

LESIÓN AGUDA DE ARTICULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR, ¿EMERGENCIA?

Sáez Casado M., Palacios Penedo S., Engel JA, de Gálvez Aranda I.

Objetivos

Describir el caso de una paciente con epifisiolisis tipo II proximal de clavícula derecha con su algoritmo diagnóstico y tratamiento llevado a cabo.

Material y Métodos

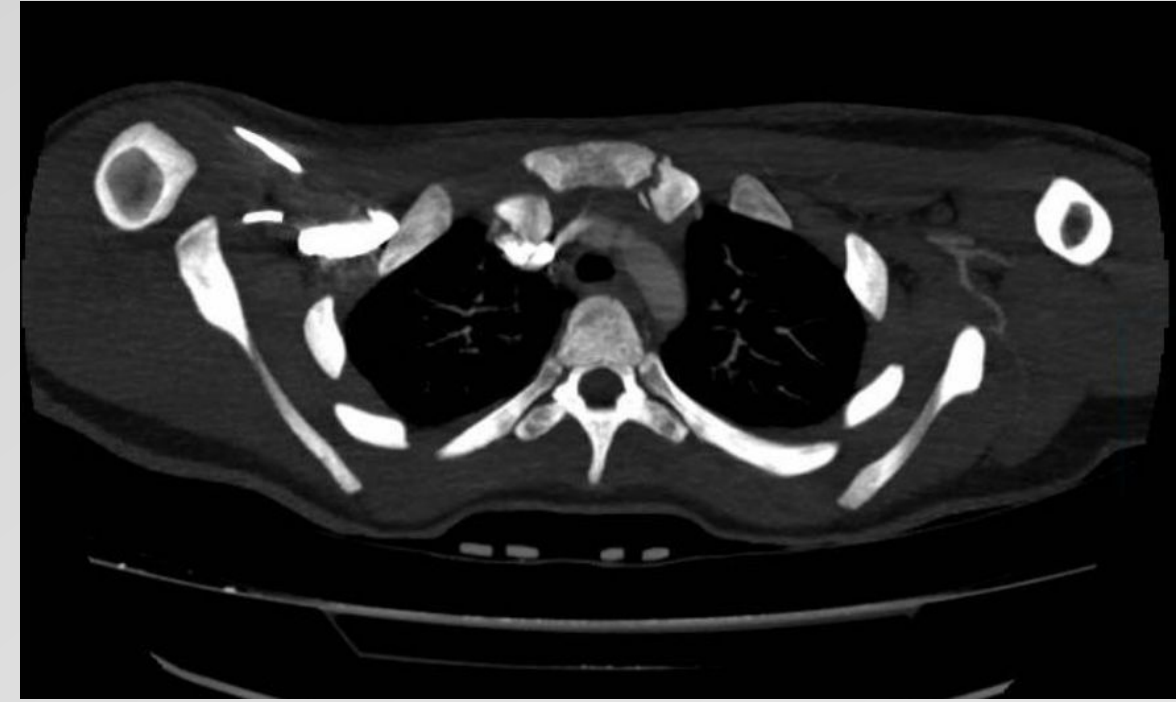
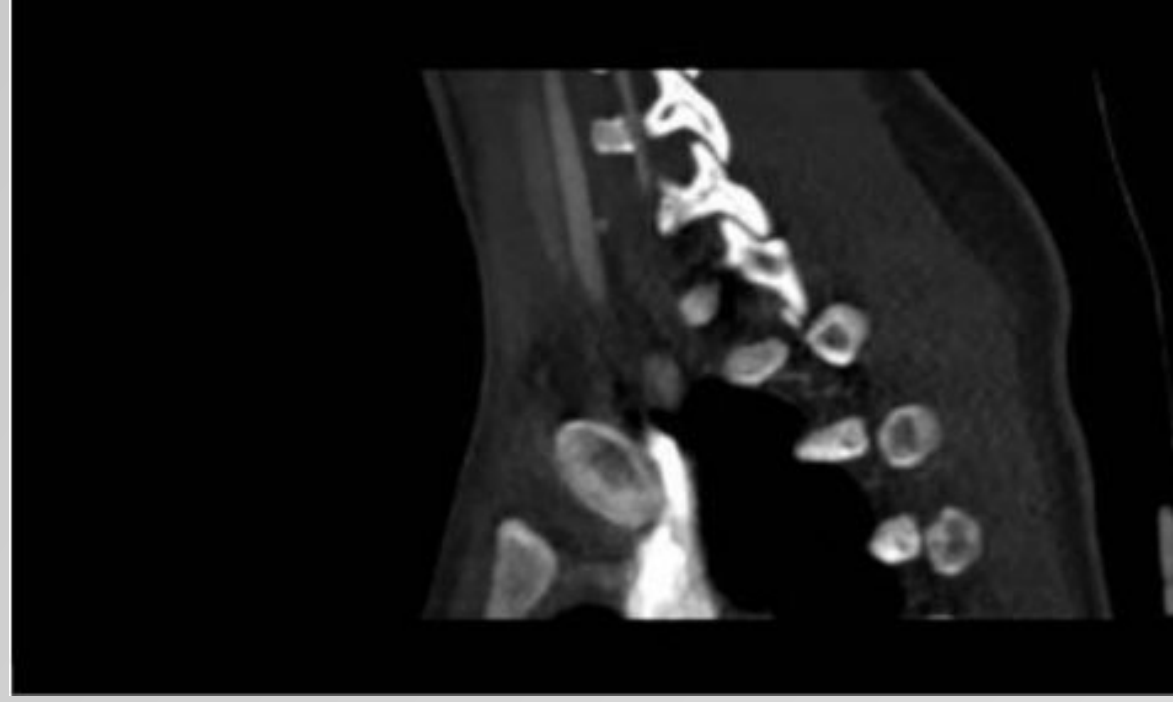


