

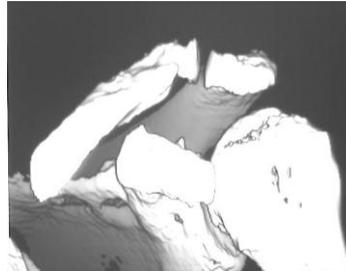
LUXACIONES

Dr. Esteban Recalde Espinosa
M.I.R. en Cirugía Ortopédica y Traumatología

Se cataloga así a la pérdida de la relación entre dos superficies articulares acompañado por una rotura parcial o completa de la cápsula articular (abundante inervación) y lesiones de ligamentos (poca irrigación, mala reparación pero abundante inervación) y músculos colindantes.

CLASIFICACIÓN

- **Completa:** pérdida total de la relación articular.
- **Subluxación:** pérdida parcial del contacto articular.
- **Oculto:** produce la pérdida de relación con movimientos forzados.



- **Aguda**
- **Inveterada:** 4 semanas, con inicio de cicatrización anómala.
- **Recidivante:** mala reducción o daños extensos en tejidos de soporte.

ETIOLOGIA Y MECANISMOS DE LESION

En relación del tipo de trauma el mismo puede ser directo o indirecto, siendo el segundo el más frecuente. En relación a la epidemiología los más afectados suelen ser los varones. El orden de frecuencia es el siguiente:

1. Hombro
2. Codo
3. Cadera
4. Tobillo
5. Mano

DIAGNOSTICO

Sospecha clínica, con dolor intenso si es agudo por distensión capsular y ligamentosa, junto a impotencia funcional, deformidad y pérdida de contacto articular. Se debe valorar siempre el estado neurovascular en la zona de luxación antes y después de la reducción.

El **diagnóstico de confirmación** se hace con el apoyo de radiología en dos proyecciones principalmente, para descartar la presencia de fracturas acompañantes que harían difícil las maniobras de reducción.

TRATAMIENTO

REDUCCIÓN

- Debe ser lo más precoz posible, ya que es más fácil realizarla.
- En lo posible se realizará con la ayuda de analgesia, sedación y miorrelajantes. Si no se consigue o en luxaciones complejas (cadera, rodilla, carpo) se utilizará anestesia general y relajación muscular. Ante la imposibilidad de reducción por las técnicas antes mencionadas se debe realizarlo a cielo abierto.
- La reducción lograda debe ser comprobada con la ayuda de radiología, evitado en lo posible mala reducciones o inestabilidades residuales.

INMOVILIZACIÓN

- Se coloca para dar tiempo a la cicatrización de las estructuras y evitar las recidivas.
- En términos generales en el miembro superior debe ser de 3 semanas y en el miembro inferior el doble.

TRATAMIENTO FUNCIONAL

- Al lograr mejoría del dolor y conseguir estabilidad.
- Se inicia con programas de movilidad pasiva y activa para recobrar la movilidad articular y disminuyendo la atrofia muscular, evitando rigideces recidivantes.

LUXACION DE HOMBRO (GLENOHUMERAL)

- Luxación más antigua descrita (3000 años)
- La más frecuente, siendo el 50% de las luxaciones vistas en urgencias (anterior).
- 70% personas de menos de 30 años.
- Varón 3 a 1 antes de 50 años.

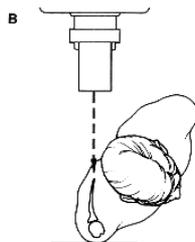
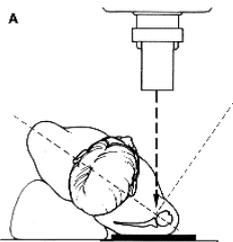
ETIOLOGÍA

- En jóvenes por accidentes deportivos y en mayores caídas casuales.
- El mecanismo lesional más frecuente es ABD del brazo, extensión del codo y rotación externa del hombro, siendo los mecanismos indirectos en relación a los directos los que más desencadenan una luxación.
- **Luxaciones posteriores:** son más frecuentes en electrocutados y pacientes con crisis convulsivas.
- **Luxaciones inferiores:** son lesiones graves asociadas a problemas neurovasculares (3.3%) teniendo una frecuencia del 0.5%
- **Luxaciones superiores:** son lesiones más raras aún y con una muy grave afectación de tejidos blandos y óseos vecinos.



