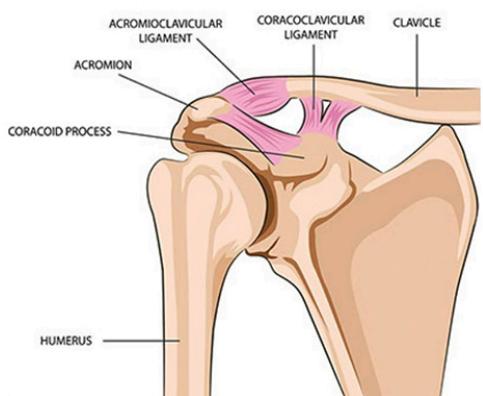


LUXACIÓN DE HOMBRO ACROMIOCLAVICULAR

Lesión grado III es la más frecuentes

- Lesión de los **ligamento acromioclaviculares** y **coracoclaviculares** (estos ligamentos dan la estabilidad vertical - si se rompen dan el **sg de la tecla**)



DIAGNÓSTICO

Radiografía AP de ambas articulaciones

TRATAMIENTO

I - Ligamento acromioclavicular lesión parcial >> **conservador** (Hielo, analgesicos y cabestrillo)

II - Ligamento acromioclavicular lesión total >> **conservador**

III y VI - Ligamento **acromioclavicular** y **coracoclavicular** lesionados

- **III - QX** por motivos **estéticos**
- **IV-VI - QX** si se encuentra en **edad productiva** y que su actividad requiera elevar el brazo por encima del hombro

LUXACIÓN DE HOMBRO GLENOHUMERAL

Epidemiología

- Son las luxaciones más frecuentes de todas.
- La luxación glenohumeral anterior representa el 95%.
- La luxación glenohumeral posterior se presenta en 4%.

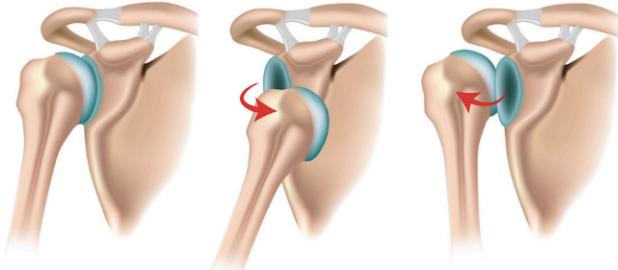
F. de riesgo

- **Edad < 18 años** (para recurrencia) e hiperlaxitud ligamentaria.
- Deportes o actividades por encima del nivel del hombro.
- Traumatismo de alta energía en el hombro.

Se puede presentar de forma aguda en (menos de 6 semanas) o forma crónica (más de 6 semanas)

Diagnóstico

- **Elección:** Clínica más radiografia simple de hombro en proyección anteroposterior y lateral.
- **RMN o TAC** en caso de inestabilidad recurrente.



Luxación glenohumeral anterior

- Mecanismo: **Abducción y rotación externa** con extensión del brazo (baloncesto y pasajeros de camión).
- **Clínica:** Acromion prominente, dolor intenso ipsilateral, se puede acompañar de **daño en nervio axilar**.
- Se puede presentar signo de chatarrera y **hachazo**.



Luxación glenohumeral posterior

- Mecanismo: Carga axial en hombro en **aducción y rotación interna**. Asociado a convulsiones o choque eléctrico.
- **Clínica:** La luxación no es visible, pero hace referencia dolor a la palpación de hombro en ángulo de 90°. Con un hueco en articulación glenohumeral.



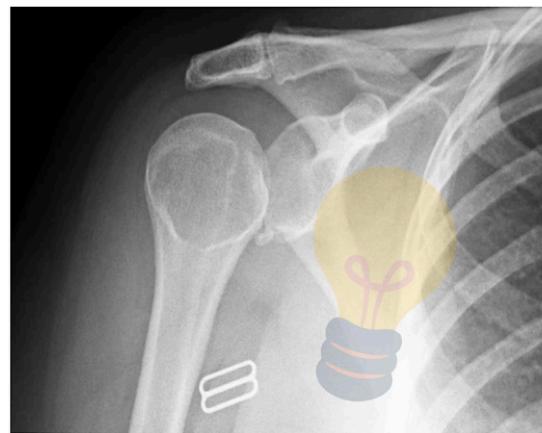
Luxación glenohumeral anterior



Radiografía AP de hombro: La tuberosidad del húmero en la rotación externa del hombro se ve pronunciada. Se encuentra debajo de apófisis coracoides.

