

LUXACIONES

I. Natalia Hernández Aguilar
Alinne Pérez Velasco



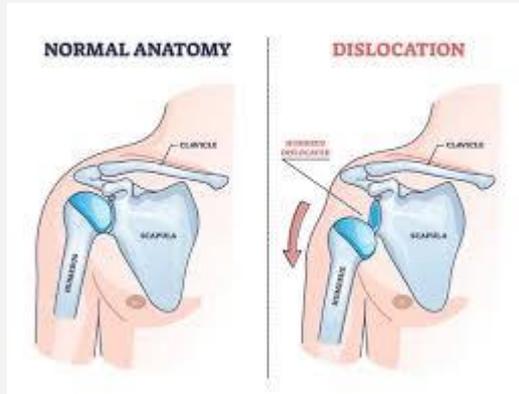
PRINCIPIOS GENERALES

PRINCIPIOS GENERALES

Pérdida del contacto normalmente existente entre dos superficies articulares.



Con excepción de las lesiones de la articulación acromioclavicular y de las luxaciones inveteradas (aquellas que han pasado desapercibidas durante tiempo), todas las luxaciones requieren reducción urgente



La urgencia viene condicionada

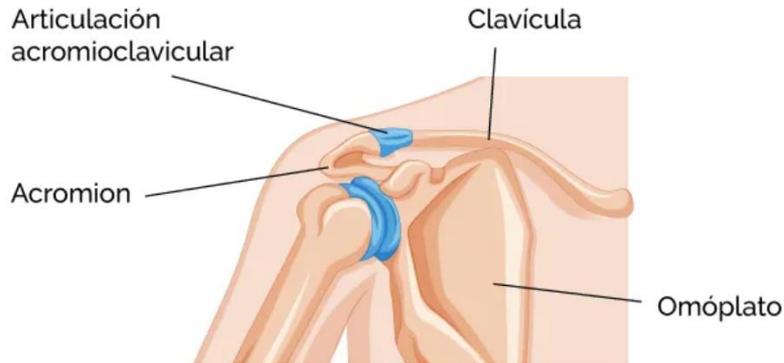
- Amenaza que para las partes blandas suele suponer la presión que ejercen los elementos desplazados
- Necesidad de ocupar cuanto antes la articulación para no perder el “derecho de espacio”

En determinadas localizaciones (cabeza femoral) las complicaciones isquémicas son menores cuanto antes se reduzca la luxación.



Lesiones de la articulación acromioclavicular

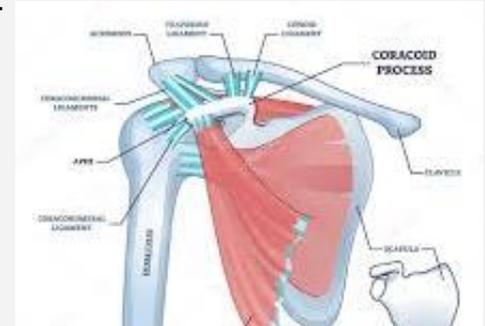
Estas lesiones afectan al nexo de unión entre los dos elementos que la forman.



La clavícula está unida a la escápula a través de dos de los relieves óseos de esta última:

1) Acromion. La articulación acromioclavicular presenta como engrosamiento de su cápsula los ligamentos acromioclaviculares. Estos ligamentos son responsables de la **estabilidad horizontal de la clavícula** con respecto a la escápula: su lesión completa permite el desplazamiento del extremo distal de la clavícula en sentido anteroposterior.

2) Coracoides. Los ligamentos coracoclaviculares, conoide y trapezoide, anclan la cara inferior del extremo distal de la clavícula a la coracoides. Son responsables de la **estabilidad vertical de la clavícula** con respecto a la escápula: su lesión completa permite que la escápula descienda arrastrada por el peso de la extremidad superior.





Lesiones de la articulación acromioclavicular



Suelen producirse en caídas sobre el muñón del hombro, generalmente en accidentes de ciclismo o motociclismo, con descenso brusco de la escápula con respecto a la clavícula

Los primeros ligamentos sometidos a tensión en este tipo de lesiones son los acromioclaviculares; **accidentes con poca energía** sólo lesionan dichos ligamentos

Accidentes de mayor energía producen una lesión concomitante de los ligamentos acromio y coracoclaviculares.

