

# Esguinces y Luxaciones.

---

**Msc. Dr. Juan Carlos Mirabal Requena**

**MSc. Medicina Natural y Bioenergética en la comunidad.**

**Especialista de 1er grado en Medicina Fisca y Rehabilitación**

**Especialista de 1er grado en Medicina General Integral**

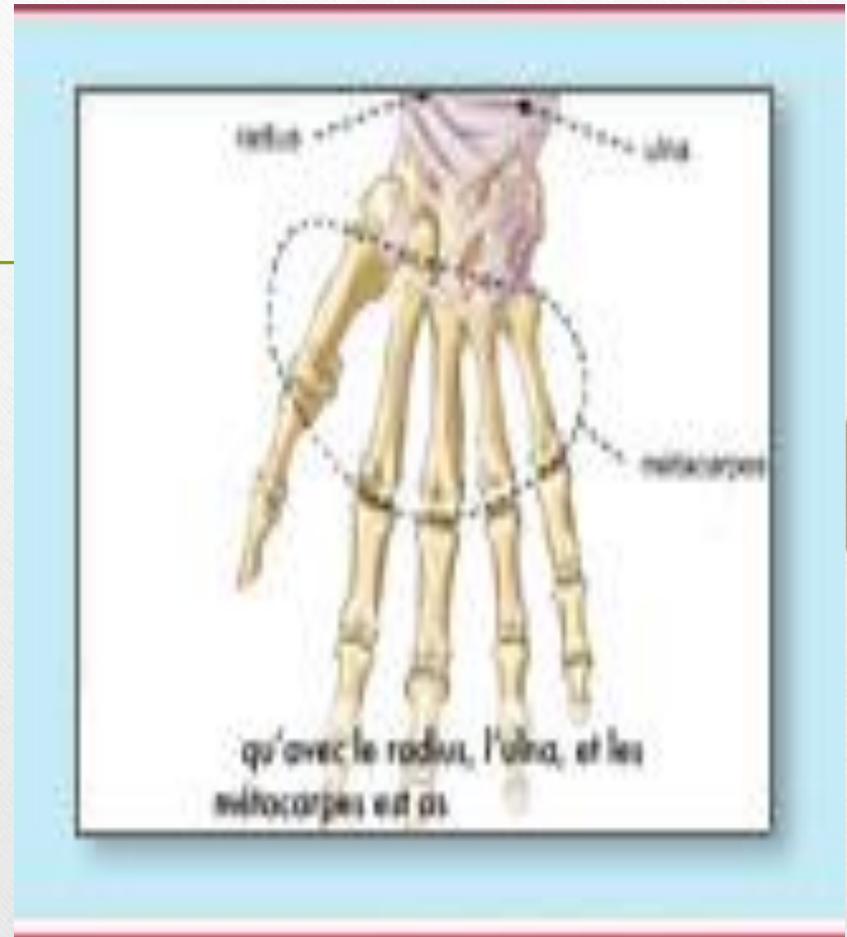
# Esguince



- ⦿ Es la distensión o rotura de los elementos capsulares o ligamentos que estabilizan una articulación .
- ⦿ Se produce debido a un movimiento brusco, caída, golpe o una fuerte torsión de la misma, que hace superar su amplitud normal. También se lo denomina "torcedura" en lenguaje común.

# Esguince

- ☉ Los esguinces mas frecuentes:
1. Rodilla.
  2. Tobillo.
  3. Metacarpo falángica del primer dedo.



# Esguince de rodilla



- ⦿ Un esguince de rodilla es la lesión de los ligamentos o de uno de los ligamentos de la articulación de la rodilla :  
ligamento lateral externo,  
ligamento lateral interno,  
ligamento cruzado anterior,  
ligamento cruzado posterior.

- ⊙ Por lo general el mecanismo consiste en el aumento de la tensión lateral en varo o valgo.
- ⊙ Incidencia: 35 años
- ⊙ Durante la práctica de ciertos deportes tales como el fútbol o el esquí (66%),
- ⊙ Un traumatismo puede ocasionar un movimiento más allá de los límites anatómicos de la articulación.