Tratamiento: Reducción cerrada (maniobra de Kocher) e inmovilización con vendaje velpeau por 3 semanas.

Luxación glenohumeral posterior



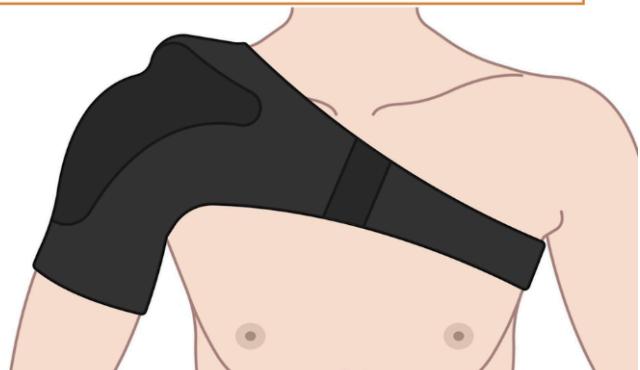
Radiografía AP de hombro: Con el signo de bombilla una separación > 6 mm es característico de posterior (no se ve tuberosidad).

Tratamiento: Reducción cerrada e inmovilización en discreta rotación externa por 3 semanas.



Complicaciones

- La más frecuente es la **dislocación recurrente** o recidiva que se presenta en 50-70% (común en menores < 18 años).
- Lesión de Hill-Sach (35-40%) es una depresión cortical de cabeza de húmero.
- Lesión del nervio axilar (se sospecha cuando hay una pérdida de sensibilidad del hombro).
- Las luxaciones complejas, son las que se acompañan de fracturas.



LUXACIÓN RECIDIVANTE

- Pacientes jóvenes con primer episodio de luxación tras traumatismo importante y que ahora a cada rato se le luxa en hombro

TX >> Reparación ligamentaria (QX)

LUXACIÓN DE CODO

Epidemiología

Constituye alrededor del 5% de todas las lesiones de codo en pacientes **esqueléticamente inmaduros**; y se observa principalmente, en niños de 13 a 14 años de edad.

Mecanismo

- **Luxación posterior (90%):** Extremidad en extensión, abducción y rotación externa con carga axial.
- Anterior (10%) mecanismo directo sobre cúbito a nivel de codo.

Clinica

Deformidad posterior, **pérdida de simetría del triángulo del codo**, con alteración de flexión y extensión del codo.

E

Los desplazamientos mediales o laterales son consecuencia de un traumatismo directo, rotación violenta del antebrazo o caída sobre la mano.

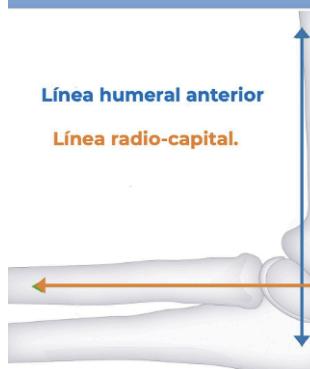
Luxación compleja: Cuando se asocia a fracturas del codo.



Triángulo de Nelaton



Diagnóstico: Clínica junto con radiografía anteroposterior y lateral de codo, en caso de duda diagnóstica USG, TAC o RM.



Es característico en luxación de codo en **radiografía lateral** la línea radio-capital se encuentra desplazada.

R

En caso de sospecha de luxación de codo inmovilizar la extremidad afectada con una férula braquipalmar, sin ejercer ningún tipo de tracción.

E

La lesión neurológica más frecuente (10% de las luxaciones de codo en niños), es la neuroapraxia del nervio cubital.

Tratamiento

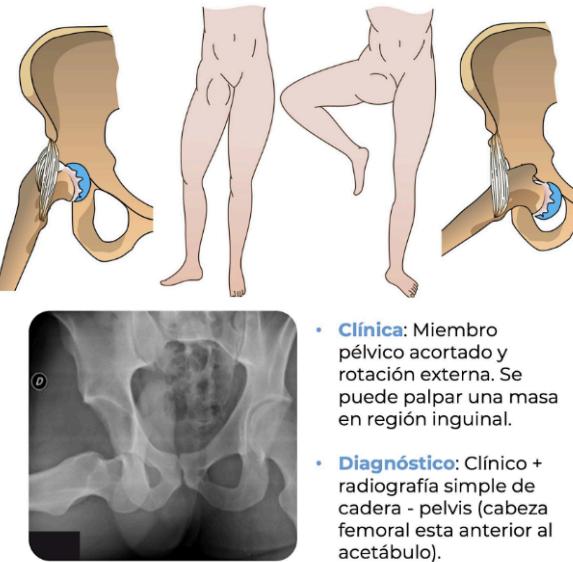
- **Luxaciones simples** del codo es la reducción cerrada y el mantenimiento con yeso durante 3 semanas.
- En las **luxaciones complejas** se realiza reducción de la luxación y tratamiento de fractura asociada.