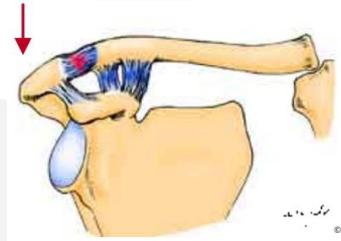




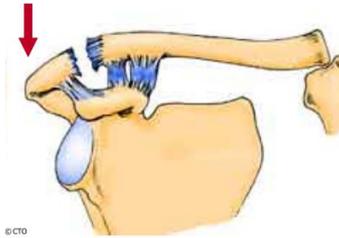
Lesiones de la articulación acromioclavicular

Para valorar el grado de desplazamiento suele realizarse una radiografía anteroposterior de ambas acromioclaviculares con peso (2-4 kilos) colgado de las muñecas.

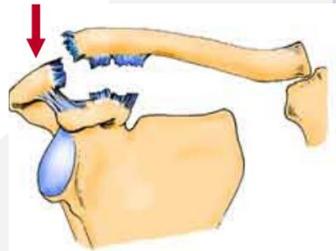
Estabilidad vertical es importante para la normal morfología y función de la cintura escapular, la lesión de los ligamentos coracoclaviculares es la que puede cambiar la presentación clínica y el tratamiento.



Grado I
(esguince acromioclavicular)



Grado II



Grado III

Figura 30. Grados de lesión acrómio-clavicular.

Tabla 7. Lesiones de la articulación acromioclavicular.

LIGAMENTOS CORACO-CLAVICULARES	Íntegros	Lesionados
Lesión	Esguince acromioclavicular.	Luxación acromioclavicular.
Grado	I (ligamentos acromioclaviculares parcialmente lesionados). II (ligamentos acromioclaviculares totalmente lesionados).	III, IV, V o VI.
Signo de la tecla	No.	Sí.
Tratamiento	Conservador.	III: quirúrgico por motivos estéticos o si el paciente levanta peso por encima de los hombros o desea montar en bici o motocicleta con asiduidad. IV, V VI: quirúrgico.



1) Ligamento acromioclavicular

- La lesión de este ligamento (lesión grado I o II) produce un signo de la tecla.
- El paciente puede presentar un desplazamiento de la clavícula inferiormente.
- Son esguinces que se conservan.

Paciente con luxación acromioclavicular derecha (flecha roja), que a la vez presenta una disquinesia escapular homolateral y una protrusión del borde inferior de la clavícula.

lejar

viculares y lesionados.

único -signo de la tecla que justifica que se hable de una lesión grado III.

no se reduce la capacidad de levantar objetos pesados y montar mucho.

razones estéticas del paciente o de la región del hombro y de la mano queel queloidea.

amiento es quirúrgico está

Luxación escapuloohumeral

ANTERJOR

DEFINICIÓN

Es la forma más frecuente de luxación de hombro y una de las más frecuentes del organismo.

A la inspección se aprecia la llamada “deformidad en charretera”, por el afilamiento acromial que presenta el hombro al desaparecer el perfil redondeado de la cabeza humeral

CLÍNICA

El paciente acude con el brazo en discreta separación y rotación externa fijas: cualquier intento de movilización del hombro resulta doloroso.

La lesión neurológica característicamente asociada es la del nervio axilar.

Siempre debe realizarse una rx de hombro antes de proceder al tratamiento para estar seguros de que no manipulamos una fractura-luxación



Figura 31. A) Radiografía en la que se aprecia la cavidad glenoidea vacía como resultado de una luxación glenohumeral anterior aguda. B) Inmovilización con vendaje de Velpeau tras la reducción.

Luxación escapuloohumeral

ANTERJOR



Figura 31. A) Radiografía en la que se aprecia la cavidad glenoidea vacía como resultado de una luxación glenohumeral anterior aguda. B) Inmovilización con vendaje de Velpeau tras la reducción.

Reducir por manipulación cerrada la luxación (generalmente se realiza un primer intento sin anestesia o con anestesia local intrarticular)

Posteriormente inmovilizar con vendaje de **Velpeau** entre dos y cuatro semanas (menos tiempo cuanto mayor sea la edad del paciente), para pasado ese tiempo realizar ejercicios de rehabilitación.

- Las maniobras más empleadas son la de Kocher (tracción y rotación externa seguidas de aproximación con rotación interna)
- Cooper (elevación progresiva bajo tracción)
- Modificaciones de la de Hipócrates (tracción en el sentido de la deformidad y contratracción en la axila).

Luxación escapuloohumeral

POSTERIOR

Paciente presenta el brazo en aproximación y rotación interna, y radiológicamente la imagen es muy poco llamativa.