# Esguinces de tobillo

- Un esguince de tobillo es una lesión de uno o más ligamentos en el tobillo, por lo general en la parte externa del tobillo (ligamento lateral externo).
- El pie gira hacia adentro desde una posición en flexión plantar. (Inversión)
- Cuando el pie se evierte y abduce la pierna apoyada en rotación externa



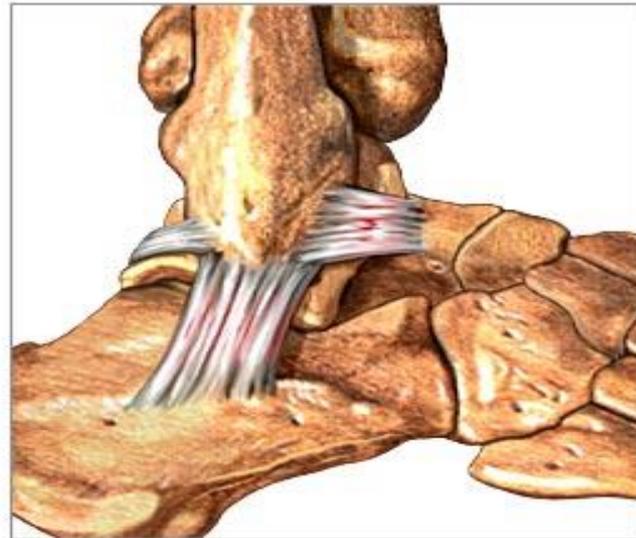
# Clasificación

- Según Asoc. Medica Americana de deporte:
  - 1<sup>a</sup> grado: Se produce una discreta distención que provoca micro traumatismos en el ligamento por estiramiento o ruptura de las fibras de este, y donde la estabilidad articular se mantiene.



Esguince tipo I

- Ligamentos estirados



- - 2ª grado: Se produce mayor estiramiento de las fibras que produce rotura parcial del ligamento, hay gran reacción articular, pérdida de la función, sin estabilidad.

(tendencia a la recidiva, inestabilidad, artritis postraumática)

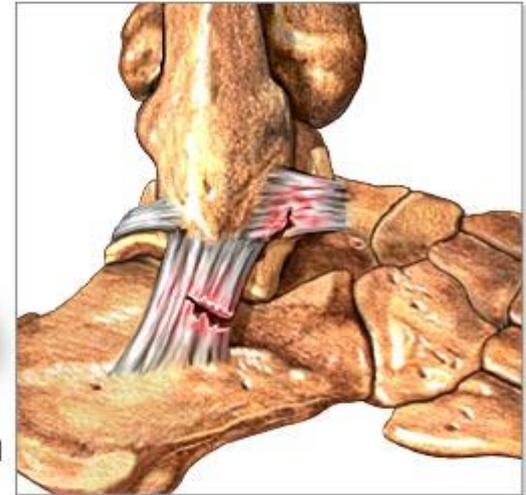
- - 3ª grado: Hay rotura total del ligamento con presencia de desgarro capsular se produce inestabilidad total.

(inestabilidad, artritis postraumática)



Esguince tipo II

- Ligamentos ligeramente rotos

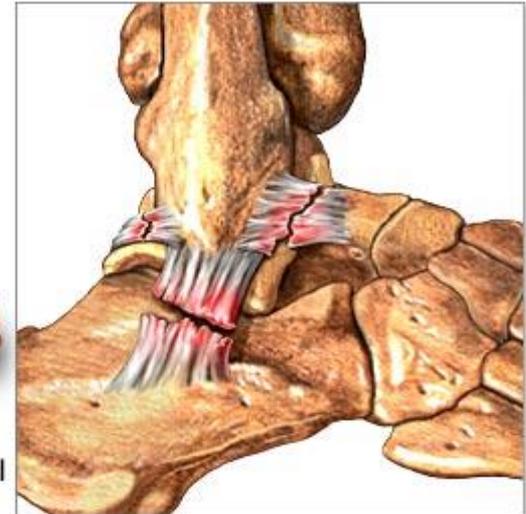


ADAM.



Esguince tipo III

- Ligamentos completamente rotos



ADAM.

- Esguinces benignos(Entorsis):

Corresponden a un estiramiento violento de los ligamentos pero sin verdadera rotura o arrancamiento. La articulación suele estar hinchada y muy dolorosa, los movimientos son normales.

- Esguinces graves:

Se caracterizan por la producción de un desgarre o u arrancamiento de los ligamentos, esto da lugar a movimientos articulares exagerados. Pueden dejar secuelas (dolores persistentes, inestabilidad, rigidez y fragilidad dela articulación)

# Manifestaciones clínicas

- ⊙ Dolor intenso y localizado.
  - ⊙ Inflamación local.
  - ⊙ Calor local.
  - ⊙ Tumefacción e impotencia funcional.
  - ⊙ Equimosis: puede haber existencia de una avulsión del ligamento con un fragmento del hueso del sitio de inserción ósea.
- Estos se producen por sangre y líquido sinovial que se acumula en la cavidad articular.

