

LUXACIÓN ESTERNOCLAVICULAR POSTERIOR

Autores: Sebastián Calle Díaz, Alejandro Mejía Bustamante, Víctor Alfonso Avendaño Arango

Introducción

La luxación esternoclavicular es una lesión rara, pero puede provocar complicaciones hemodinámicas y neurovasculares. Los médicos de urgencias desempeñan un papel integral en la evaluación y el tratamiento de estas lesiones.

Las luxaciones esternoclaviculares pueden ser anteriores o posteriores. Aunque las anteriores son más comunes, las posteriores son más peligrosas por el riesgo de neumotórax o lesión de la arteria o vena subclavia, otras estructuras vasculares adyacentes, el esófago, la tráquea o el plexo braquial.

La luxación posterior de la articulación esternoclavicular representa solo el 1% de todas las luxaciones, descrita por primera vez en 1824 (Cooper et al) y con poco más de 100 casos informados posterior a esta fecha.

La lesión generalmente es causada ya sea por un trauma directo en el extremo medial de la clavícula o también por trauma en la cara posterolateral del hombro con el brazo en flexión y aducción. En última instancia el extremo lateral de la clavícula es empujada hacia adelante y el fuerte ligamento costoclavicular actúa como un fulcro que hace que el extremo medial de la clavícula se desplace hacia atrás. (Ono et al 1998).

Consideramos que el caso clínico de nuestro paciente es uno de los más raros en presentación y es un buen ejercicio clínico que nos pone en contexto para mejorar nuestra impericia y potencial diagnóstico de la patología.

El principal objetivo con el reporte del caso es hacer una amplia revisión acerca de los pocos casos que se encuentran reportados, brindar herramientas desde la luz de la evidencia científica para el correcto y oportuno diagnóstico de la patología y mostrar los resultados de la técnica quirúrgica que se utilizó en el paciente para la corrección de la luxación y su seguimiento en el tiempo.

Reporte del caso

Paciente masculino de **16 años** sin antecedentes que consulta por trauma en hombro izquierdo, al caer mientras realizaba actividad deportiva (fútbol). Consultó a la institución quince días posterior al trauma, remitido con TAC de hombro en el que se evidenciaba luxación posterior de articulación esternoclavicular izquierda con compresión de vena innominada por AngioTAC.

03/06/2023 programado para reducción cerrada bajo anestesia, se realizan múltiples intentos sin lograr la reducción por lo cual se comentó con módulo de hombro y se reprograma para reducción abierta y reconstrucción esternoclavicular forma ambulatoria. 22/06/2023 Al ingreso del examen físico se evidencia: Constant score: 73 (dolor 9; actividades vida diaria: no lo despierta en la noche 2; Trabajo usual 3; Actividad recreacional 0; Nivel de confortabilidad: por encima de la cabeza 8; Movimiento: más de 150°, elevación más de 150°; rotación externa completa; rotación interna T7 10; Fuerza en ABD 11 libras)

En silla de Niza, se realiza abordaje anterior de esternoclavicular, disección por planos hasta exponer luxación esternoclavicular. Se realiza OSTEOTOMIA DE REBORDE MEDIAL DE CLAVÍCULA, curetaje óseo en clavícula, desbridamiento articular, se reseca menisco homólogo. Presenta mala unión fractura Salter Harris I de la epífisis medial de la clavícula, se realiza RESECCIÓN PARCIAL DEL EXTREMO MEDIAL DE LA CLAVÍCULA. Se identifica carilla articular del esternón, se realizan dos túneles con broca de 4.5. Se realiza un túnel superior e inferior en segmento medial de la clavícula con túnel de 4.5mm. Se realiza paso de aloinjerto de isquiotibiales y supersutura en forma de 8 para RECONSTRUCCIÓN LIGAMENTARIA ESTERNO CLAVICULAR y REDUCCIÓN ABIERTA DE ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR. Se realiza aumentación con Tape. Cierre de capsula articular, CAPSULORRAFIA ARTICULAR ESTERNOCLAVICULAR Lavado y cierre por planos.

