



Luxaciones

Integrantes:

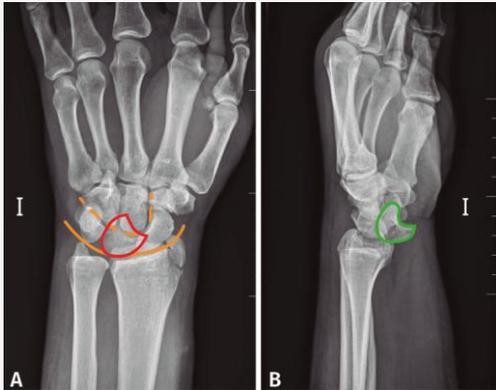
Félix Alejandro Albores Méndez

Brayan Velazquez Hernandez

Luxaciones

Las luxaciones es la **separación completa de 2 huesos que conforman una articulación**. Una articulación luxada es una articulación donde los huesos ya no están en su posición normal.

Esta situación implica una **disrupción completa de las estructuras capsuloligamentosas que forman la articulación**.



Estabilidad articular

Factores intrínsecos:

- Congruencia articular
- Estructuras capsuloligamentosa
- Fibrocartílago

Factores extrínsecos:

- Formados por las estructuras musculares que rodean la articulación, dotándola de una fuerza estabilizadora añadida

Factores de riesgo:

- Factores relacionados con la articulación: Menor congruencia articular y lesiones ligamentosas previas.
- Factores relacionados con las características del individuo: Pacientes jóvenes y ancianos, enfermedades del colágeno (Síndrome Ehlers-Danlos).
- Traumatismos: A mayor energía, mayor posibilidad de luxar la articulación y actividades de contacto o de alta energía.





Epidemiología



En los miembros superiores es mucho mas susceptible a una luxación.

Luxaciones +fct:

Luxación glenohumeral con una incidencia de 24/100.000

Luxación de codo con una incidencia de 5,1/100.000

Luxación acromioclavicular

Patogenia

Una luxación articular implica una rotura completa de las estructuras ligamentosas y trae consigo una contusión articular.

Tiene un inicio inflamatorio y puede ser alterado por la presencia de procesos isquémicos por la interrupción temporal del flujo sanguíneo, esto puede agravar la lesión inicial generando necrosis del tejido óseo.





Clasificación

Las luxaciones se pueden clasificar en función de:

Presencia de lesiones asociadas

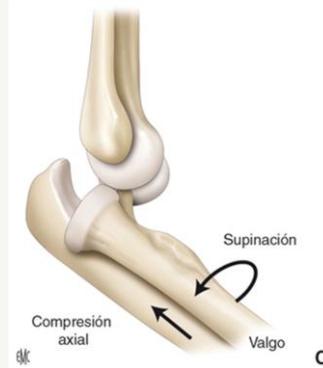
- Luxaciones puras
- Fracturas-luxaciones

Integridad de la piel

- Luxaciones cerradas
- Luxaciones abiertas

Tiempo de duración

- Aguda
- Inveterada (tres meses)
- Recidivante





Sintomatología

El síntoma que predomina en una luxación es el **dolor** seguido de la **deformidad articular**. La luxación articular también puede generar actitudes de los miembros muy características, como la posición de **bañista sorprendido**.





Luxación de Carpo

hhh hhh

Las luxaciones o fracturas luxaciones del carpo son lesiones raras que resultan de traumatismos de alta energía tales como accidentes de tráfico.



Caídas de gran altura

Accidente de tráfico

Accidente de tráfico

7-10%

Lesiones carpianas y las fracturas-luxaciones

+FCT Varones jóvenes

60% Afecta la mano dominante



En la consulta con una luxación subaguda o crónica, perdiendo gran parte del potencial de recuperación funcional.





hhh

El diagnóstico de este tipo de lesiones es clínico y radiológico.