# Diagnóstico.

---

- Manifestaciones clínicas.
- Inspección.
- Palpación: Estructuras  
Inflamación  
Medir el pulso.(A. dorsal del pie, tibial posterior.)
- Valoración de la inestabilidad articular.

# Valoración de la inestabilidad articular

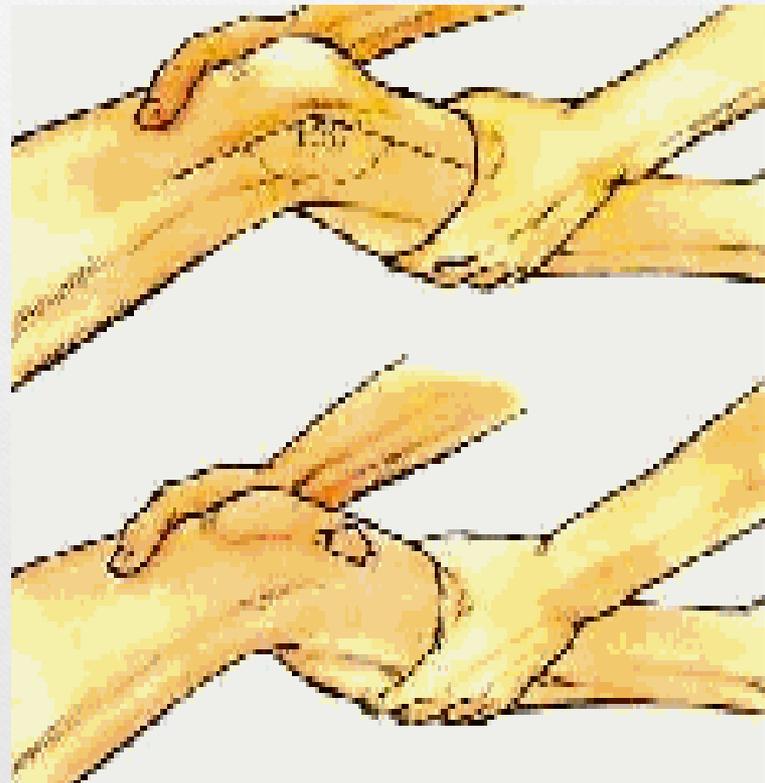
- Prueba de cajón:

En la afección del ligamento peroneo astragalino anterior.

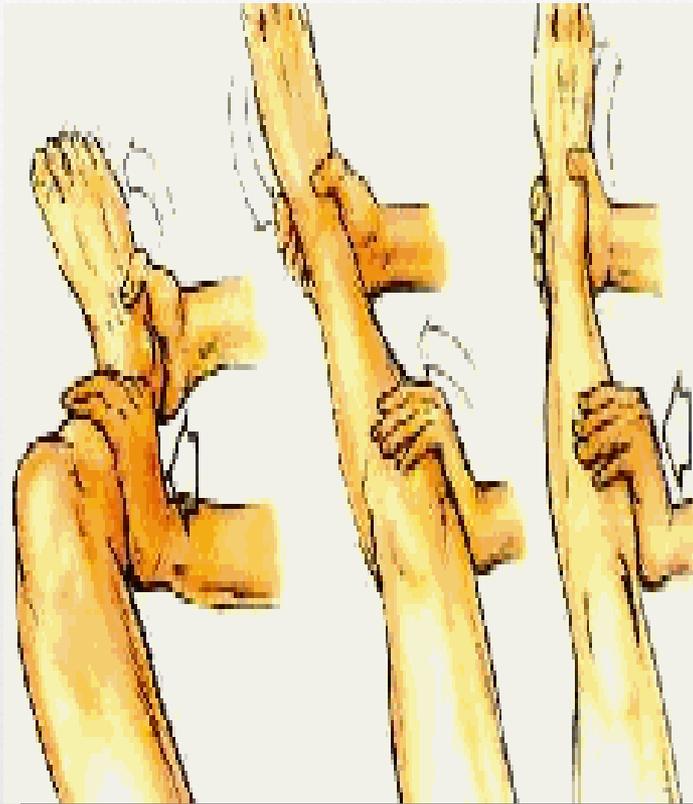


# Valoración de la inestabilidad articular

- Prueba de Lachman:  
Con el paciente en decúbito supino, se flexiona la rodilla a menos de 30°.
- Es indicativa de lesión de los ligamentos cruzados.