Tiene dificultad para la rotación externa y no puede separar el brazo más de 90°.

- Como la posición descrita es aquella en la que coloca el hombro cualquier persona a la que le duela, es un tipo de luxación que pasa muchas veces sin diagnosticar.

Requiere reducción cerrada e inmovilización en discreta rotación externa.

Debe sospecharse la presencia de una luxación posterior cuando existan antecedentes de descarga eléctrica o crisis convulsivas (la contracción enérgica y simultánea de todos los grupos musculares del hombro en la descarga eléctrica o la convulsión pueden causar su luxación posterior) o fractura aparentemente aislada de troquín.



Posición normal

Luxación posterior

Luxación anterior



Luxación escapuloohumeral

INFERJOR Y SUPERJOR

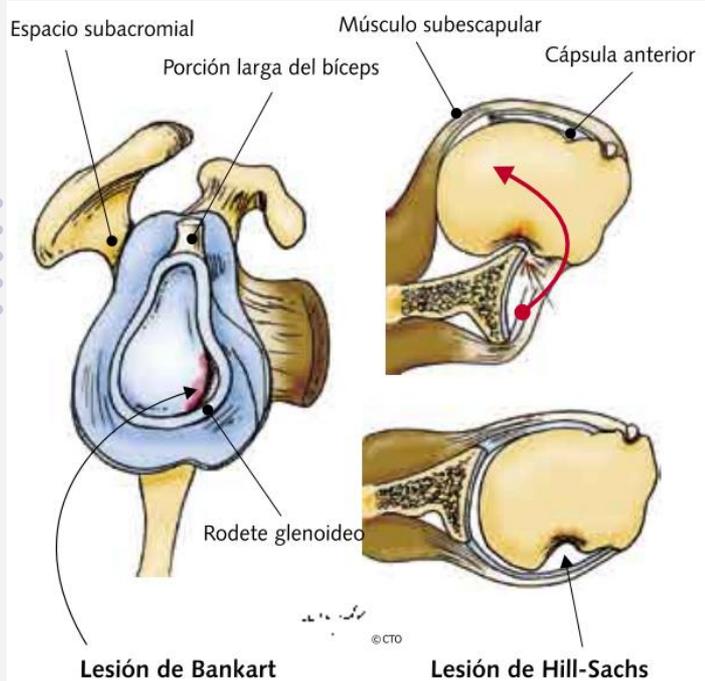


Figura 32. Lesiones de Bankart y Hill-Sachs.

Es poco frecuente y el brazo se encuentra en separación de unos 30°, en rotación interna y acortado, o en separación de hasta 160° denominándose luxatio erecta. Se trata mediante reducción cerrada e inmovilización con vendaje de Velpeau.

- La luxación superior es muy rara y se asocia a fracturas de clavícula, acromion o luxaciones acromioclaviculares.



Luxación escapulo humeral **RECIDIVANTE**

El hombro inestable se caracteriza generalmente por episodios de luxación con traumatismos o movimientos aparentemente banales (al nadar, durante el sueño, al ir a lanzar un balón, etc.).

1) Luxación recidivante de origen traumático. Suele tratarse de pacientes jóvenes cuyo primer episodio de luxación fue consecuencia de un traumatismo importante.

Dicha avulsión, denominada lesión de Perthes-Bankart, es el hallazgo morfológico más frecuentemente encontrado en la luxación recidivante de hombro.

Cuanto más joven es el paciente en la fecha de la primera luxación y cuanto mayor energía tenga el traumatismo inicial, mayor es la incidencia de recidiva.

Lesión de Hill-Sachs, fractura por impactación posterolateral de la cabeza humeral.

El hombro es inestable sólo en una dirección, generalmente anteroinferior.

El tratamiento de este tipo de luxación recidivante es casi siempre quirúrgico y consiste en reparar la lesión de Bankart y la laxitud capsular asociada. Dicho procedimiento puede hacerse de forma abierta o artroscópica

Estos hombros presentan mayor facilidad para luxarse que un hombro sano, porque el primer traumatismo produce una avulsión del labrum glenoideo y de los ligamentos glenohumerales inferiores, que dejan la articulación inestable.

