



PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DE MIEMBROS SUPERIORES

Coordinador: Eduardo Chinchilla Palomares

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DE MIEMBROS SUPERIORES	1
801 – ALGIAS NO TRAUMÁTICAS DE MIEMBROS SUPERIORES	2
802 – PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DE MIEMBROS SUPERIORES.....	11

Capítulo perteneciente al MANUAL CLÍNICO DE URGENCIAS DE TRAUMATOLOGÍA del Hospital Universitario Virgen del Rocío.

ISBN: 978-84-09-56881-9

Copyright © 2023 Hospital Universitario Virgen del Rocío

Reservado todos los derechos. Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación pública de esta obra, sólo puede ser realizada con autorización de su o sus autores.

801 – ALGIAS NO TRAUMÁTICAS DE MIEMBROS SUPERIORES

*Cárdenas Romero, Kelyn
León-Salas Bujalance, Lourdes
Varela Alcantarilla, Fernando*

PATOLOGÍA ATRAUMÁTICA DE CINTURA ESCAPULAR Y HOMBRO

El hombro es la articulación con mayor movilidad del cuerpo. Su biomecánica se ve afectada sobre todo con movimientos por encima de la cabeza. La exploración sistemática es fundamental para un diagnóstico correcto.

Por otro lado, los traumatismos por movimientos repetitivos y sobreuso son la causa más frecuente de las patologías de hombro.

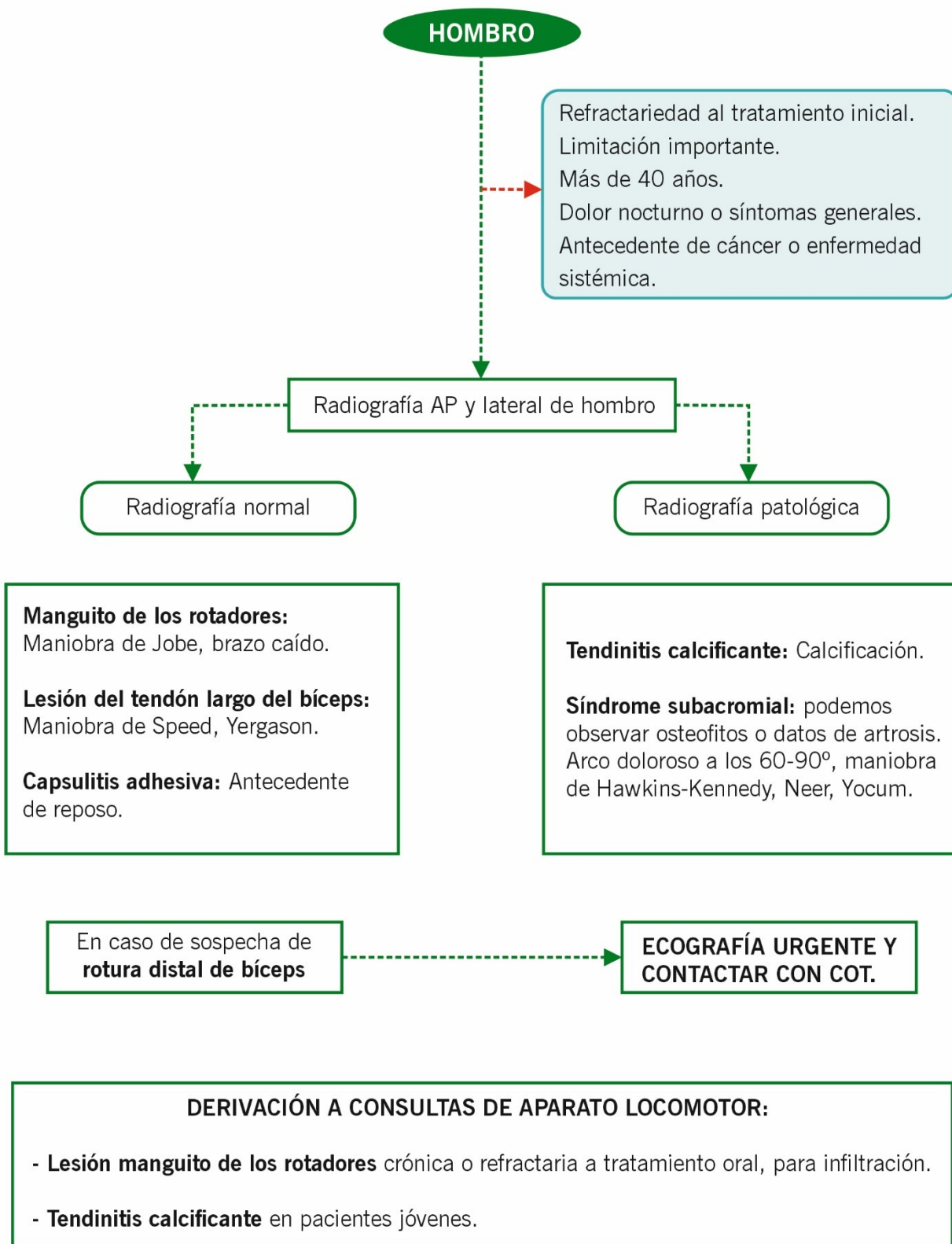
Estas patologías son más frecuentes entre los 40-50 años. En el caso de la capsulitis adhesiva, es más común en mujeres.