# Valoración de la inestabilidad articular



- Prueba de desplazamiento del pivote.:

Para apreciar la insuficiencia del ligamento cruzado anterior

- En tanto la rodilla es desplazada desde la flexión a la extensión se nota un resalto a los 30° motivado por subluxación tibial anterior.

# Pruebas diagnósticas

---

- Radiografías. (fracturas o arrancamientos óseos )
- Ecografía.
- Artrografía. Para ver si existe escape de líquido por hiato capsular o ligamentoso
- TAC. Ayuda cuando se desprende algún fragmento óseo o cartilaginoso

# Tratamiento

---

## ⦿ Inmediato:

- Hielo.
- Vendaje.
- Elevación de la articulación.
- Reposo.

## ⦿ Definitivo:

- Grado 1: antiinflamatorios, hielo, inmovilización. (3-4 s.)
- Grado 2: Inmovilización (yeso) hasta 6 semanas.
- Grado 3: Tx. Quirúrgico (inflamación no se reduce en 2 días, datos de infección, dolor no desaparece después de varias semanas.)

# LUXACIONES

Una luxación se produce cuando al aplicar una fuerza extrema sobre un ligamento se separan los extremos de dos huesos conectados, producida generalmente por un movimiento mayor al normal con dirección fuera de la anátomo funcional, perdiéndose de manera permanente la relación anatómica de las superficies articulares.

## Anatomía de las articulaciones



Articulación: Zona de unión entre dos o más huesos.

Componentes:

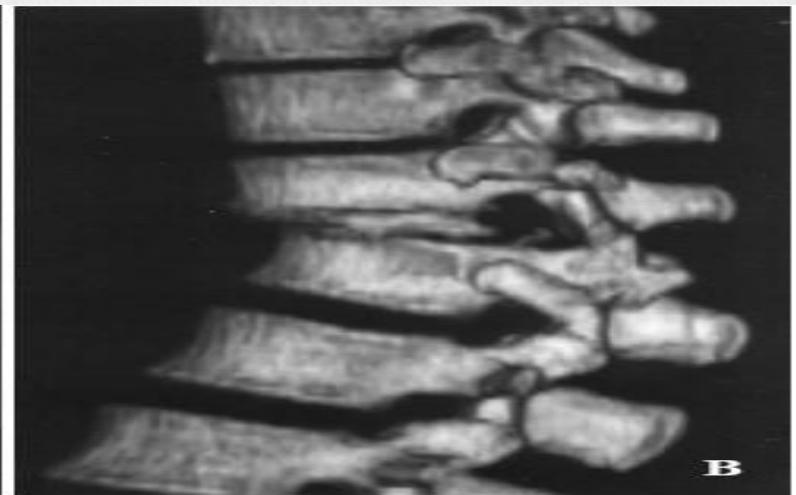
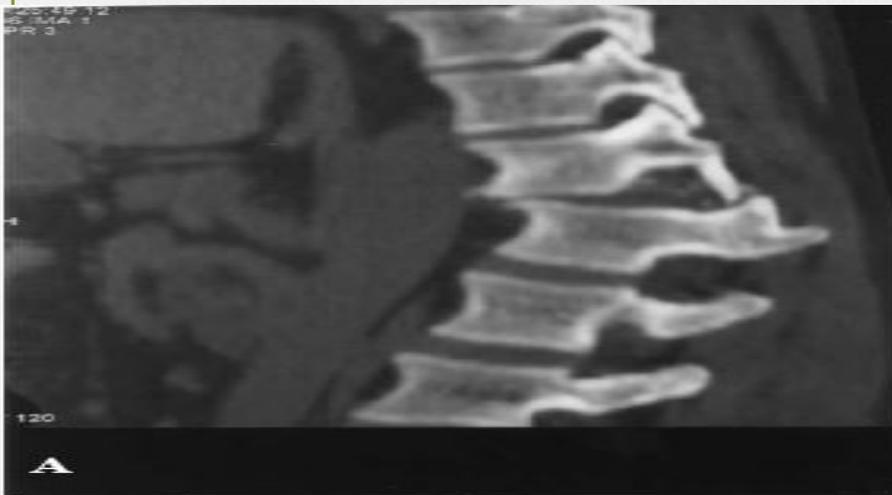
- Extremo de los huesos participantes.
- Cartilago articular.
- Cápsula y ligamentos articulares

Diferentes tipos de articulaciones con movimientos característicos.