DIAGNÓSTICO

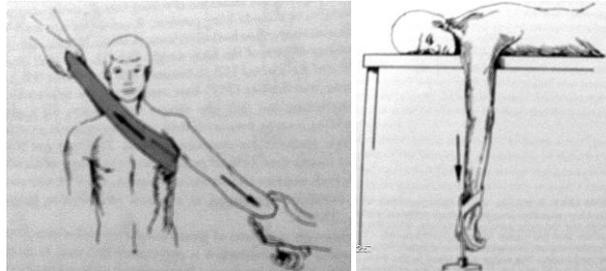
- Mandatorio es la clínica de dolor, impotencia funcional, deformidad “signo de charretera” (hombro caído) con el antecedente de un traumatismo. Dependiendo del tipo de luxación varía la deformidad.
 - La luxación posterior cabe recalcar que es de difícil diagnóstico ya que el paciente toma una postura de aducción y rotación interna del brazo con dolor a la abducción y rotación externa al contrario de lo que ocurre en la luxación anterior.
 - En las luxaciones inferiores el brazo toma un postura erecta típica y en la superior el daño de estructuras colindantes en muy llamativo.
- La radiología valora la dirección de la luxación y descarta la presencia de fracturas acompañantes. Las proyecciones a realizar son: AP, transtorácica y axilar y tangencial.



TRATAMIENTO

- Primero estar seguro del tipo de luxación y tener seguridad que no existen lesiones vasculo-nerviosas acompañantes.

- Debemos tranquilizar al paciente y ayudarnos de analgésicos, relajantes musculares, anestésicos locales infiltrados intraarticulares, para evitar la contractura muscular del hombro. Si no se consigue con esto la reducción, se debe intentarlo con el paciente anestesiado y relajado.
- La no consecución de una reducción cerrada es indicativo de proceder a revisarlo quirúrgicamente.
- Al conseguir la reducción siempre se debe volver a comprobar el estado neurovascular y realizar una radiografía de control.
- Las maniobras de reducción dependen del tipo de luxación:
 - **Anterior:** existen muchas maniobras, intentando en la mayoría hacer una maniobra de tracción longitudinal, ABD y RE.
 - **Posterior:** la maniobra es tracción, ADD y RI.
- En las dos maniobras se puede realizar presión directa sobre la cabeza humeral para llevarla a su ubicación en la articulación.



- **Manejo post reducción:** inmovilización por 3 semanas en pacientes jóvenes o una semana en pacientes ancianos continuando con rehabilitación.

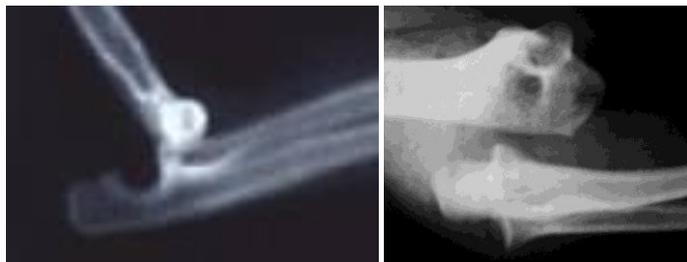
LUXACION DE CODO

- La segunda en frecuencia.
- Principalmente en hombres jóvenes en los miembros superiores no dominantes.
- Es una articulación muy estable por lo que en un tercio de las luxaciones se acompaña de fracturas óseas.
- En los niños es infrecuente ya que en la zona del codo principalmente se dan fracturas supracondíleas.

CLASIFICACIÓN

El tipo de luxación se da comparando la ubicación del olécranon en relación a la paleta humeral:

- **Posterior (la más frecuente):** causada por un mecanismo indirecto (mano en extensión + codo en semiflexión).
- **Anterior:** por trauma directo en la zona posterior del codo.
- **Laterales, medial o divergentes:** son raras y de difícil manejo.



DIAGNÓSTICO

- Dolor, impotencia funcional y deformidad evidentes
- La deformidad típica en la posterior es acortamiento, realce del olécranon, pérdida de relación entre el olécranon, epicóndilo y epitroclea.
- En la luxación posterior se aprecia el codo en extensión y antebrazo supinado.
- Se debe revisar de forma detenida el estado neurovascular, buscando lesiones en los nervios cubitales, mediano y arteria braquial.
- El apoyo radiológico es con proyecciones AP y lateral: dejar de lado la articulación distal del antebrazo.

TRATAMIENTO

- Reducción con apoyo de sedación y analgesia.
- Las maniobras en la luxación posterior se realizan con el codo en semiflexión y supinación del antebrazo presionando el olécranon con los pulgares hacia delante (existen varias maniobras).
- Se comprueba posteriormente la estabilidad, variando entre la supinación o pronación del antebrazo.
- Se coloca una escayola braquial de 10 días a 3 semanas, dependiendo del paciente e iniciando posteriormente la rehabilitación.
- La articulación del codo en muchos casos no recobra la movilidad completa a pesar de realizar un adecuado tratamiento.

OTRAS LUXACIONES FRECUENTES

Las luxaciones de la cadera, tobillo y muñeca (carpo), se presentan en el contexto de una lesión de alta energía, acompañándose de lesiones en tejidos blandos y neurovascular, requiriendo un manejo de especialidad apoyado para la reducción bajo anestesia general.

