

CAPÍTULO 16

Lesiones articulares. Luxación. Esguince

Oswaldo Aníbal Romano

La afectación traumática de las articulaciones es por lo general cerrada y el daño se relaciona con movimientos que van más allá del límite fisiológico, provocando pérdida de la congruencia articular de distinto grado (esguinces, luxaciones). En forma más rara puede presentarse como una lesión abierta con comunicación de la articulación con el exterior, como son las heridas por armas de fuego o elementos cortantes.

Hay situaciones en que las lesiones articulares se combinan con lesiones óseas, constituyendo fracturas-luxaciones.

Esguince o entorsis

Es una lesión ligamentaria y capsular sin pérdida de la congruencia articular, producida por un movimiento que supera los límites fisiológicos.

Si bien toda articulación sinovial puede comprometerse, es más frecuente en las mono o bi articulares. El tobillo es el sector más afectado (Ver cap. 33).

El antecedente traumático es claro. Al mantenerse la congruencia articular, quien lo sufre puede mover la articulación e incluso cargar peso, pero ambas acciones provocan dolor de diferente cuantía.

La molestia en la articulación afectada se acompaña de tumefacción y hematoma, que será mayor cuanto más grave sea el esguince (**Fig. 16.1.a**).

En el examen físico, la palpación en los puntos de inserción de los ligamentos afectados y la movilidad intensifican el dolor, las maniobras de estrés articular también pueden incrementarlo además de evidenciar inestabilidad.

La radiología simple por lo general es normal, pero necesaria para los diagnósticos diferenciales. La Rx con estrés (bostezo o cajón) puede confirmar y mensurar la magnitud de la lesión (**Fig. 16.1.b y c**).

El esguince suele clasificarse en leve, moderado o grave según la dimensión del trauma, clasificación sencilla aunque no siempre precisa.

El manejo inicial se basa en el reposo, la inmovilización y elevación de la zona afectada, ingestión de AINEs y aplicación de frío. Puede ser útil usar elementos para la marcha con descarga parcial o sin ella.

El tratamiento definitivo dependerá de la articulación afectada, de la gravedad del trauma y de las necesidades funcionales de quien lo padece. La rehabilitación siempre es beneficiosa. En algunas situaciones y en grupos particulares, podría tener lugar el tratamiento quirúrgico.



Fig. 16.1. Esguince de tobillo

a) Foto de tobillo y pie de paciente con esguince grave de tobillo. b) Rx de frente de tobillo con maniobra de estrés (bostezo externo). Se pone en evidencia la rotura ligamentaria, perdiendo el paralelismo entre la cara inferior de la tibia y la superior del astrágalo. c) Esquema representando la lesión ligamentaria externa. 1) Tibia. 2) Peroné. 3) Astrágalo. 4) Ligamento deltoideo sano. 5) Rotura ligamento lateral externo. 6) Apertura (bostezo) de la articulación del tobillo.

Luxación

La luxación es la pérdida de la congruencia completa de las superficies articulares. Es traumática aquella provocada por un trauma o movimiento. Se trata de una emergencia que requiere del diagnóstico y de la reducción en forma inmediata.

El conocimiento de las luxaciones data de la antigüedad, con una primera mención en papiros egipcios y una descripción detallada en el caso del hombro, así como una maniobra de reducción realizada por Hipócrates (Wirth, 2003).

Existen otros tipos de luxaciones en base a la etiología: congénita (displasia del desarrollo de la cadera), reumática (luxación metacarpofalángica en la AR), neurológica (luxación paralítica de la cadera en afecciones neuromusculares) o infecciosas por la osteólisis de las superficies articulares, como causas más frecuentes de las no traumáticas (**Fig. 16.2.**).

La *luxación traumática* provoca un dolor de importante intensidad acompañado de impotencia funcional total de la articulación. La inspección constata la deformidad típica del sector afectado.

Aunque muchas articulaciones pueden luxarse, es la del hombro (escápulo-humeral) la de mayor frecuencia (Ver cap. 24) (**Fig. 16.4.b y c**). Seguida por las articulaciones del codo y de los dedos (Ver caps. 25 y 26).

Las luxaciones se sospechan por la clínica y se confirman con radiología. (**Figs. 16.3. y 16.4.**)

