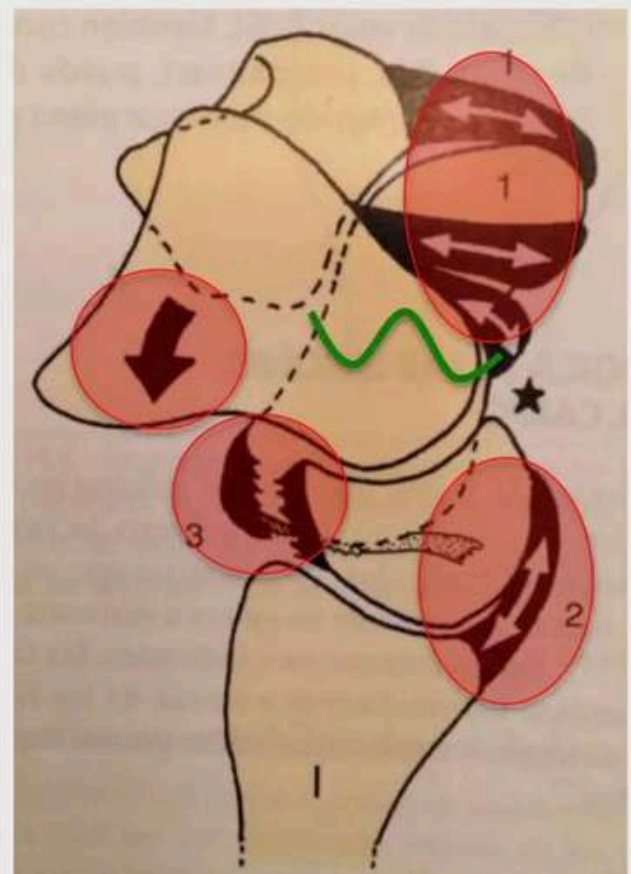


MECANISMO DE LESIÓN

- Etapas de Mayfield

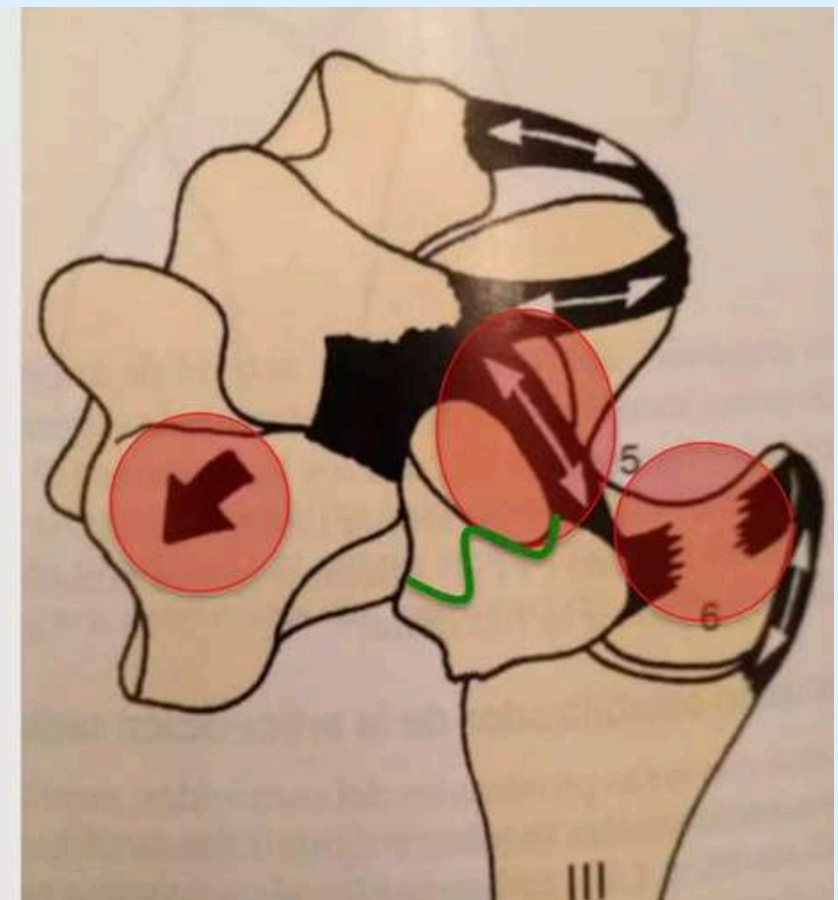
- Estadío I

- Disociación
escafolunar/fractura
de escafoides



- Estadío III

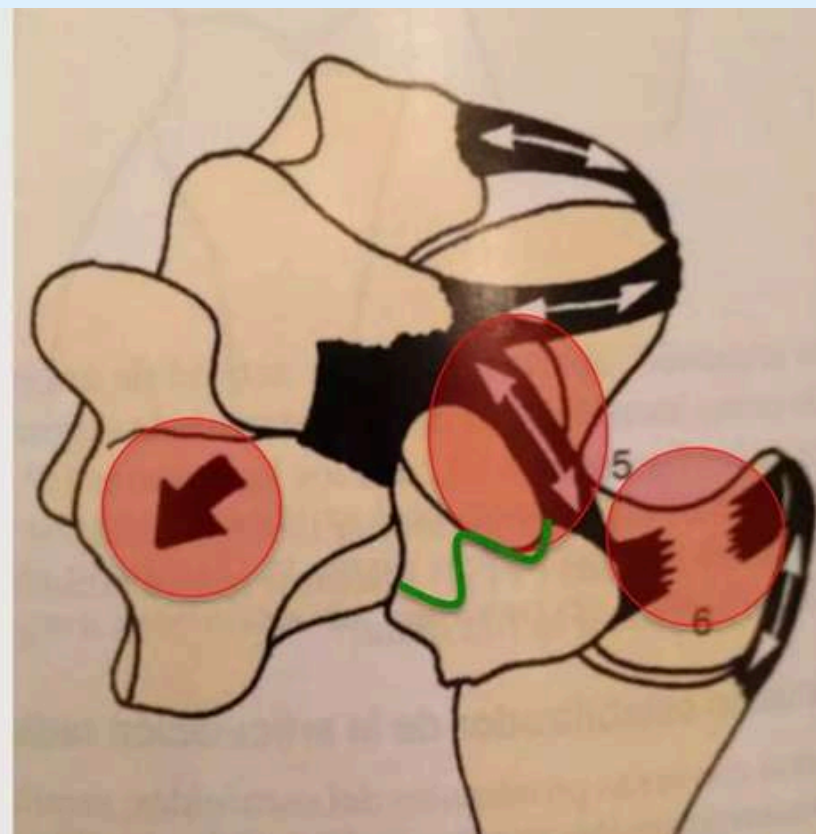
- Disrupción
lunopiramidal/frac
tura del piramidal



MECANISMO DE LESIÓN

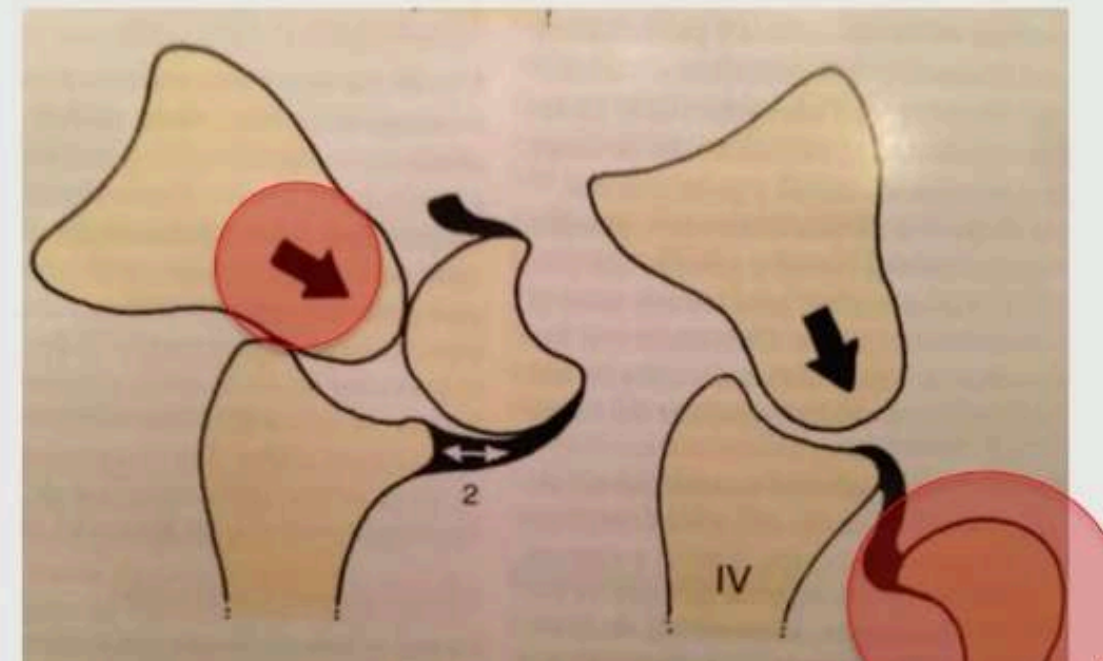
→ Estadío III

→ Disrupción
lunopiramidal/frac-
tura del piramidal



→ Estadío IV

→ Luxación del semilunar



LUXACION DE CARPO MAS COMUN

Luxación perisemilunar

Una luxación perisemilunar es una lesión del carpo que se produce cuando se rompe la relación normal entre el hueso semilunar y el gancho. Suele ocurrir cuando se aplica una fuerza considerable a una muñeca hiperextendida.



Fig. 1. Radiografías simples: A lateral y B anteroposterior, postreducción, en las que se evidencian las fracturas de la estiloides radial y del hueso semilunar.

Luxación semilunar

Una luxación semilunar es una lesión en la muñeca que se produce cuando el hueso semilunar se separa del hueso ganchoso y del radio. Suele ocurrir cuando se aplica una fuerza considerable a una muñeca hiperextendida.



