



Luxación de carpo

Brayan velazquez hernandez

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

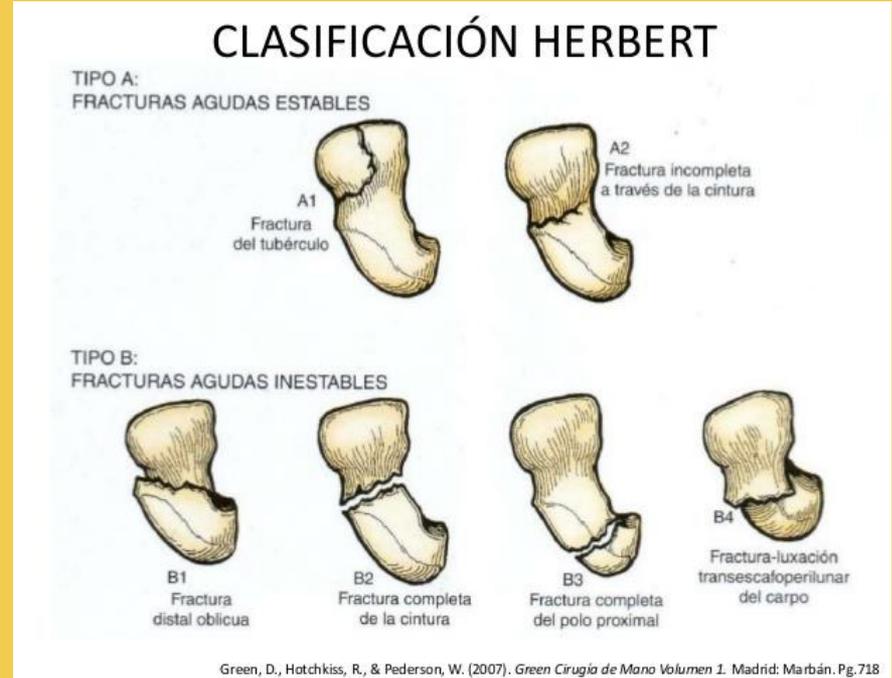
Ligamentos extrínsecos

-- 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.

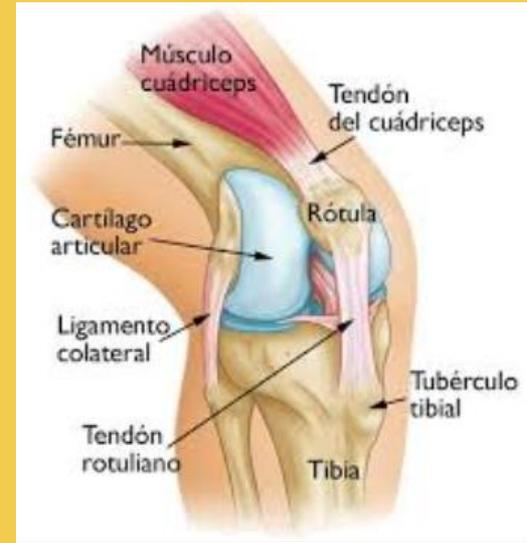


Luxación de rotula



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



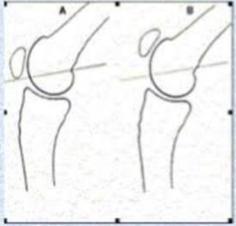
Se encuentra en la parte anterior de la rodilla y se articula con la troqua femoral



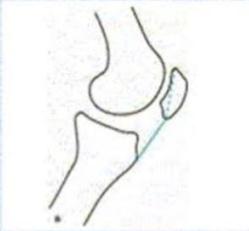
La rotula es la encargada de transmitir la fuerza del musculo a la pierna

Figura 1. Métodos radiológicos

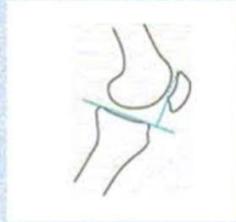
Blumensaat



Insall y Salvati



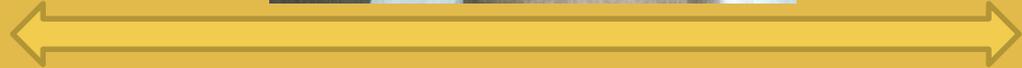
Indice de Blackburne y Peel



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

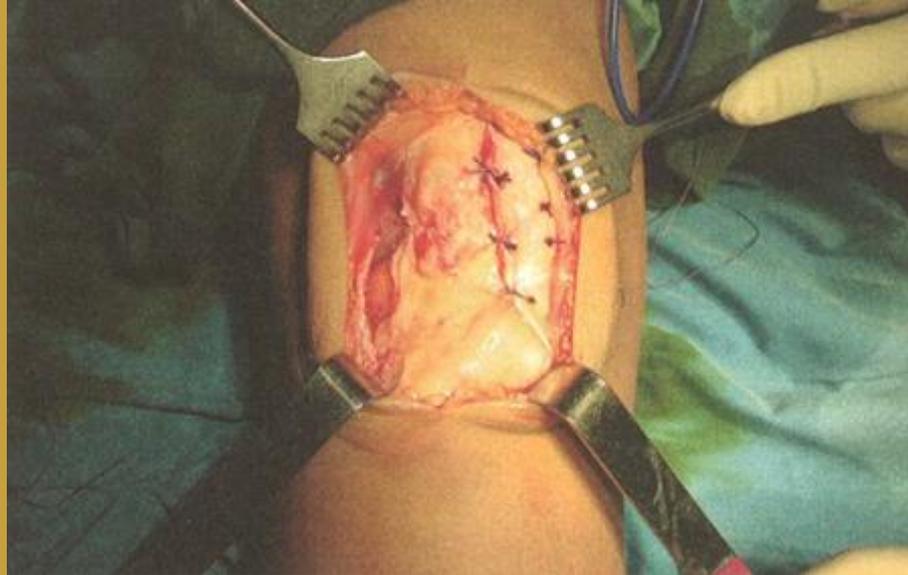
Se reduce la rotula por medialización de la misma y extensión de la misma de la rodilla

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 recibida 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.