Luxación escapuloohumeral

RECIDIVANTE

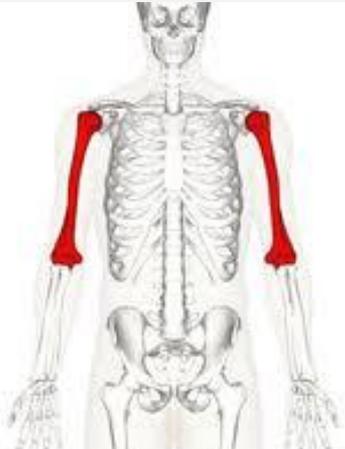
2) Luxación recidivante de origen atraumático. Algunos pacientes presentan episodios repetidos de luxación de hombro que no relacionan con ningún traumatismo previo importante.

El hombro suele ser inestable en muchas direcciones y con frecuencia ambos hombros son inestables. Suele tratarse de pacientes con laxitud ligamentosa, en los que la luxación puede ser incluso voluntaria.



En ocasiones presentan lesión de Hill-Sachs.

Esta modalidad debe tratarse siempre, inicialmente con rehabilitación, recurriendo al tratamiento quirúrgico en casos excepcionales.



Luxación escapuloohumeral

INVETERADA

En el caso de que una luxación pase desapercibida en el primer momento y no se reduzca, comienzan a producirse cambios en la articulación (ocupación de la misma por tejido fibroso, erosión de relieves óseos, elongación y contractura capsulares) que dificultan la reducción cerrada y la estabilidad articular a medida que pasa el tiempo.

Esta situación se denomina luxación inveterada. En el hombro, lo más frecuente es que se trate de una luxación posterior con fractura por impactación de la cabeza humeral.

Dependiendo del tamaño de la fractura, existen tres opciones de tratamiento: fractura pequeña (45%) → artroplastia de hombro

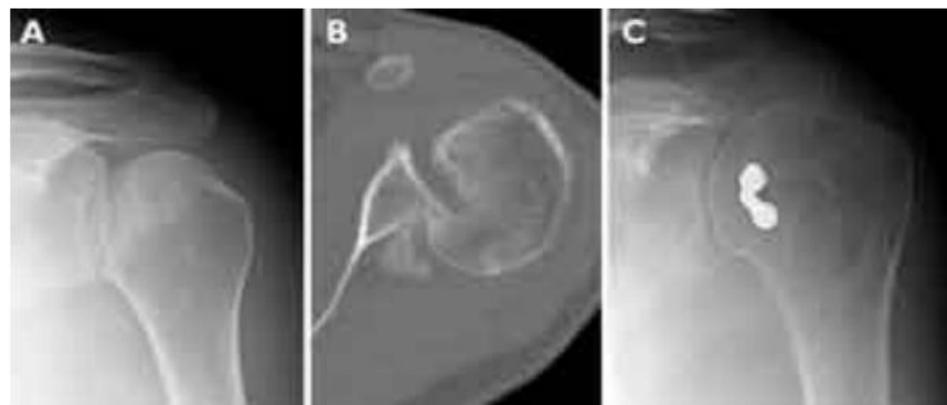


Figura 33. A) Luxación posterior de hombro prácticamente imperceptible en la radiografía anteroposterior. B) Mediante TAC se confirma la luxación. C) Tratamiento mediante transposición del troquín.

Luxación de codo

Producirse en caídas sobre la extremidad superior que desplazan el olécranon y la cabeza del radio posterolateralmente con respecto a la paleta humeral (luxación posterior).

- Puede asociarse a fracturas de coronoides, cabeza del radio y más raramente olécranon.

Es poco frecuente que se produzcan lesiones neurológicas asociadas del cubital o más raramente el mediano. Esta luxación se reduce por manipulación y se inmoviliza con una férula posterior entre dos y tres semanas; las fracturas asociadas pueden requerir osteosíntesis concomitante.

Clínicamente, el signo típico es la desestructuración del triángulo de Nelaton: en condiciones normales el epicóndilo, la epitroclea y el olécranon forman entre sí en flexión un triángulo equilátero; en la luxación de codo este triángulo es escaleno.



Luxación de codo

En ocasiones, el codo puede seguir siendo inestable tras un primer episodio de luxación.

Lo primero que hay que analizar en el codo inestable es si existen fracturas asociadas (especialmente de coronoides o cabeza del radio) sin cuya reconstrucción la estabilidad del codo va a ser difícil de conseguir.

Cuando los estabilizadores óseos son funcionales, el tratamiento de la inestabilidad de codo consiste en reconstruir el complejo ligamentoso colateral lateral utilizando un injerto tendinoso.



Figura 34. Proyecciones anteroposterior (A) y lateral (B) de una luxación posterolateral de codo.

Raramente hay que estabilizar el codo con un fijador externo que permita la flexoextensión de la articulación.



¡GRACIAAAS!