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
<p>Lesión manguito de los rotadores.</p> <p>(Más frecuente)</p>	<p>Movimientos repetidos de elevación anterior.</p> <p>Dolor con la flexión y rotación interna, disminución de la fuerza para la flexión.</p> <p>Abducción dolorosa o rigidez moderada.</p> <p>Maniobras de Jobe y del brazo caído.</p>	<p>Clínico.</p> <p>Radiografía AP y lateral de hombro si > 40 años o antecedente traumático.</p> <p>Si < 40 años, plantear ecografía por MAP (reglada).</p>	<p>Analgesia y ejercicios (web Sermeef).</p> <p>Crónicos o refractarios a tratamiento oral, derivación a Consultas de Aparato Locomotor (CAL) para infiltración.</p>
<p>Lesiones del tendón largo del bíceps.</p> <p>(Segunda más frecuente)</p>	<p>Tendinitis o rotura.</p> <p>Dolor en corredera bicipital irradiado a codo que mejora en reposo y empeora con movimientos.</p> <p>Maniobras de Speed, Yergason.</p> <p>Si dolor lancinante o chasquido audible al coger peso o movimiento brusco y aparición de hematoma/deformidad, sospechar rotura.</p> <p>Maniobra de Popeye.</p>	<p>Clínico.</p> <p>Radiografía AP y lateral de hombro.</p> <p>En caso de rotura distal del bíceps: ecografía urgente.</p>	<p>AINEs, reposo relativo.</p> <p>En caso de rotura distal de bíceps, contactar con COT.</p>
<p>Tendinitis calcificante</p>	<p>Dolor intenso a la movilización pasiva suave, impotencia funcional total.</p> <p>Relación con algunas enfermedades crónicas (p. ej diabetes).</p>	<p>Radiografía AP y lateral de hombro:</p> <p>Se observa depósito de calcio.</p> <p>Puede ser bilateral.</p>	<p>AINEs y analgésicos.</p> <p>Reposo, inmovilización intermitente con cabestrillo 5-6 días como máximo.</p> <p>En paciente jóvenes, derivación a CAL.</p>
<p>Capsulitis adhesiva/hombro congelado.</p>	<p>Dolor espontaneo y pérdida de movimiento activo y pasivo. En relación con desuso de la articulación. Tres fases: dolorosa, rigidez y deshielo.</p>	<p>Clínico.</p> <p>Radiografía AP y lateral de hombro.</p>	<p>Importante la movilización temprana (prevención).</p> <p>AINEs, ejercicios domiciliarios.</p>
<p>Síndrome subacromial</p>	<p>Dolor en cara anterior del hombro, superolateral del brazo.</p> <p>Arco doloroso a los 60-90°, maniobra de Hawkins-Kennedy, maniobra de Neer, maniobra de Yocum.</p>	<p>Clínico.</p> <p>Radiografía AP y lateral del hombro: se pueden observar datos de artrosis de la articulación o presencia de osteofitos.</p>	<p>Reposo relativo, evitar sobreesfuerzos, ejercicios domiciliarios. AINEs.</p>

**** De existir alguna bandera roja en la historia clínica (dolor nocturno, sintomatología general, antecedentes de cáncer, o enfermedad sistémica), radiografía siempre.**

