

# Aplicación clínica – aparato locomotor – cátedra 1

## TP 3: Hombro

### fracturas de la clavícula - luxación del hombro - lesiones del manguito rotador - adenopatías axilares

#### Fracturas de la clavícula

La clavícula es uno de los huesos que se fractura más frecuentemente. Se da, principalmente, en niños y deportistas (en niños suele darse una fractura incompleta o en tallo verde).

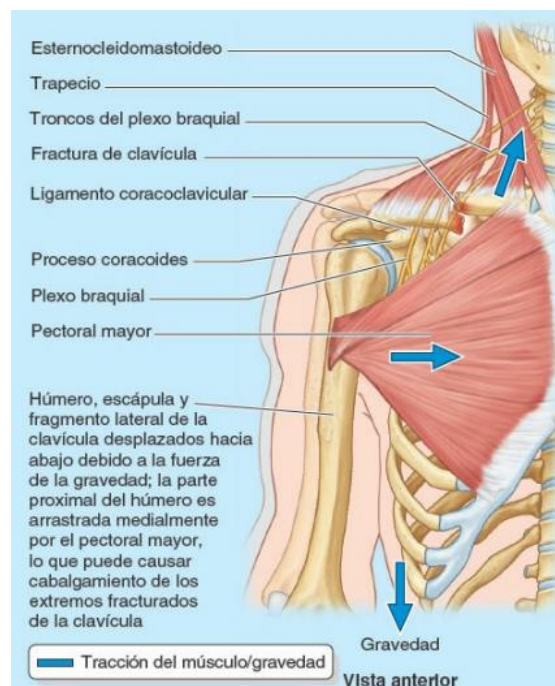
Los mecanismos por los cuales se produce son: caída sobre la mano extendida y transmisión del golpe desde ella hasta el hombro, y caída sobre el hombro.

El punto más débil de este hueso es la unión entre el tercio medio y el lateral.

Cuando la clavícula se fractura, el músculo esternocleidomastoideo tracciona su porción medial elevándola. Esta elevación se ve a través de la piel, y si la presionamos, sube y baja, por lo que también se lo llama “signo de la tecla”.

No suele estar acompañada de una luxación acromioclavicular dado a la gran resistencia de los ligamentos coracoclaviculares (trapezoido y conoideo) y acromioclaviculares.

Además, el pectoral mayor puede traccionar al húmero hacia medial, generando un descenso de la porción lateral de la clavícula y su cabalgamiento con la porción medial.



#### Luxación del hombro

Es una de las luxaciones más frecuentes debido a la gran amplitud de movimiento y a la inestabilidad de esta articulación. Suelen darse en dirección anteroinferior o posteroinferior, nunca hacia superior. Esto se debe a la presencia del arco acromioclavicular y al soporte brindado por el manguito rotador (por ende, evitan el desplazamiento del húmero hacia arriba).

##### Luxación anterior:

→ Más frecuente en adultos jóvenes, especialmente en deportistas.

→ Mecanismo de luxación: extensión y rotación lateral excesivas del húmero. La cabeza del húmero es impulsada anteroinferiormente, y la cápsula articular y el labrum glenoideo pueden resultar arrancados de la cara anterior de la cavidad glenoidea.



→Estructuras posiblemente lesionadas: capsula articular, labrum glenoideo, cabeza del húmero/epífisis proximal (a veces hay fractura asociada), fascículo posterior – nervio axilar. Por esto último, es fundamental evaluar los territorios de inervación + la vascularización del miembro. En las luxaciones y fracturas, los elementos vasculonerviosos cercanos pueden verse lesionados.

## **Lesiones del manguito rotador**

El manguito rotador se suele lesionar por el uso repetido del miembro superior por encima de los 90 grados de abducción. Su inflamación recurrente, sobre todo del área avascular del tendón del supraespinoso, es una causa frecuente de dolor del hombro y provoca desgarros del manguito.

El uso reiterado de estos músculos, puede hacer que la cabeza del húmero impacte sobre el arco acromioclavicular produciendo la irritación de este y la inflamación del manguito.

Como resultado, se desarrolla una tendinitis degenerativa de dicho grupo muscular.

Para evaluar la presencia de este cuadro clínico, se solicita al paciente que descienda lentamente el miembro desde una abducción máxima (miembro paralelo a la cabeza). A partir de unos 90° de abducción, caerá con brusquedad hasta quedar al lado del tronco, denotando que el manguito está lesionado y/o desgarrado.

La integridad de la cápsula articular suele verse comprometida, ya que están fusionados. En consecuencia, la cavidad articular se comunica con la bolsa subacromial.

Como el músculo supraespinoso deja de ser funcional, la persona no puede iniciar la abducción del miembro superior. Si el brazo es abducido pasivamente 15 grados o más, puede mantener o continuar la abducción usando el deltoides.

## **Adenopatías axilares**

La adenopatía es la afectación de los ganglios linfáticos. Puede tener distintas causas: infecciones, neoplasias y enfermedades autoinmunes.

Ante toda adenopatía, debemos descartar la presencia de un proceso neoplásico. De haber alteración de los ganglios axilares, sospechamos en primera medida el desarrollo de una patología mamaria.

### **Bibliografía:**

Moore, anatomía con orientación clínica, 9° Ed.

Pró, anatomía clínica, 2° Ed.

Candela Casado, docente de anatomía, UBA.