Historia de traumatismo

Dolor

Inflación de mano y muñeca

Deformidad

Exploración

Compresión de los nervios
mediano y cubital + inflamación

Otros

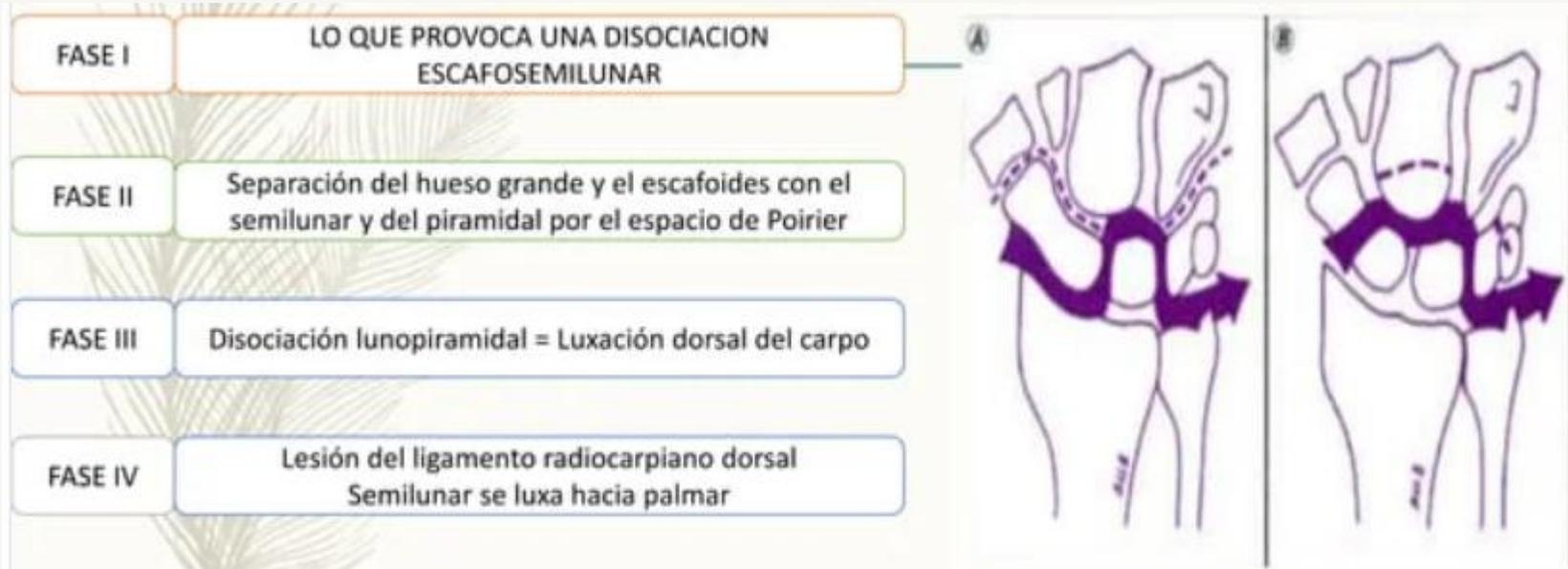
Tomografía axial computarizada
Resonancia magnética

Radiografía lateral: el diagnóstico de una luxación o fractura-luxación peri semilunar del carpo, por lo que la identificación de los contornos de ambos huesos es obligatoria en el análisis radiográfico.

Radiografía AP: Existencia de líneas de fractura en la estiloides radial, escafoides, hueso grande, piramidal y estiloides cubital.



Clasificación



Clasificación de Mayfield





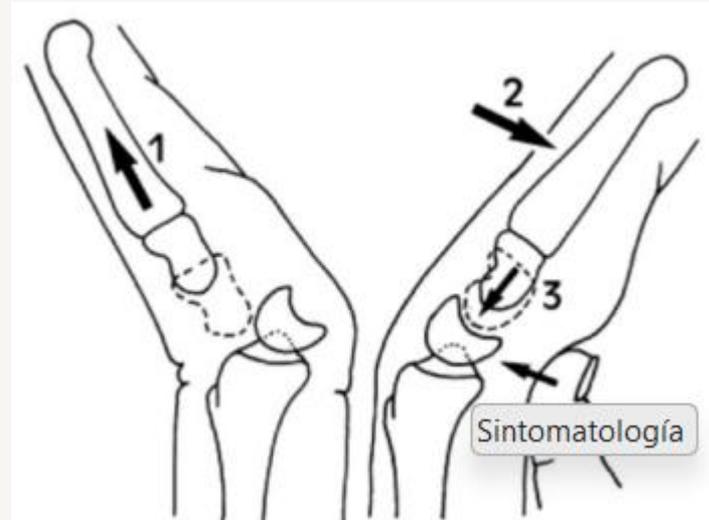
Tratamiento

Se comienza en dos etapas

Reducción (cerrada o abierta)
Estabilización.

