

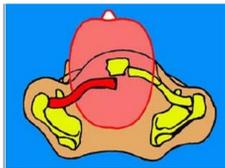
Luxación esternoclavicular posterior traumática.

A propósito de un caso

Ana Scott-Tennent De Rivas, Laura Prats, Amer Mustafa Gondolbeu, Jordi Fortuño Vidal, Hector Fabio Acosta, Jaime Marin Nasarre
Hospital Universitario Arnau De Vilanova, Lleida

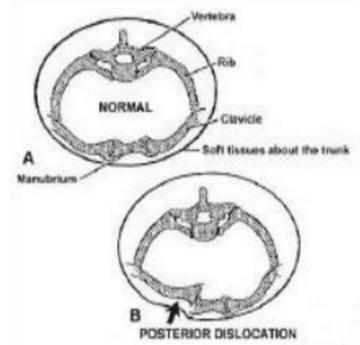
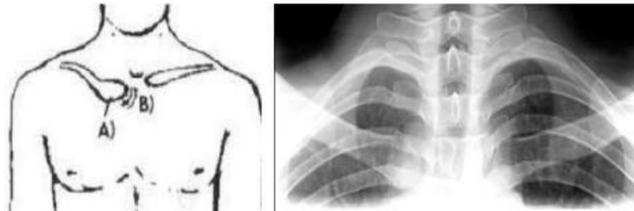
Introducción

Las luxaciones esternoclaviculares son lesiones muy infrecuentes que pueden pasar fácilmente desapercibidas. Según las series, suponen menos del 3% de las lesiones del hombro, y la luxación posterior es tres veces menos habitual que la anterior. Aproximadamente un tercio puede presentar complicaciones potencialmente mortales, tales como laceración de grandes vasos, lesión o compresión de tráquea y/o esófago, lesión del plexo...



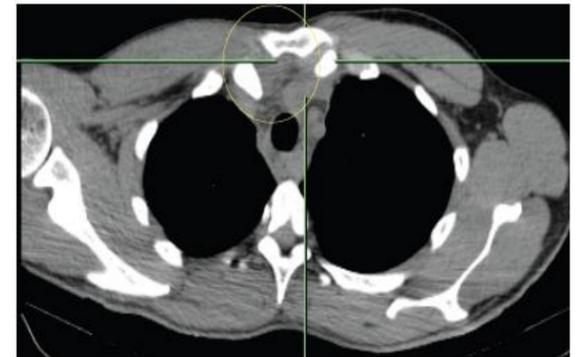
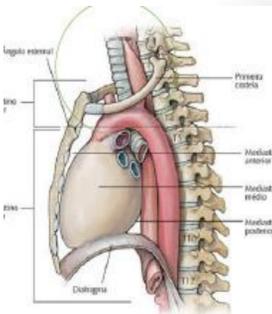
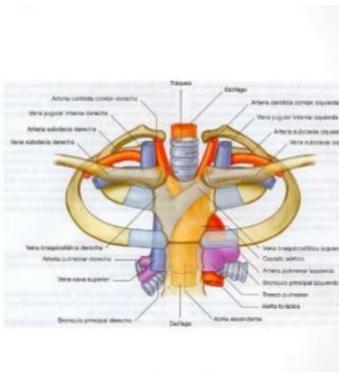
Material y métodos

Paciente con AP de osteosíntesis pélvica por fractura sacra y colecistectomía, sin otros de interés, remitido desde otro hospital tras sufrir accidente de BTT. A su llegada HMD estable, consciente y orientado, Sat 100%O2, con tumefacción a nivel de articulación esternoclavicular derecha, excoriaciones en tórax y dolor a la movilización de hombro, sin alteraciones a nivel vasculonervioso distal, disfagia, afonía u otra sintomatología. Se realiza TC torax que muestra hematoma precardiaco retroesternal sin signos que sugieran sangrado activo, secundario a luxación cleidoesternal posterior derecha.



Contenido del mediastino superior (de anterior a posterior):

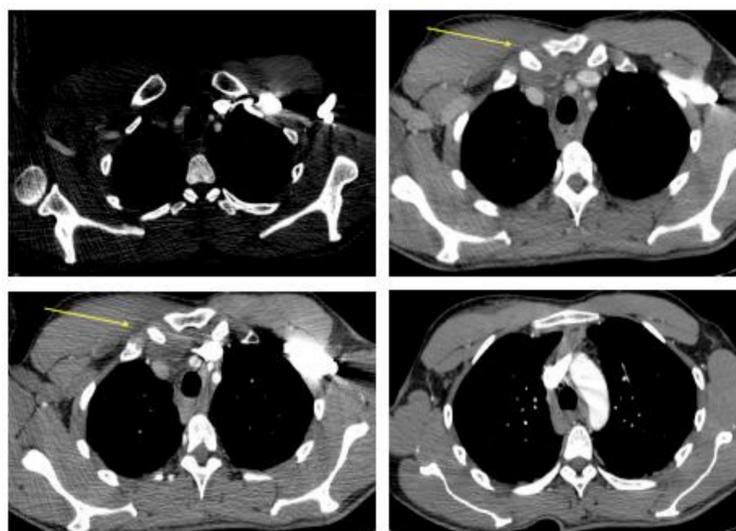
1. Timo
2. Grandes vasos y nervios relacionados:
 1. Venas braquiocefálicas
 2. Vena cava superior
 3. Arco de la aorta y las raíces de sus ramas principales
3. Visceras cervicales:
 1. Tráquea
 2. Esófago
4. Troncos linfáticos