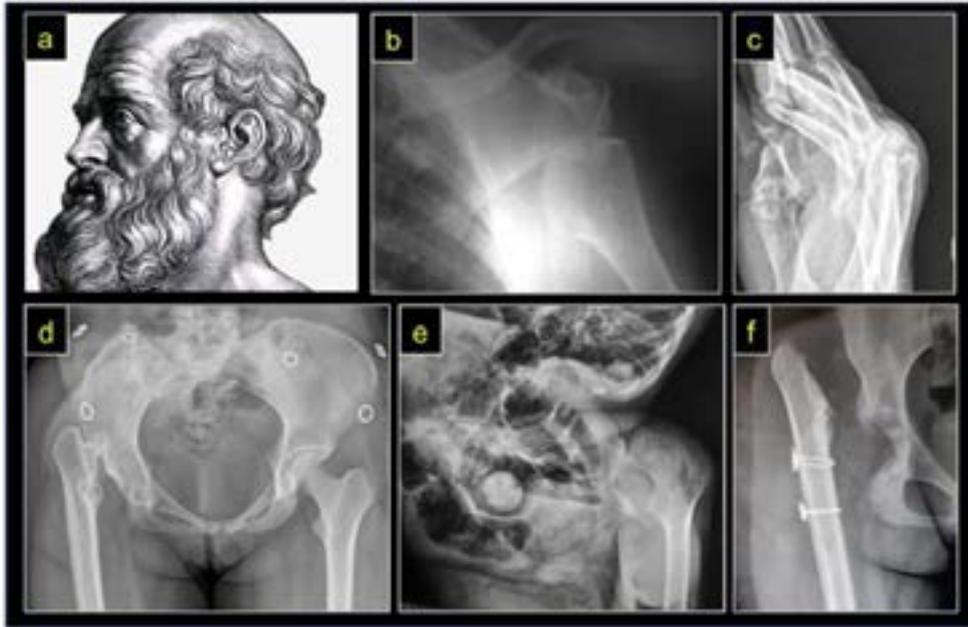


Fig. 16.2. Tipos de luxaciones

a) Hipócrates⁵¹ (460 a.C- 370 a.C) médico griego. **b) - e)** Todas las imágenes son Rx. **b)** Luxación escápulo-humeral traumática. **c)** Luxación metacarpofalángica por artritis reumatoidea. **d)** Luxación congénita de la cadera (Displasia del desarrollo de la cadera). **e)** Luxación paralítica de la cadera izquierda en paciente con enfermedad neurológica. Nótese la deformidad asociada de la columna. **f)** Luxación de cadera post-extracción prótesis de cadera.

⁵¹ <https://redhistoria.com/wp-content/uploads/2021/03/hipocrates.jpg>



Fig. 16.3. Imágenes y radiografías de pacientes con luxaciones traumáticas

a) Imagen clínica de paciente con luxación acromioclavicular. b) Rx del hombro del paciente de la imagen. c) Imagen clínica de paciente con luxación del codo. d) Rx lateral de codo del paciente de la imagen. (Imágenes de archivo Servicio de Ortopedia y Traumatología Hospital El Cruce).



Fig. 16.4. Imágenes de pacientes con luxaciones traumáticas del aparato locomotor

a) Rx del hombro con luxación acromioclavicular. **b)** Rx del hombro con luxación anteroinferior escapulohumeral. **c)** Rx axial del hombro con luxación posterior escapulohumeral. **d)** Rx lateral del codo con luxación posterior. **e)** Rx lateral de la muñeca con yeso mostrando luxación del semilunar asociada a fractura escafoides. **f)** Rx lateral de columna cervical con luxación atloidoaxoidea. **g)** RM mediosagital T1 de columna cervical con luxación C4-C5. **h)** Rx de pelvis con luxación posterior de cadera derecha. Nótese la camilla de traslado en la Rx. **i)** Rx lateral de rodilla con luxación anterior femoropatelar. **j)** Rx oblicua del tobillo con luxación posterolateral tibioastragalina asociada con fractura de peroné.

Las luxaciones del miembro inferior son menos frecuentes, pero pueden asociarse con lesiones del nervio ciático en la cadera (Cosentino, 1992) (Ver cap. 27), y lesiones vasculares cuando se localizan en la rodilla.

La luxación de la columna cervical es la más grave, generalmente complicada con daño parcial o total de la médula espinal (Romano, 2016).

La luxación requiere de la reducción en forma urgente. Es una real emergencia. Una vez reducida se inmoviliza el sector. Muchas veces requiere de anestesia general.

Luxación recidivante

Es la luxación repetida por movimientos sin necesidad de un trauma importante. Es una complicación habitual en la luxación del hombro cuando el primer episodio sucede en menores de 19 años (Leis, 2004). El dolor, aunque presente, suele tener menor magnitud que en el episodio inicial.

El tratamiento suele ser quirúrgico.

Luxación inveterada

Es la luxación envejecida no reducida previamente. Es rara, pero puede verse en pacientes con disminución del grado de lucidez y poco control médico. El dolor es menor que en la luxación aguda. En algunos casos bilaterales puede ser congénita (**Fig. 16.5.**).



Fig. 16.5. Paciente varón adulto con luxación inveterada de cúpula radial

a) y b) Rx perfil del codo con luxación posterior de la cúpula radial de etiología congénita. c) Rx frente del codo. Se visualiza desplazamiento externo cúpula lado izq. d) Foto ambos miembros superiores. Se destaca prominencia de las cúpulas radiales luxadas. e) y f) Foto evidenciando la movilidad en extensión y en flexión del codo.

En algunas situaciones la luxación no produce una incapacidad severa, por lo que no siempre el tratamiento es quirúrgico. Esto puede ocurrir en articulaciones que no tengan carga del peso corporal (**Fig. 16.5.**).

Herida articular expuesta

Es una situación menos frecuente. Aunque la exposición sea pequeña y no afecte la congruencia y estabilidad articular, debe primar la posibilidad de infección, por lo que la limpieza mecánica y quirúrgica y el tratamiento antibiótico son importantes para prevenir la artritis infecciosa.

Referencias

- Cosentino, R., (1992) Luxación traumática de la cadera En R. Cosentino *Miembros inferiores. Semiología, con consideraciones clínicas y terapéuticas.* (155-156) Buenos Aires. Ed El Ateneo. ISBN 950-02-0321-9
- Leis, H. T, y Miller, M. D., (2004) Diagnóstico de inestabilidad del hombro y de lesiones del labrum glenoideo. En R.H. (h) Fitzgerald, H. Kaufer, S.L. Malkani *Ortopedia* (650-664) Buenos Aires. Ed Med. Panamericana.
- Romano, O., Fiore, N., (2016) Fracturas de la columna cervical En J. Burgos, E. Izquierdo, H. Sarramea. *Patología de la columna vertebral* (397-416) Madrid. Ed Med Panamericana
- Wirth, M. A. y Rockwood Jr, Ch. A. (2003) Subluxaciones y luxaciones de la articulación glenohumeral. En Bucholz RW, Heckman JD *Rockwood & Green's Fracturas del adulto* (1107-1207) España. Ed Marbán