Fijación percutánea con agujas de Kirschner bajo orientación radioscópica, auxiliada por visualización artroscópica de las articulaciones radiocarpiana y medio carpiana podrá permitir la cicatrización de los ligamentos y es compatible con buenos resultado

Reducción semilunar-hueso grande (Tavernier)



Inestabilidad carpiana

CATEGORÍA	TIEMPO
AGUDA	< 1 SEMANA
SUBAGUDA	1 – 6 SEMANAS
CRÓNICA	> 6 SEMANAS

Poco frecuente 7-10% de lesiones carpianas

Adulto joven

Mecanismo de alta energía



Ligadaa

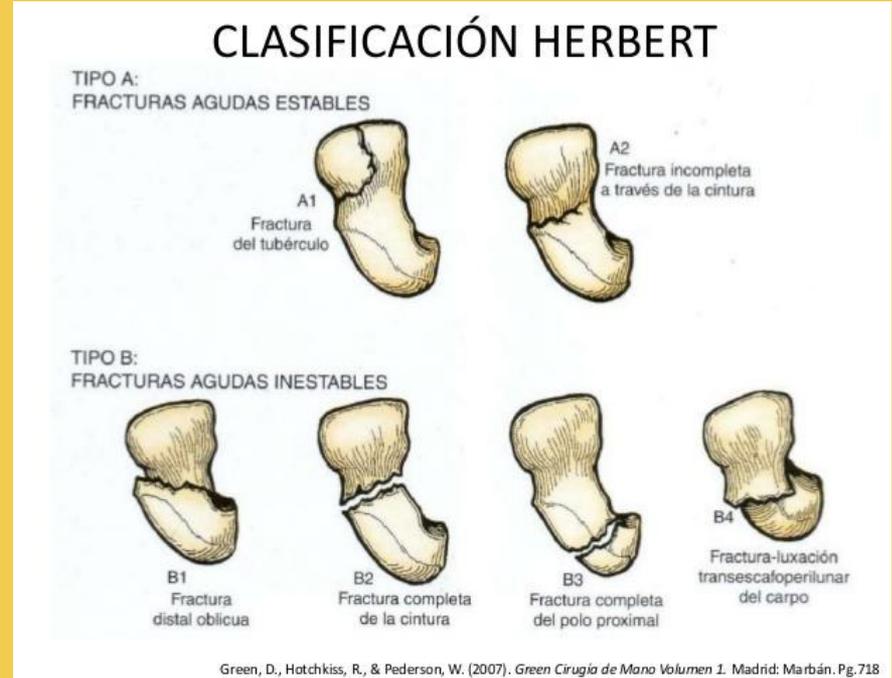
Ligamentos extrínsecos

-- unen carpo con antebrazo

Ligamento intrínseco

unen huesos del carpo entre si

Basada en la localización: Tuberosidad: 17% al 20%. Polo distal: 10% al 12%. Cintura: 66% al 70%. – Oblicua horizontal: 13% al 14%. – Oblicua vertical: 8% al 9%. – Transversal: 45% al 48%. Polo proximal: 5% al 7%



VALORACIÓN RADIOGRAFICA

Proyecciones PA y lateral en posición neutra Se puede hacer proyección específica de escafoides (AP, 30° supinación y desviación cubital) Una proyección oblicua en pronación



Tratamiento con un yeso durante 8-12 semanas. Se inmoviliza un periodo tan prolongado por el poco aporte vascular que tiene el escafoides y por tanto su lentitud para curar. Este tratamiento se reserva para fracturas no desplazadas en pacientes dispuestos a cumplir el tratamiento.

Tratamiento quirúrgico con fijación percutánea. A través de una mínima incisión (poco milímetros) utilizamos un tornillo de compresión canulado para fijar y comprimir ambos fragmentos. Se realiza bajo control directo de rayos y permite una movilidad casi inmediata tras la cirugía.

TRATAMIENTO CONSERVADOR

Fx del polo distal no desplazado y en Fx de la tuberosidad.