AngioTAC de control: disminución del hematoma mediastínico, con buena congruencia articular y sin signos de sangrado activo.

Resultados

Tras valoración multidisciplinar, se descartan lesiones en otras estructuras retroesternales



Conclusión

Ante la sospecha clínica es importante realizar las PC adecuadas, siendo la TC el gold standard, y descartar potenciales complicaciones por compresión de estructuras anatómicas nobles.

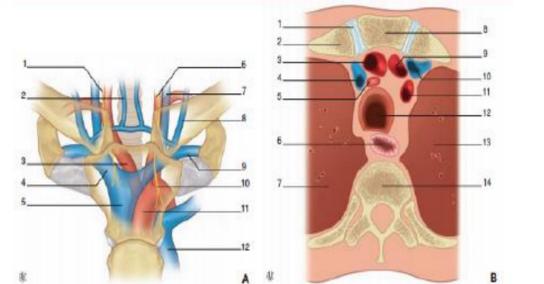
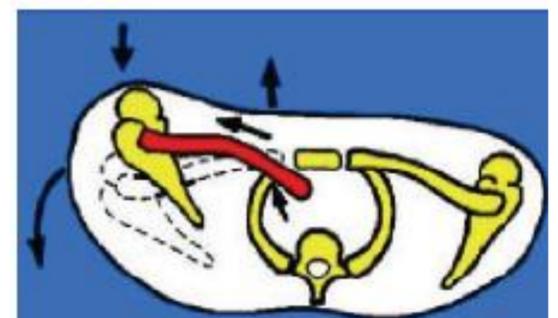
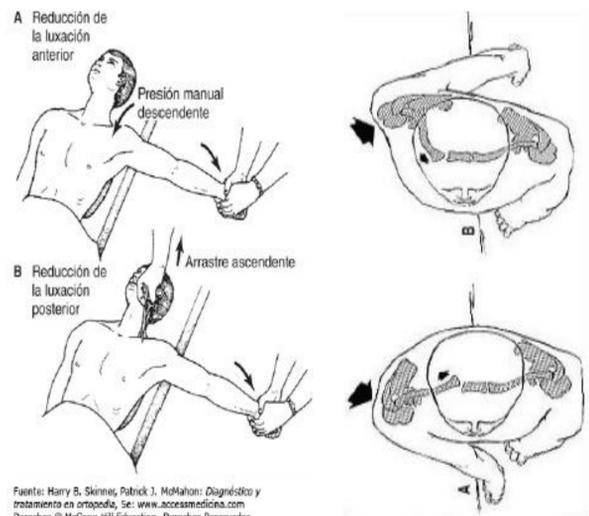


Figura 3. Principales relaciones anatómicas de la articulación esternoclavicular con las estructuras torácicas. A. Vista anterior. 1. Nervio braquiocéfalo derecho; 2. vena yugular anterior izquierda; 3. arteria innominada; 4. vena braquiocéfalo derecha; 5. vena cava superior; 6. arteria carótida izquierda; 7. vena yugular interna izquierda; 8. vena yugular externa izquierda; 9. vena subclavia izquierda; 10. nervio braquiocéfalo izquierdo; 11. aorta; 12. arteria pulmonar. B. Vista transversal. 1. Articulación esternoclavicular; 2. clavícula; 3. arteria innominada derecha; 4. vena subclavia derecha; 5. ganglio linfático; 6. esófago; 7. pulmón derecho; 8. estómago; 9. arteria carótida izquierda; 10. vena subclavia izquierda; 11. arteria subclavia izquierda; 12. bazo; 13. pulmón izquierdo; 14. vértebra.

Reducción cerrada bajo sedación en quirófano, con éxito y sin incidencias. Se inmoviliza con 8 de guarismo



El manejo agudo de una luxación posterior es la reducción cerrada, preferentemente antes de las 48h, y hasta dentro de 10 días. Si esta no se consigue se debe realizar una RAFI, existiendo amplia variedad de técnicas. (Cope, 1993; Garg et al., 2012; Glass et al., 2011; Jaggard et al., 2009; Marker & Klareskov, 1996).

Fuente: Harry B. Skinner, Patrick J. McMahon: Diagnóstico y tratamiento en ortopedia, 5e: www.accessmedicina.com
Derechos © McGraw-Hill Education. Derechos Reservados.