FIG.1

## Luxación:

Lesión de una articulación caracterizada por la pérdida de la relación entre las superficies articulares, existiendo para ello un desgarramiento de la cápsula articular, como consecuencia de traumatismos o procesos patológicos locales.



# ¿ Como se producen?

- ❖ Traumatismos.

  - ❖ Directo.

  - ❖ Indirecto.

---

- ❖ Tracción muscular.

  - ❖ Recidivantes.

- ❖ Otras. (Alteración de la elasticidad articular)

## Circunstancias que favorecen una luxación:

- ❖ Hay precaria contención entre una y otra superficie articular.
- ❖ Laxitud cápsulo-ligamentosa.
- ❖ Grado de potencia muscular.
- ❖ Violencia ejercida sobre la articulación.

# Clasificación

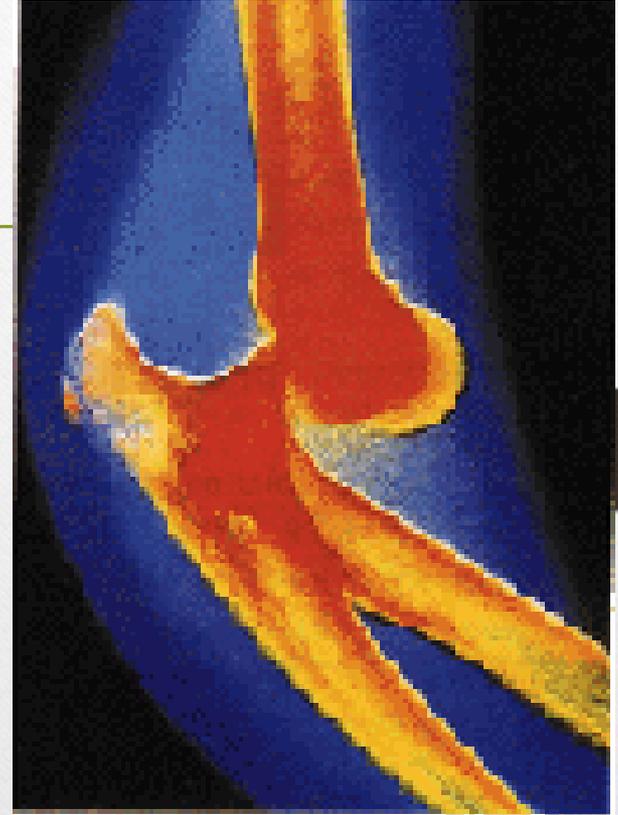
- ❖ Completas: Pérdida total del cartílago articular , las superficies articulares de la articulación están totalmente separadas.
- ❖ Incompletas: las superficies articulares no están completamente separadas.
- ❖ Abiertas: Se acompañan de heridas en la piel.
- ❖ Cerradas: La piel cubre toda la articulación lesionada, no hay pérdida de continuidad de la piel.
- ❖ Según tiempo de evolución:
  - ❖ Aguda: Inmediata luego del trauma.
  - ❖ Reciente:- de 3 semanas
  - ❖ Antiguas:+ de seis semanas

# Manifestaciones Clínicas

- ❖ Dolor: muy intenso, con sensación de desgarramiento profundo, fatigante, con tendencia a la lipotimia. Luego el dolor tiende a disminuir de intensidad, pero se exacerba violentamente al menor intento de movilizar la articulación. Frente a este hecho, se genera un espasmo muscular intenso e invencible, que hace imposible todo intento de reducción.
- ❖ Impotencia funcional absoluta e inmediata.
- ❖ Deformidad: por aumento de volumen, edema (codo), pérdida de los ejes (hombro y cadera).
- ❖ Calor, moretones o enrojecimiento en la zona lesionada

# Tratamiento

- ⊙ Reposo.
- ⊙ Hielo.
- ⊙ Compresión y elevación del miembro.
- ⊙ Radiografía.
- ⊙ Anestesia general o local.
- ⊙ Reubicación de la articulación.
- ⊙ Férula o yeso (Inmovilización 3-6s).
- ⊙ Medicamentos q disminuyan el dolor.
- ⊙ Restricción de actividades.
- ⊙ Fisioterapia.
- ⊙ Intervención quirúrgica si es necesario (cuando se ha lesionado un músculo tendón o ligamento de manera grave).