Complicaciones

Durante las **primeras 24 a 72 horas del tratamiento inicial** de las fracturas y luxaciones del codo debe tenerse presente la probabilidad de la aparición del **síndrome compartimental del antebrazo** (recordar las 5P).

LUXACIÓN DE CADERA

Una luxación de la cadera ocurre cuando la cabeza del fémur se sale de su lugar en el acetábulo, que es parte de la pelvis. Por lo general, se requiere una fuerza importante para luxar la cadera. Es una emergencia médica y es necesario un tratamiento inmediato.

Luxación coxofemoral posterior	Luxación coxofemoral anterior
<ul style="list-style-type: none">• Representa el 90% de luxaciones coxofemorales• Mecanismo: Carga axial en fémur con cadera en flexión y aducción. Paciente en asiento de copiloto. 	<ul style="list-style-type: none">• Es muy rara, representa el 5 a 10% de luxaciones.• Mecanismo: Ocurre en accidentes de motocicleta con la cadera en abducción y rotación externa. 
<ul style="list-style-type: none">• Clínica: Incapacidad de deambular, miembro pélvico acortado, aducción y en rotación interna.• Diagnóstico: Clínico + radiografía simple de cadera - pelvis (revisar líneas de Shenton y acetábulos).	<ul style="list-style-type: none">• Clínica: Miembro pélvico acortado y rotación externa. Se puede palpar una masa en región inguinal.• Diagnóstico: Clínico + radiografía simple de cadera - pelvis (cabeza femoral está anterior al acetábulo).
<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento: Reducción cerrada de pelvis (maniobra de Bigelow). En los casos raros donde los tejidos desgarrados o fragmentos óseos impidan la reducción: cirugía.	<ul style="list-style-type: none">• Tratamiento: Reducción cerrada y en los casos raros donde los tejidos desgarrados o fragmentos óseos impidan la reducción, se requiere de cirugía.

Complicaciones: La lesión compleja más asociada es la fractura acetabular (70%). En las luxaciones posteriores, se pueden lesionar nervios que pasan cerca de la articulación de la cadera el nervio ciático es el nervio más comúnmente afectado. Osteonecrosis: al momento de la luxación se pueden desgarrar los vasos sanguíneos cerca de la cadera.

LESIONES LIGAMENTOSAS = ESGUINCE

Grado I - Rotura intraligamentosa de fibras, estable

Grado II - Ruptura incompleta

Grado III - Ruptura completa incapacidad e inestabilidad

TRATAMIENTO

- **RICE** (Rest - descansar, Ice, Compresión, Elevación)
- AINES
- Reconstrucción quirúrgica >> estabilidad

LESIÓN DE RODILLA - MENISCOS

Mecanismo

- Pie fijo al piso con rodilla en flexión y carga >> provocando que se rompa el menisco

Clínica

- Dolor difuso
- Derrame articular seroso

- Atrofia del cuádriceps y episodios de bloqueos de rodilla >> cuando es crónico

Exploración

- Se produce un chasquido-dolor al flexionar la rodilla
- **Test de McMurray, Steinman y Apley**



Apley



McMurray

Cicatrización

Preservar el tejido meniscal si es posible

Dependerá de su vascularización

Sutura meniscal abierta o artroscópica

Sin posibilidad cicatrizar

Menisección parcial artroscópico

Trasplante meniscal

Desbridamiento artroscópico meniscal (artrosis y cambios degenerativos)

- Clínica**
- Dolor intenso en el sitio de la lesión, inflamación, y pérdida de la capacidad de movimiento.
 - Cerca del **70% de las hemartrosis de rodilla se asocian con lesiones del LCA**; y es el dato clínico principal de la lesión en ligamentos cruzados.