Se coloca yeso braquiopalmar que incluye el pulgar por 6 semanas inmovilización con poca flexión + desviación radial yeso ante braquial a partir de la 6ta semana y hasta la consolidación (1/3 distal es de 6-8 sem, 1/3 medio 8-12 sem y 1/3 proximal 12- 24 semanas) las que mejor consolidan son la de tuberosidad y 1/3 distal



QUIRURGICO

1mm, ángulo radiosemilunar 15° o Escafosemilunar 60° , si hay deformidad en joroba o en caso de Seudoartrosis. El tratamiento suele implicar síntesis con tornillos, si esta desplazada se hace técnica abierta y cerrada cuando están mínimamente desplazadas. Abordaje volar es menos perjudicial para la vascularización y después de la cirugía se coloca yeso por 6 semanas.

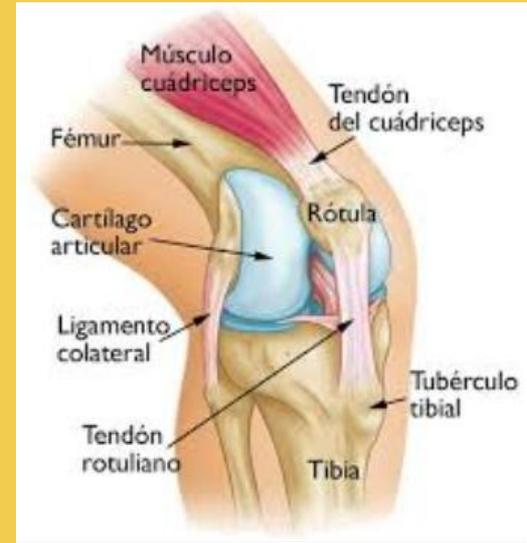


Luxación de rotula



La rotula (PATELA) es el hueso sesamoideo de mayor tamaño que existe en nuestro cuerpo y que forma parte de la rodilla

En la parte superior de la rotula se inserta el tendón del cuádriceps el que manda fibras que van de lante de esta para transformarse posteriormente en el tendón patelar cuya inserción final es en la tibia



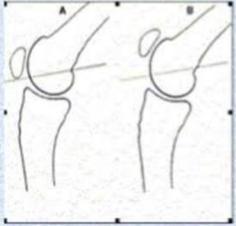
Se encuentra en la parte anterior de la rodilla y se articula con la troqua femoral



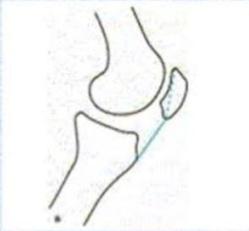
La rotula es la encargada de transmitir la fuerza del musculo a la pierna

Figura 1. Métodos radiológicos

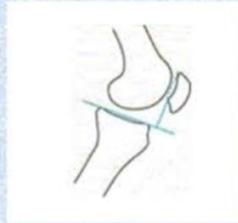
Blumensaat



Insall y Salvati



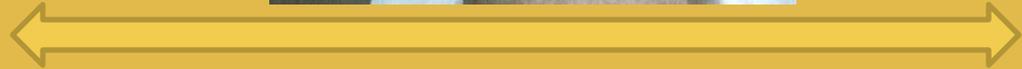
Índice de Blackburne y Peel



Actúa como polea y también como palanca permitiendo una mayor eficiencia en el trabajo biomecánico del aparato extensor de la rodilla

La superficie de las articulaciones de la rotula con el fémur al igual que todas las articulaciones móviles esta cubierta de cartílago articular

Cuando ocurre la luxación la patela se sale de su lugar y vuelve a su posición cuando el paciente estira la rodilla



La rotula se luxa - - suele hacerlo hacia lateral rara vez es secuencia de un traumatismo

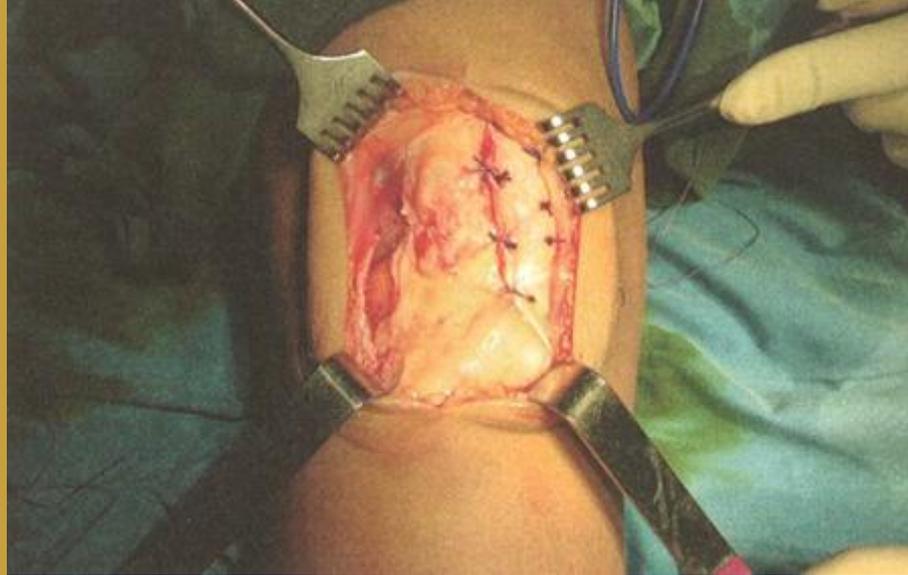
Se reduce la rotula por medialización de la misma y extensión de la misma de la rodilla