# Complicaciones

- ⊙ Rigidez articular: constituye una amenaza inminente determinada por la fibrosis cicatricial de los daños sufridos por la ruptura de partes blandas, organización de hematomas intra y extra articulares.
- ⊙ Miositis osificante: especialmente frecuente, intensa, irreversible y a veces inevitable cuando se trata de la luxación de codo.
- ⊙ Lesiones neurológicas: sea por contusión, tracción o compresión de troncos nerviosos vecinos a los segmentos óseos desplazados. Son típicas:
  - > Lesión del circunflejo en luxación de hombro.
  - > Lesión del ciático en luxación posterior de cadera.
  - > Lesión de cubital en luxación de codo.
- ⊙ Lesiones vasculares: determinadas por rupturas de vasos, desgarros conjuntamente con la cápsula articular.
- ⊙ Artrosis, luxaciones recidivantes, fracturas.

## Luxaciones más frecuentes

Luxación de la rodilla:

❖ Desplazamiento de uno de los huesos de la articulación de la rodilla.

❖ Todo sistema de clasificación se basa en diferentes variables a considerar como:

❖ a) dirección del desplazamiento,

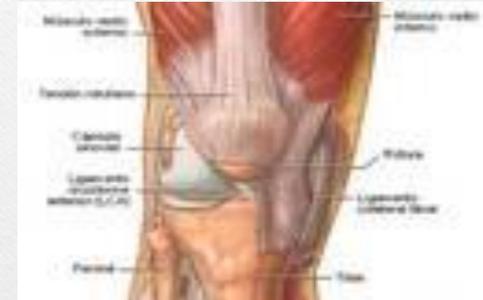
❖ b) si la luxación es completa o no,

❖ c) si la lesión es abierta o cerrada

❖ d) si la lesión fue causada por un trauma de alta o baja energía.

❖ La clasificación más utilizada en la actualidad es la que se basa en la dirección del desplazamiento de la tibia en relación con el fémur la cual puede ser:

1. Unidireccional: anterior, posterior, lateral y medial.
2. Rotacional: posterolateral, posteromedial, anterolateral y anteromedial.



- ❖ Las luxaciones anteriores son las más frecuentes, (40 %) y son causadas por un mecanismo de hiperextensión.
- ❖ Las luxaciones posteriores (33 %) de los enfermos. Son causadas por trauma de alta energía como el golpe de un automóvil sobre la rodilla.
- ❖ Las luxaciones laterales y mediales (18 y 4 %, respectivamente) Son causadas por mecanismos en valgo y varo forzados.

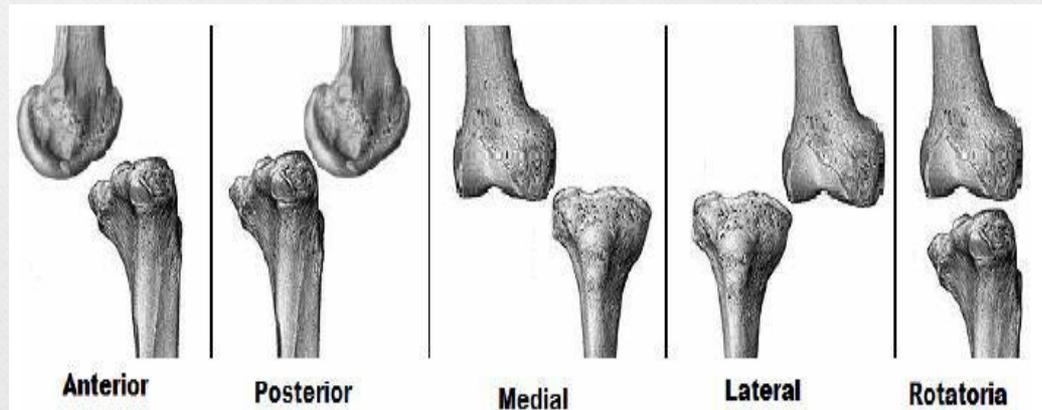
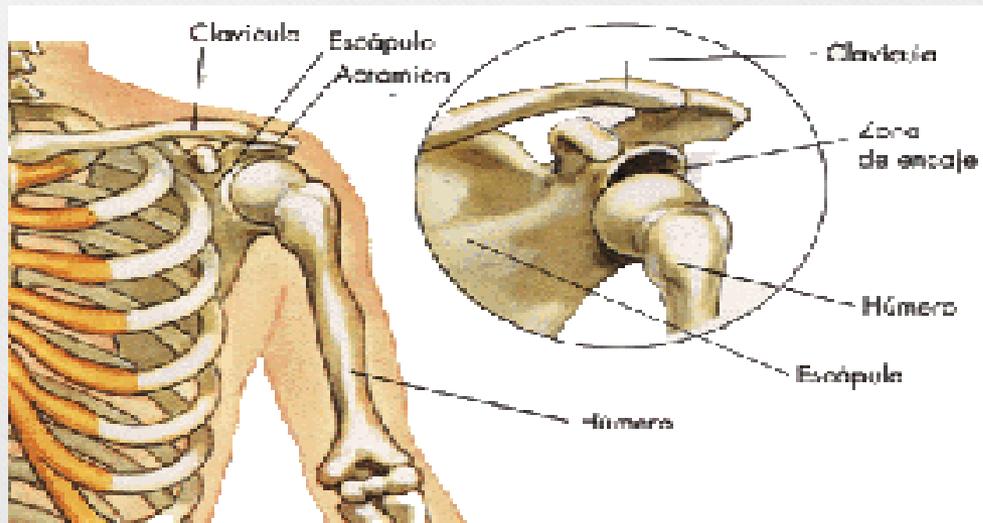