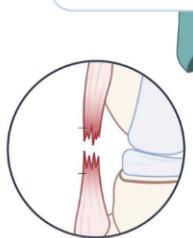
Diagnóstico

El **diagnóstico es clínico**, puede sospecharse cuál es el ligamento afectado de acuerdo con el mecanismo de la lesión y con maniobras a la exploración física.

Maniobra Clínica	Ligamentos de rodilla			
	Cruzado anterior	Cruzado posterior	Colateral lateral	Colateral medial
Pivot shift				
Lachman				
Cajón anterior				
Cajón posterior				
Maniobra en varo forzado (bostezo)				
Maniobra en valgo forzado (bostezo)				

Auxiliares

- Radiografía de rodilla sólo se utiliza para la búsqueda de fracturas asociadas como fractura osteocondral que ocurre en < 5%.
- El ultrasonido se indica ante sospecha de lesión de los ligamentos **colaterales** (medial o lateral) y/o lesiones meniscales.
- **Elección:** La **resonancia magnética** se encuentra indicada ante la sospecha clínica de ruptura del LCA o del LCP.



Colateral lateral



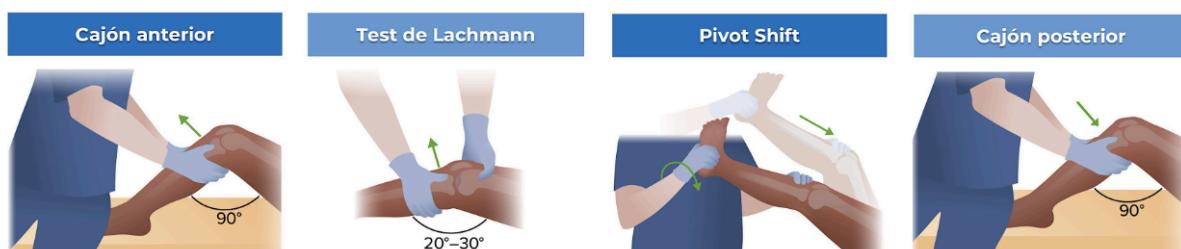
Cruzado anterior



Colateral medial



Colateral medial	Cruzado anterior	Cruzado posterior	Colateral lateral
<ul style="list-style-type: none"> Traumatismo: Valgo forzado Actividades: fútbol o esquí No suele haber derrame Clínica: dolor en zona que aumenta al forzar valgo Tratamiento: conservador 	<p>• Traumatismo: HIPEREXTENSIÓN o valgo y rotación</p> <p>• Clínica: Chasquido (pop) en el interior de la rodilla, Derrame sanguinolento en 1-2hrs</p> <p>• Diagnóstico: Desplazamiento tibial excesivo hacia anterior (Lachman 30° y Cajón anterior 90°)</p> <p>• Tratamiento: conservador si cicatriza o reconstrucción ligamentosa (deportista)</p>	<p>• Trauma sobre la rodilla en flexión</p> <p>• Diagnóstico: excesivo desplazamiento de la tibia hacia posterior (Test Cajón posterior)</p> <p>• Cronico: Deformidad en Recurvatum (Hiperextension)</p> <p>• Tratamiento: conservador (potenciador de cuadriceps) o reconstrucción ligamentaria (deportista)</p>	<ul style="list-style-type: none"> Traumatismo en varo forzado Asociada a lesión de estructuras laterales e inestabilidad posterior y lesiones peroneas Diagnóstico: aumento de la rotación externa pasiva y cajón posterolateral Tratamiento: conservador y reconstrucción



Desplazamiento de cajón tibial rodilla en 90° en sentido anterior-posterior.

Rodilla en 20 – 30° y se aplica fuerza dirección anterior.

Rodilla en flexión se efectúa extensión en valgo con subluxación anterior.

Desplazamiento de cajón tibial rodilla en 90° en sentido posterior - anterior.

E

Las pruebas de Lachman y Pivot (Pivot Shift) se utilizan para demostrar la inestabilidad anterior de rodilla.

E

La prueba de cajón posterior se efectúa ante la sospecha de lesión de LCP; y tiene sensibilidad de 22-100% y especificidad de 98%.

Las lesiones de ligamentos colaterales laterales y colaterales mediales de la rodilla se clasifica de la siguiente manera con la prueba de estrés en varo y en valgo:

- Grado I: apertura de 0 a 5 mm.
- Grado II: apertura de 5 a 10 mm.
- Grado III: apertura > 10 mm.