Figura 1 y 2. Corte sagital y axial de TC con contraste donde se observa desplazamiento posterior de región proximal de clavícula derecha y su estrecha relación con vena braquiocefálica.

Mujer de 13 años derivada a nuestro centro con motivo de episodio de luxación posterior esternoclavicular derecha de 11 días de evolución tras traumatismo practicando skate. Exploración física a la llegada, estable hemodinámicamente, con buena perfusión en miembro superior derecho y parestesias intermitentes en región cubital. En TC con y sin contraste se observa luxación de clavícula derecha con desplazamiento posterior del extremo proximal, que se encuentra en estrecha relación a los vasos braquiocefálicos, sin evidencia de extravasación, por lo que ante posibilidad de afectación vascular ingresa en UCI.

Resultados

En primera instancia, se programa cirugía en la que se realiza reducción y estabilización mediante cerclaje e inmovilización con vendaje en 8. Sin embargo, en el TC de control se observa persistencia del desplazamiento del extremo medial de la clavícula hacia posterior. Por esta razón se decide programar de nuevo intervención junto con Cirugía Cardiovascular.

En esta ocasión, se aprecia epifisiolisis tipo II de clavícula proximal, manteniendo congruencia articular la zona epifisaria en el manubrio esternal, con desplazamiento a posterior de la metáfisis clavicular. Se reduce y se realiza estabilización con cerclaje de sutura de alambre comprobándose estabilidad. Se inmoviliza con vendaje en 8.

En TC de control se comprueba reducción de fractura-luxación esternoclavicular.

Se revisa en consulta 3 semanas después de la cirugía, comprobándose buena movilidad del hombro, con balance articular completo sin molestias.

Se vuelve a revisar en consulta 6 meses posterior a la cirugía, observamos muy buena evolución de la paciente con buen desarrollo muscular, sin molestias y sin limitaciones para las actividades deportivas.



Figura 3 y 4. Comparación de reconstrucción de TC en 3D de proyección mixta axial-coronal en la que se observa persistencia del desplazamiento posterior de la clavícula derecha tras la primera cirugía con reconstrucción de TC en 3D posterior a la segunda cirugía donde se observa la clavícula reducida estabilizada con cerclaje esternoclavicular.