Fig. 1. Clasificación de acuerdo con la dirección del desplazamiento.

# Luxación del hombro

❖ Es la salida de la cabeza del húmero (el hueso principal del brazo) de su cavidad articular en el hombro. Se produce como consecuencia de un golpe directo sobre el hombro o una caída en la que se apoye todo el cuerpo sobre el brazo en extensión. El húmero puede llegar a desgarrar la cápsula que lo envuelve y dañar los ligamentos de la zona. En estos casos se observa el bulto de la cabeza humeral sobresaliendo.



# Clasificación

- ❖ Anterior (Luxación escapulohumeral) 85%
- ❖ Posteriores 4-10%
- ❖ Inferiores 3%
- ❖ Superiores.

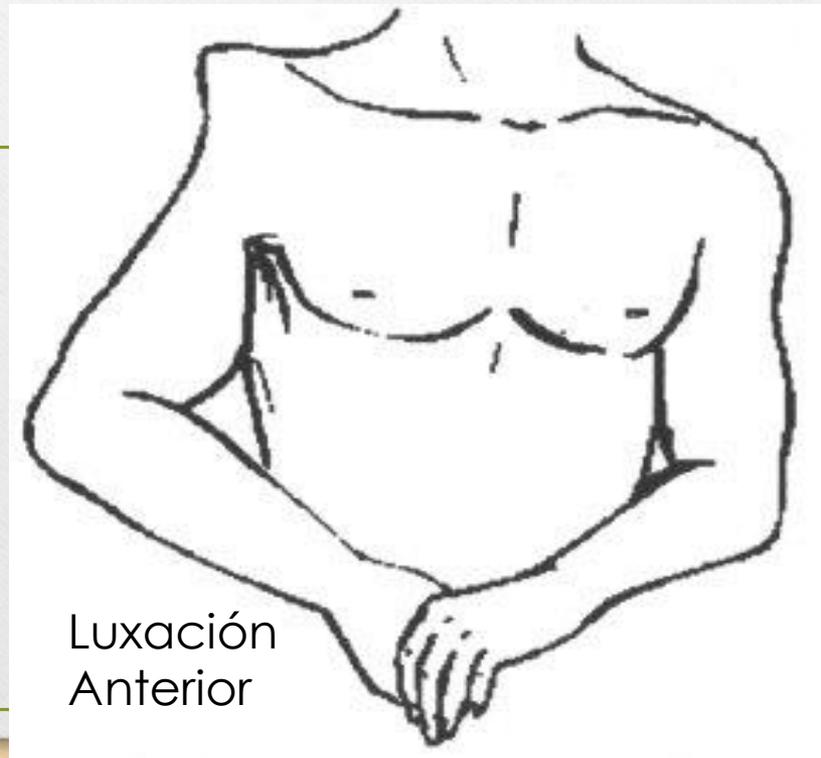
También pueden ser:

- ❖ Toracoapendiculares
- ❖ escapulo humerales:
  - ☐ Anterointernas:
    - Subcoracoideas.
    - Extracoracoideas.

-Intracoracoideas.

☐ Luxación inferior.