La medición se efectúa con la rodilla en extensión

Todo paciente con datos clínicos y maniobras positivas a la exploración física que orienten a algún tipo de lesión **debe referirse al segundo nivel de atención para tratamiento y seguimiento.**



Tratamiento

Lesiones del LCP y ligamentos colaterales grados I, II y III (no graves ni complejas) se tratan de forma conservadora con inmovilización en extensión de la extremidad afectada **durante tres semanas** y posteriormente con rehabilitación.

- Lesiones del LCP y ligamentos colaterales grado III graves** y/o complejas el tratamiento es quirúrgico.
- Ante lesiones del **LCA** se recomienda de forma general, siempre es quirúrgico (plastia con injerto), seguido de un programa de rehabilitación **por seis meses**.



Complicaciones

- Tríada de O'Donoghue o tríada infeliz:** Lesión ligamento lateral interno, Lesión de menisco medial y Lesión ligamento cruzado anterior.

La elección de **injerto autólogo o heterólogo** depende de la presencia de comorbilidades, las condiciones físicas de la persona y el tipo de actividad que realiza.

Esguince de tobillo

El esguince de tobillo consiste en la ruptura parcial o total de uno o más de los ligamentos en la articulación del tobillo y se caracteriza por dolor, edema y limitación funcional. La atención oportuna en las primeras 72 horas conlleva a mejores resultados.



- Inversión + aducción:**
- Representa el 85%.
 - Lesión del ligamento colateral lateral.



- Eversión + abducción:**
- Provoca lesión ligamento deltoides (colateral medial).



- Rotación:**
- Lesión de ligamento interóseo, con daño en la sindesmosis.



Personas con **alteraciones anatómicas** del pie, sobrepeso y personas que practican de ciertas actividades laborales y deportivas.



Las **reglas de Ottawa**; tienen una sensibilidad casi del 100%. Su aplicación reduce 30 a 40 % el uso de radiografías innecesarias.



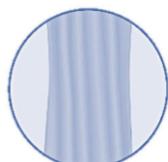
En exploración, identificará **el aumento de volumen, la deformidad y la presencia de equimosis**, así como determinará el grado de dolor a nivel de los ligamentos peroneos y funcionalidad de la extremidad afectada.



- **Elección:** Clínico (anamnesis y exploración física) investigar factores de riesgo, el mecanismo de la lesión y clasificar el grado de lesión.
- Solicitar radiografías AP, lateral y rotación 15 a 30°, si Ottawa es positivo.

Orden de lesión

- Peroneastragalino anterior
- Peroneocalcaneo
- Peroneastragalino posterior



Clasificación de los esguinces de tobillo:

Grado I

Fibras **distendidas** pero intactas (lesiones microscópicas).

Paciente es **capaz de caminar con apoyo total** y dolor mínimo.



Grado II

Fibras de ligamentos **parcialmente** desgarradas.

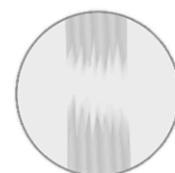
Lesión incompleta con **dolor cuando apoya y camina** (puede deambular).



Grado III

Ligamentos **completamente desgarrados** y tienen ruptura.

Edema severo (> 4 cm arriba de peroné). Paciente es incapaz de moverse o apoyarse.



Grado IV

Luxación de la articulación; en el servicio de traumatología se decide si es necesario el manejo quirúrgico.



Reglas de Ottawa para esguince de tobillo

Realizar radiografía de pie si presenta 1 o más de siguientes datos:

- Dolor a la palpación en la base del 5to metatarsiano.
- Dolor a la palpación de base de hueso navicular.
- Incapacidad para mantener el paso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda).



Realizar radiografía de tobillo si presenta 1 o más de siguientes datos:

- Dolor a la palpación a 6 cm distales al borde maléolo medial.
- Dolor a la palpación a 6 cm distales al borde maléolo lateral.
- Incapacidad para mantener el paso (dar 4 pasos seguidos sin ayuda).

Tratamiento

Primeras 72 horas:

- Evitar apoyo de la articulación durante 48 horas.
- Aplicar hielo local durante 20 minutos cada 8 horas.
- Mantener elevada extremidad a 30° con vendaje elástico no compresivo.

Después de 72 horas:

- Iniciar apoyo parcial diferido con vendaje elástico compresivo.
- Iniciar ejercicios de propiocepción (Ej. rodar botella).
- Ejercicios de estiramiento y fortalecimiento.



