

Hospital Universitari General de Castellon



A propósito de un caso:
Luxación esterno clavicular
posterior.

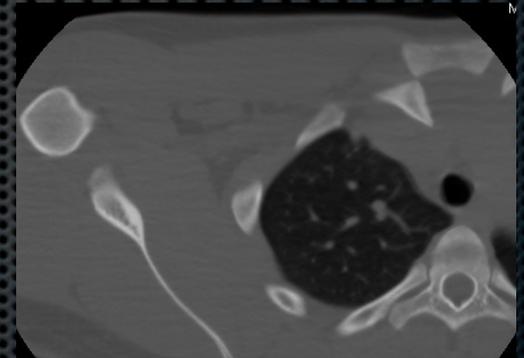
William Benavente Lazo, Adela
Mesado Vives, Encarnación Cruz
Renovell

Luxación esterno clavicular posterior

P-30

William Benavente Lazo, Adela Mesado Vives, Encarnación Cruz Renovell
Hospital Universitari General de Castellon

- Paciente varón 15 años sin antecedentes de interés acude a urgencias, refiere caída sobre el brazo derecho, luego de lo cual presenta dolor e impotencia funcional; acompañado de odinofagia y disfonía.
- Examen Físico: Dolor, tumefacción en base del cuello a predomino lado derecho. Depresion en articulación esterno-clavicular D. Pulso radial y cubital presentes. No afectación neurológica distal.



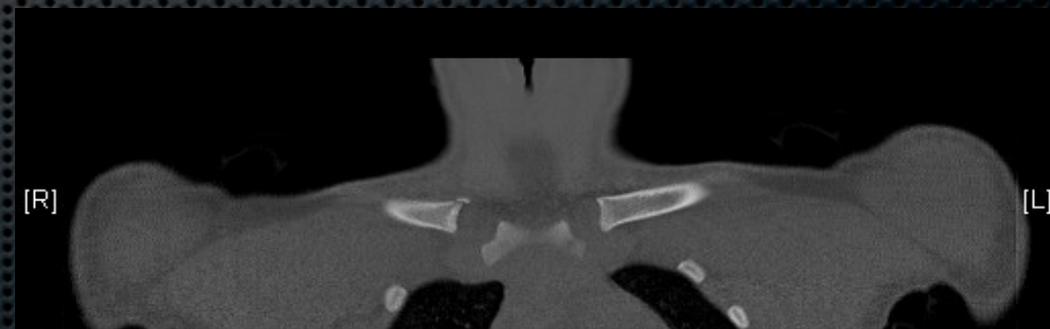
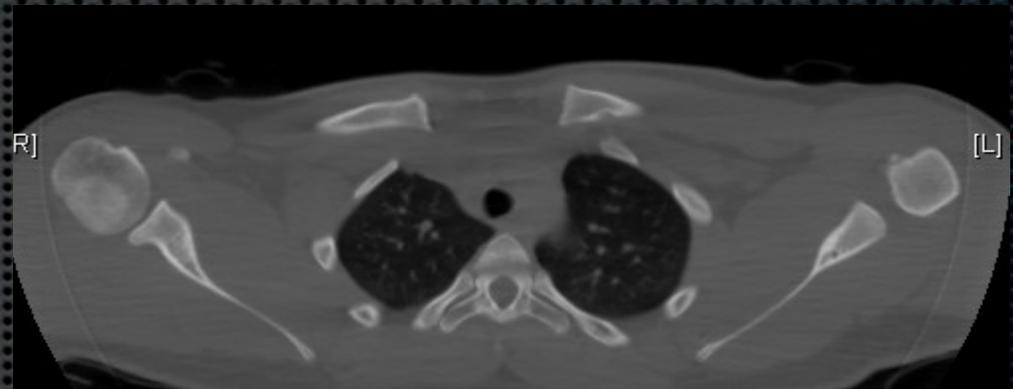
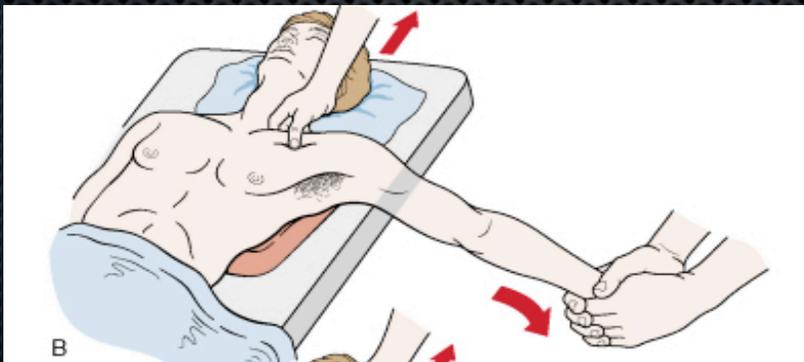
Luxación esterno clavicular posterior