Clinica

Los signos se presentan de manera aguda como crónica, tiende a ser crónico por mal diagnóstico, politraumatismos o radiografías mal tomadas

Aguda

Dolor a la palpación distal al tubérculo de Lister, impotencia funcional, dolor a la movilidad y edema.

Crónica

Persistencia al endurecimiento doloroso incluso si ya no existe edema
Síndrome de tunel carpiano

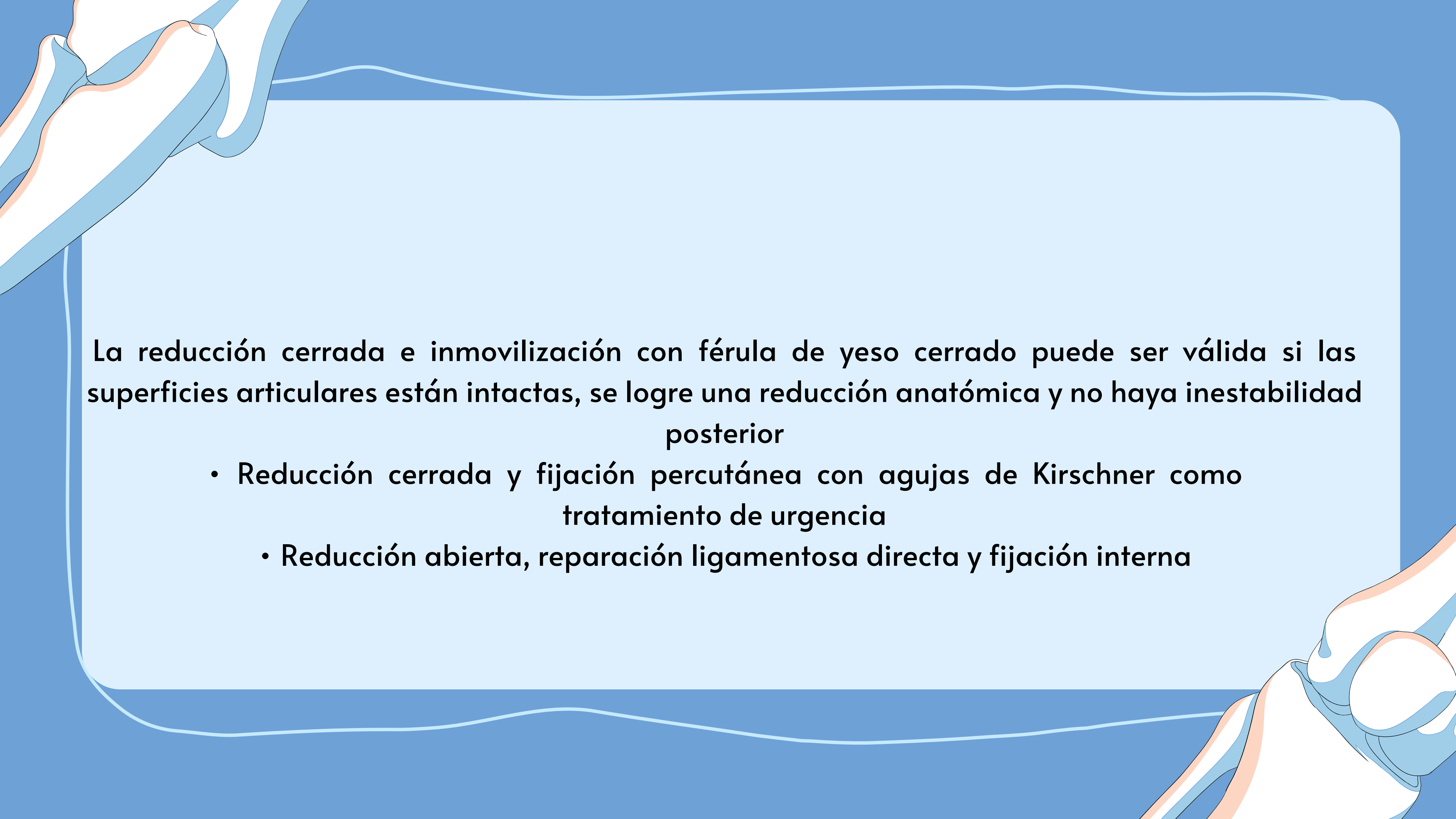


TRATAMIENTO

Tratamiento

El objetivo del tratamiento es reducir la luxación franca y evitar una progresión a una inestabilidad crónica, causada por fallo en la cicatrización ligamentosa. La mayoría de las luxaciones perilunares son inestables, irreductibles o abiertas.

- Reducción cerrada e inmovilización con yeso antebraquial con muñeca en extensión de 10 a 30° durante 6 semanas (reducción bajo anestesia)



La reducción cerrada e inmovilización con férula de yeso cerrado puede ser válida si las superficies articulares están intactas, se logre una reducción anatómica y no haya inestabilidad posterior

- Reducción cerrada y fijación percutánea con agujas de Kirschner como tratamiento de urgencia
- Reducción abierta, reparación ligamentosa directa y fijación interna

GRACIAS