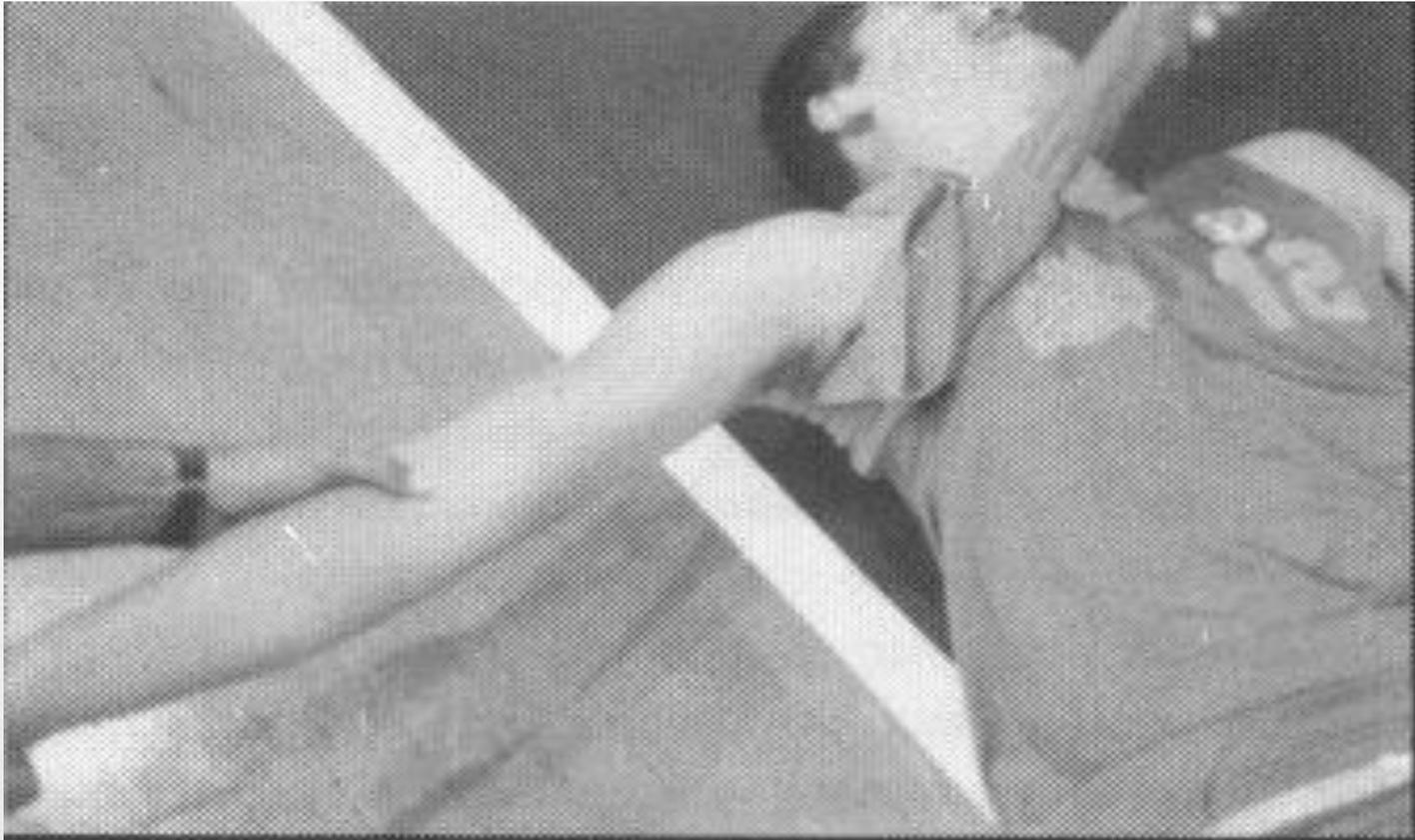
☐ Luxación posterior.



# Maniobras de reducción

La mayoría de las luxaciones glenohumorales se reducen con esta maniobra.

- ❖ Tranquilizar al paciente.
- ❖ Explicarle el procedimiento de reducción.
- ❖ Colocarlo en decúbito supino (boca arriba).
- ❖ Pasar una sábana por debajo de la axila afectada y amarrarla a la altura del hombro opuesto por contra tracción.
- ❖ Tracción del brazo con codo extendido en sentido longitudinal al miembro torácico mínimo durante 5 minutos (la mayoría se reduce con esa maniobra).
- ❖ Si no cede, flexionar codo a 90 grados, continuar con la tracción longitudinal, realizar abducción (codo hacia el cuerpo) y rotación interna del antebrazo y mano (Mano hacia el tórax).
- ❖ Cuidado de no ejercer demasiada “palanca” para evitar una fractura del húmero.



## Otras técnicas

❖ Técnica de hipócrates, Método de Kocher (abducción, rotación externa y rotación interna), técnica de Milch, Técnica de Matsen, Método de Arlt.

---