P-30

William Benavente Lazo, Adela Mesado Vives, Encarnación Cruz

RenovellHospital Universitari General de Castellon

- Se realiza reducción cerrada según técnica de abducción y tracción al mismo tiempo se extiende el hombro; aplicamos tracción manual o sobre el extremo medial de la clavícula, hasta obtener reducción
- La evaluación neurovascular post reducción es normal.
- Se inmoviliza con vendaje en “8 de guarismo” y se comprueba reducción con TAC de control.

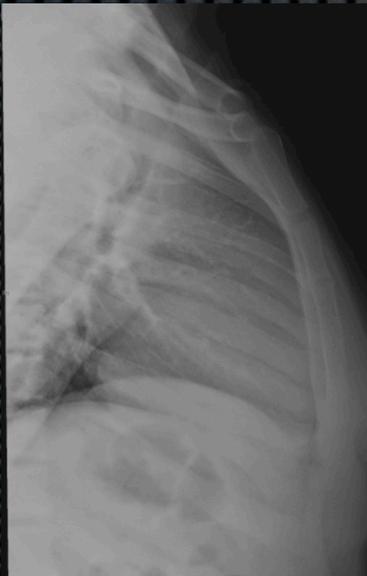


Luxación esterno clavicular posterior

P-30

William Benavente Lazo, Adela Mesado Vives, Encarnación Cruz Renovell
Hospital Universitari General de Castellon

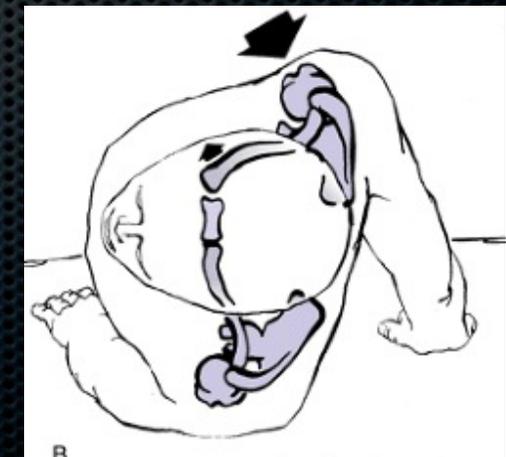
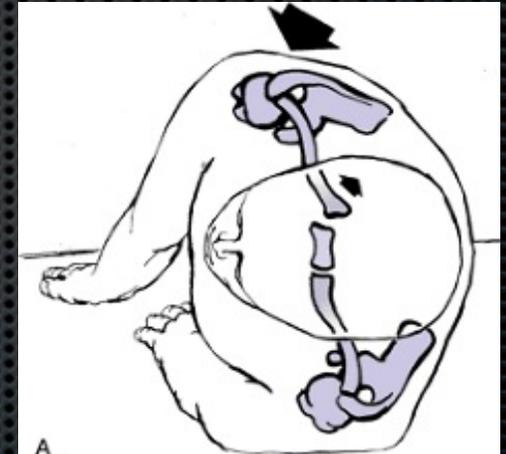
- El paciente permaneció hospitalizado por 48 horas para control del dolor e inflamación. Durante las primeras 24 horas presento resolución de sintomatología de disfagia y odinofagia
- A las 3 semanas durante la visita en consultas externas se comprueba disminución de la inflamación y dolor en articulación SC.
- Se retira inmovilización a la 4 semana y se permite libre movilidad. En las radiografías se comprueba que la reducción se mantiene.