Patología mas frecuentes en sexo femenino

Continua con un yeso que permita el apoyo (CALZA DE BOHLER)



La cirugía se considera en una luxación aguda para la reducción y osteosíntesis o extirpación de fragmentos osteocondrales que se haya despedido como consecuencia de un traumatismo



En la luxación recidivante debe intentarse siempre primero reducir la frecuencia de episodios de luxación mediante rehabilitación

Luxación de rodilla

Luxación menos frecuente

separación de los extremos articulares de fémur y tibia .

Consecuencia de traumatismo de gran energía

Se asocia característicamente a las lesiones de la arteria popítea



Luxación de rodilla

Luxación menos frecuente

separación de los extremos articulares de fémur y tibia .

Consecuencia de traumatismo de gran energía

Se asocia característicamente a las lesiones de la arteria popítea



Más frecuentes lesiones de la íntima arterial que ocasiona una trombosis arterial aguda en las 24 horas siguientes al traumatismo

EL DX

Clínico resulta evidente cuando la luxación se presenta sin reducir pero existe número de casos en los que la luxación se presenta ya reducida



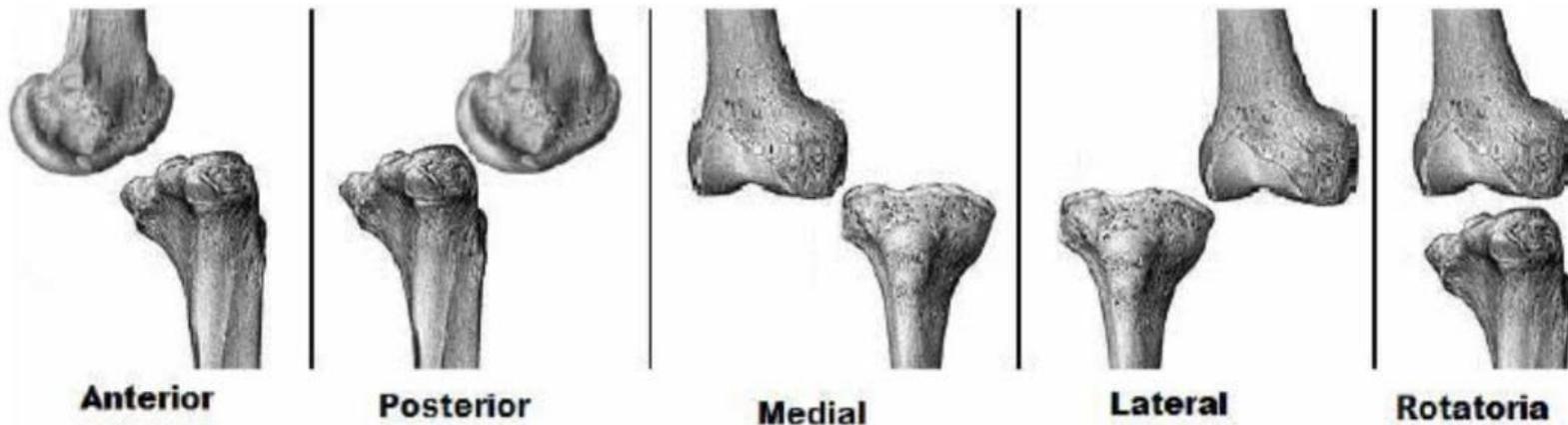


Fig. 1. Clasificación de acuerdo con la dirección del desplazamiento.