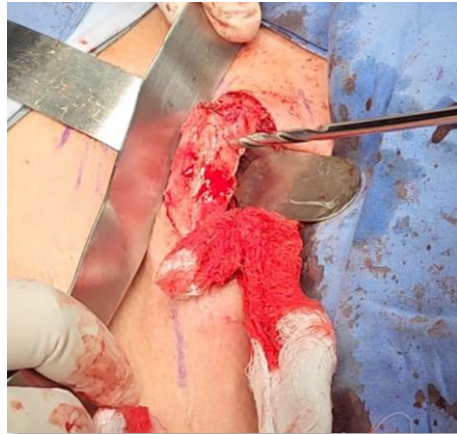
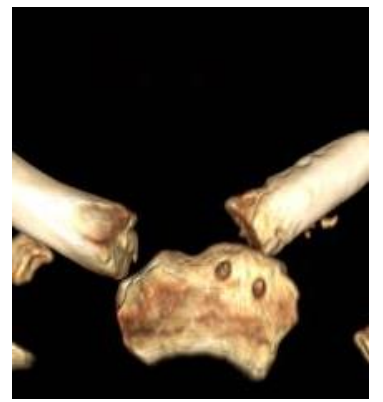
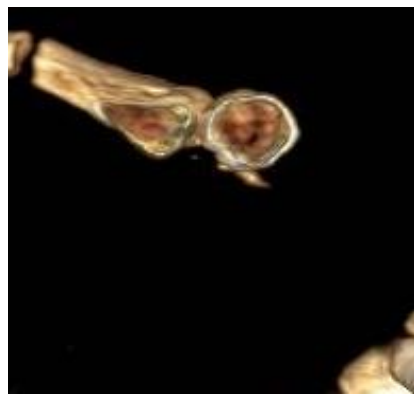
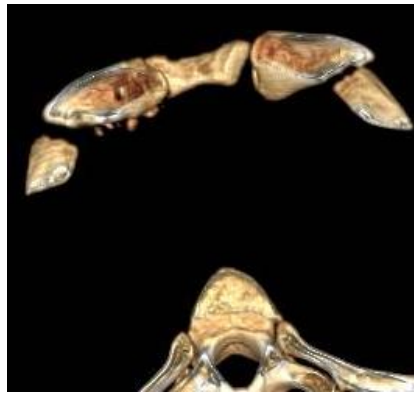
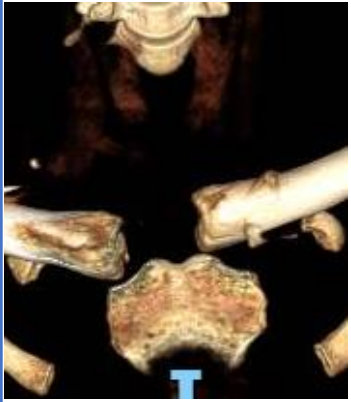
Resultados

- 2 semanas POP de reconstrucción esternoclavicular se encuentra paciente con dolor controlado, mínimo engrosamiento anterior sin dolor. se cita en 4 semanas
- 6 semanas. Buena evolución, sin dolor. No hay deformidad mayor la esternoclavicular es completamente estable el arco de movilidad del hombro es completo. se cita de 6 semana
- 6 meses: POP de reconstrucción esternoclavicular completamente asintomático, sin dolor, arcos de movilidad completos, fuerza simétrica. Constant score: 87.

Conclusiones

Se debe sospechar una fractura Salter Harris en pacientes jóvenes hasta los 25 años con este tipo de traumas.

Se debe tratar en especial en pacientes crónicos como una luxación esternoclavicular, el manejo de reconstrucción de la articulación esternoclavicular se logran buenos resultados.



1. Sernandez H, Riehl J. Sternoclavicular joint dislocation: a systematic review and meta-analysis. *J Orthop Trauma*
2. Morell DJ, Thyagarajan DS. Sternoclavicular joint dislocation and its management: a review of the literature. *World J Orthop* 2016; 7:244–50.
3. Dhawan R, Singh RA, Tins B, Hay SM. Sternoclavicular joint. *Shoulder Elbow* 2018; 10:296–305.
4. Garcia JA, Arguello AM, Momaya AM, Ponce BA. Sternoclavicular joint instability: symptoms, diagnosis and management. *Orthop Res Rev* 2020; 12:75–87.
5. Kirby JC, Edwards E, Kamali Moaveni A. Management and functional outcomes following sternoclavicular joint dislocation. *Injury* 2015; 46:1906–13.
6. Balcik BJ, Monseau AJ, Krantz W. Evaluation and treatment of sternoclavicular, clavicular, and acromioclavicular injuries. *Prim Care* 2013; 40:911–23 viii–ix.
7. Albors LM, Lee RJ. Chronic posterior sternoclavicular dislocation in a contact athlete: a case report. *JBJS Case Connect* 2020;10(1): e0032.
8. Van Tongel A, De Wilde L. Sternoclavicular joint injuries: a literature review. *Muscles Ligaments Tendons J* 2011; 1:100–5.
9. Kraus R, Zwingmann J, Jablonski M, Bakir MS. Dislocations of the acromioclavicular and sternoclavicular joint in children and adolescents: a retrospective clinical study and big data analysis of routine data. *PLoS One* 2020;15(12).

Bibliografía