Luxación esterno clavicular posterior

William Benavente Lazo, Adela Mesado Vives, Encarnación Cruz Renovell
Hospital Universitari General de Castellon

- La luxación SC representa el 3 % de la patología traumática de la cintura escapular, la luxaciones anteriores representan 73-98%, mientras que las posteriores son 2-27 %.
- En un 40% están relacionadas con impactos de alta energía (acc. de trafico) , 39% caídas y traumatismo en un 21%.
- Es importante considerar efecto fulcro para entender el mecanismo de luxación. (figura A y B mecanismo de luxacion posterior y anterior respectivamente)
- La mayor complicación es la afectación de las estructuras mediastinicas presentes en 30 % de los casos: disnea por compresión traquea, disfagia por compresión esofágica, disfonía por lesión del nervio laríngeo recurrente, síncope por compresión de la carótida, ingurgitación venosa y/o trombosis por compresión vasos subclavios, neumotórax por lesión de la pleura apical, laceración y erosión de grandes vasos, y fístulas traqueoesofágica.



Luxación esterno clavicular posterior

P-30

William Benavente Lazo, Adela Mesado Vives, Encarnación Cruz Renovell
Hospital Universitari General de Castellon

Conclusiones

- Las luxaciones retroesternales, son menos frecuentes que las anteriores o presternales, pero son amenazantes para la vida debido a la posible compresión de estructuras mediastínicas
- Sin embargo, tras la reducción, las luxaciones retroesternales suelen ser estables y no ocasionan sintomatología a largo plazo,
- Al examen físico la depresión adyacente al esternón el dolor que aumenta con los intentos de movilización del brazo, es el síntoma más frecuente. A menudo la cabeza se inclina hacia el lado afecto para relajar el esternocleidomastoideo. La detección de ingurgitación yugular, ronquera, tos, disfagia o sensación de asfixia sugieren obstrucción mediastínica superior resultante de la luxación posterior que requieren reducción urgente.
- La TC es la técnica de elección para el estudio de esta patología, pues permite determinar el tipo de desplazamiento, la magnitud del mismo y la relación con las estructuras mediastínicas.
- La reducción cerrada de una luxación posterior debe ser realizada cuidadosamente, ya que el extremo medial de la clavicula puede estar tamponando un vaso lesionado. Se recomienda su reducción en quirófano bajo anestesia general y con la colaboración de un cirujano torácico. Las irreductibles se procederá a una reducción abierta con reparación de estructuras capsulares y ligamentosas lesionada.

Bibliografía: *Skeletal trauma 4 Th ed, Rockwood and Green's Fractures in Adults, Campbell's Operative Orthopaedics, 12th Edition, Posterior sternoclavicular dislocation: diagnosis initially easy to miss* [Jaspars KC](#), [Vuylsteke K](#), [Peeters J](#), [Declercq G](#), [Verborcht O](#). *Management of sternoclavicular dislocation in young children: considerations about diagnosis and treatment of four cases.* [Gil-Albarova J](#), [Rebollo-González S](#), [Gómez-Palacio VE](#), [Herrera A](#). *Posterior sternoclavicular dislocation presenting with upper-extremity deep vein thrombosis.* [Chotai PN](#), [Ebraheim NA](#). *Reconstruction of the sternoclavicular joint in active patients with the figure-of-eight technique using hamstrings.* [Singer G](#), [Ferlic P](#), [Kraus T](#), [Eberl R](#).