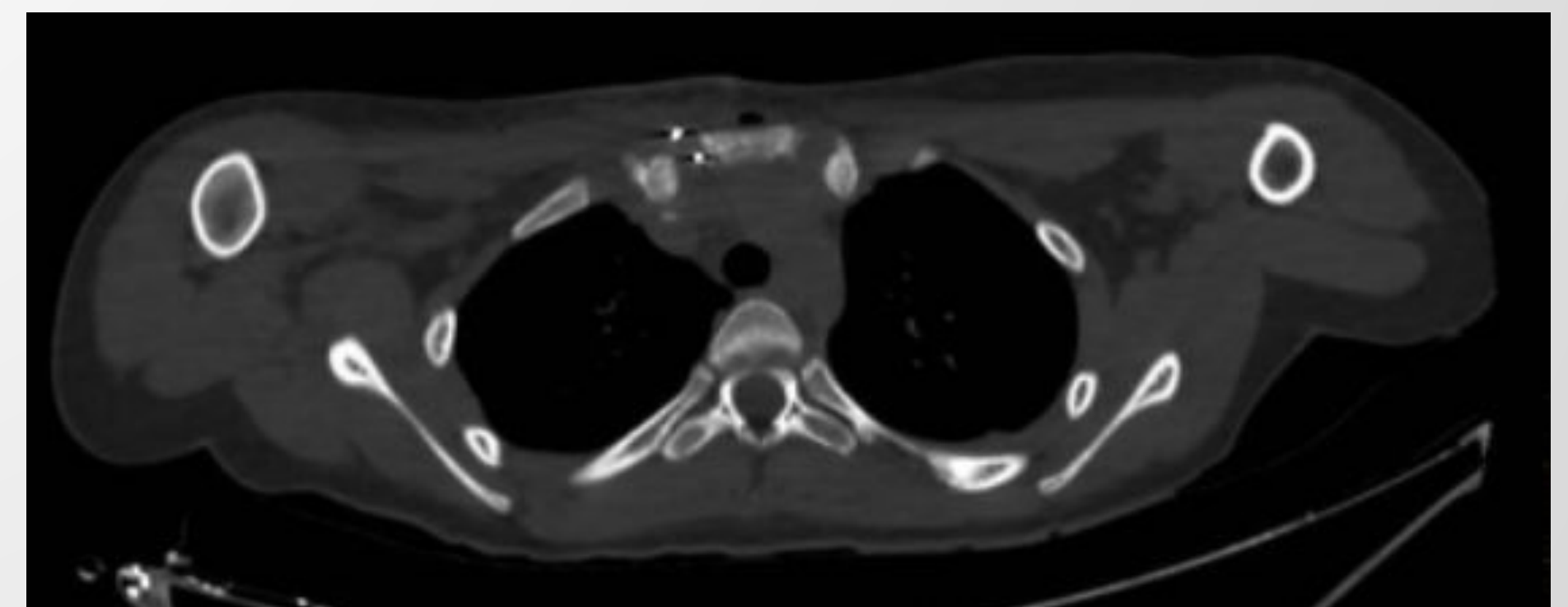


Figura 5. Corte axial de TC posterior a segunda cirugía en el que se observa ambos extremos proximales de clavícula a la misma altura, con imagen discreta de la presencia de cerclaje en lado derecho.

Conclusiones

- Es importante realizar en las lesiones de extremo proximal de clavícula una observación cercana de la clínica del paciente (vascular distal y respiratoria principalmente) debido a la estrecha relación existente entre la clavícula con estructuras blandas e importantes estructuras vasculares.
- La epifisiolisis de extremo proximal de clavícula puede pasar desapercibida o ser confundida con una luxación de la articulación esternoclavicular en radiografía simple o TC. Es conveniente la realización de RMN en pacientes esqueléticamente inmaduros ya que permite identificar el desplazamiento del componente epifisario no osificado.

Referencias

1. Nettles JL, Linscheid RL. Sternoclavicular dislocations. J Trauma. 1968;8(2):158–64.
2. Tepolt F, Carry PM, Heyn PC, Miller NH. Posterior sternoclavicular joint injuries in the adolescent population: a meta-analysis. Am J Sports Med. 2014;42(10):2517–24.
3. Lee JT, Nasreddine AY, Black EM, Bae DS, Kocher MS. Posterior sternoclavicular joint injuries in skeletally immature patients. J Pediatr Orthop. 2014;34:369–75.
4. Salter RB, Harris WR. Injuries involving the epiphyseal plate. J Bone Joint Surg Am. 1963;45(3):587–622.