- El manejo integral en fase aguda es con control de dolor con paracetamol o AINEs y vendaje elástico por 7 días.

- En caso de presentar edema bimaleolar se recomienda aplicar vendaje de Jones.

E

La estrategia PRICEMMS tiene como finalidad fortalecer los ligamentos, mejorar los rangos de movilidad y recuperar la propiocepción del pie.

R

Se recomienda no utilizar inmovilización con férula de yeso en los esguinces de tobillo grado I y II, evitar el calor local y masaje directo.

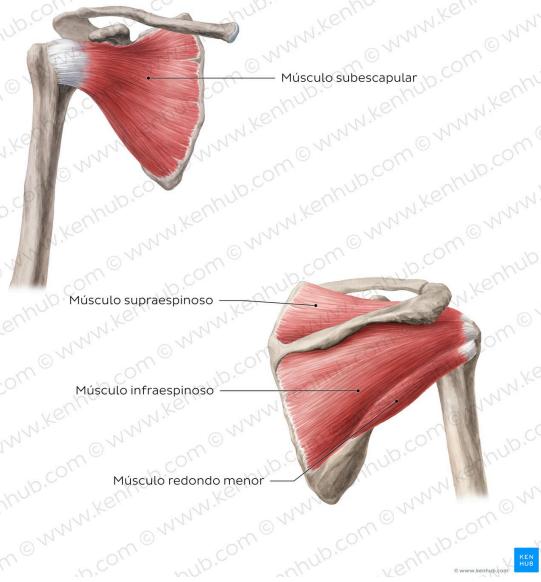
Seguimiento

- **Esguince grado I** requiere valoración el 5to día y su resolución es en menos 7 días.
- **Esguince grado II** requiere consultas periódicas y su resolución es hasta los 21 días.
- **Esguince grado III y IV** requiere un tratamiento y seguimiento especializado.

SÍNDROME DE ATRAPAMIENTO SUBACROMIAL (MANGUITO ROTADOR)

1º Causa de hombro doloroso

- Por sobrecarga y compresión del manguito rotador de los rotadores de la porción antero inferior del acromion



CLÍNICA

- Dolor de comienzo nocturno
- Movilidad limitada por dolor
- **Sg de NEER >>** aumento de dolor con elevación máxima del hombro

DIAGNÓSTICO

Test de Neer: dolor desaparece tras infiltrar anestésicos >> confirma el dx

TRATAMIENTO

1. Conservador (AINE + REPOSO)
2. Rehabilitación
3. Infiltración
4. Artroscopia (en casos muy severos de dolor)

	TENDINITIS DE QUERVAIN	GANGLIONES	Espolón calcáneo y fascitis plantar
CONCEPTO	Inflamación de los tendones extensor corto y abductor largo del pulgar por inflamación de su vaina	Dilataciones de la sinovial articular o tendinosa que se hernian a través de capsulas articulares y vainas	Espolón: prominencia ósea, formado en el origen de fascia plantar
CAUSA	Actividades que cursen con uso constante del pulgar.	Traumatismo Otros	Microtraumatismos de repetición.
CLINICA	Dolor a la abducción del pulgar, (test de Finkelstein)	Rumoraciones de consistencia elástica, más frecuentes en dorso de la muñeca. Dolor ocasional.	Dolor a causa de inflamación de fascia plantar. Relación con pie cavo
DIAGNOSTICO	FINKELSTEIN POSITIVO	CLÍNICO	CLÍNICO
TRATAMIENTO	Aines, reposo, inmovilizador del pulgar QX	Quirúrgico Punción o estallido.	AINES, reposo, plantillas de descarga,

TENDÓN DE AQUILES

Epidemiología

- Varones de 30 a 50 años, **deportista ocasional de fin de semana**.

Clínica

- Dolor intenso "**signo de la pedrada**", chasquido e impotencia para la flexión plantar activa.

Diagnóstico CLÍNICO

- Inspección de hachazo cutáneo con depresión en la zona típica de rotura, 6 a 8 cm de la inserción calcanea.

Maniobra de Thompson

- Paciente en decúbito prono, comprimes masa gemelar sin obtener flexión pasiva plantar.

TRATAMIENTO ORTOPÉDICO (yeso 6-8 semanas)

QUIRÚRGICO (DEPORTISTAS)