ALGORITMO



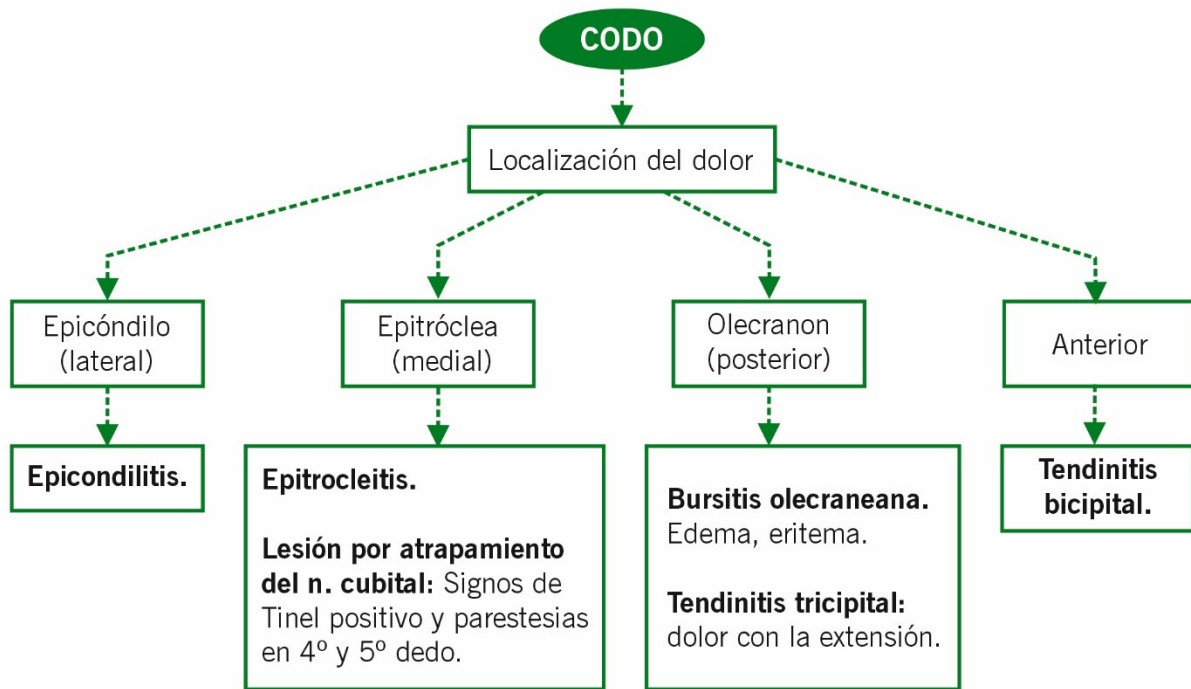
PATOLOGÍA ATRAUMÁTICA DE CODO

La mayor parte de la patología dolorosa del codo asienta sobre estructuras periarticulares y suele tener su origen en una sobreutilización de estas. Aquellas que conllevan microtraumatismos repetidos son las tendinosis.

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Epicondilitis lateral de codo o codo de tenista	Entre 30-55 años. Dolor a la palpación selectiva en epicóndilo que aumenta con los esfuerzos de prensión y extensión de la muñeca o sólo del tercer dedo contra resistencia en pronación.	Clínico.	AINEs y analgesia, evitar movimientos repetitivos. Si dolor refractario, ortesis de epicondilitis para actividades de vida diaria. Reposo relativo.
Epitrocleititis. Epicondilitis medial o codo de golfista	Dolor insidioso a la palpación de epitroclea, que se irradia a antebrazo. Test más específico: empeora con flexión de muñeca y pronación de antebrazo resistidas con el codo en flexión a 90°.	Clínico.	Igual que epicondilitis.
Tendinitis tricipital	Dolor en olecranon y aumenta con la extensión.	Radiografía de codo: se puede observar calcificaciones intratendinosas o pequeños osteofitos en el olécranon.	Reposo relativo. AINEs y analgésicos. Ejercicios domiciliarios.
Tendinitis bicipital	Dolor en zona anterior del codo a la palpación y a la flexión y supinación.	Clínico.	Reposo relativo. AINEs y analgésicos. Ejercicios domiciliarios.
Bursitis olecraneana	Séptica o aséptica. Edema y eritema a nivel del olecranon, con o sin dolor. Antecedentes de proceso infeccioso previo o microtraumatismo repetido en esa zona.	Clínico. En caso de sospechar bursitis séptica, habrá que realizar analítica con HG y PCR.	Si es aséptica: Reposo relativo, frío local. Compresión y elevación. AINEs. Si es séptica: drenaje y antibioterapia.
Lesiones por atrapamiento del nervio cubital	Parestesias en 4 y 5º dedo, dolor en codo. En casos graves, déficit motor. Signo de Tinel (percutiendo detrás de epitroclea). Prueba de flexión del codo.	Clínico.	Reposo relativo. AINEs, evitar movimientos y posiciones que desencadenen la clínica.

ALGORITMO



PATOLOGÍA ATRAUMÁTICA DE MANO Y MUÑECA

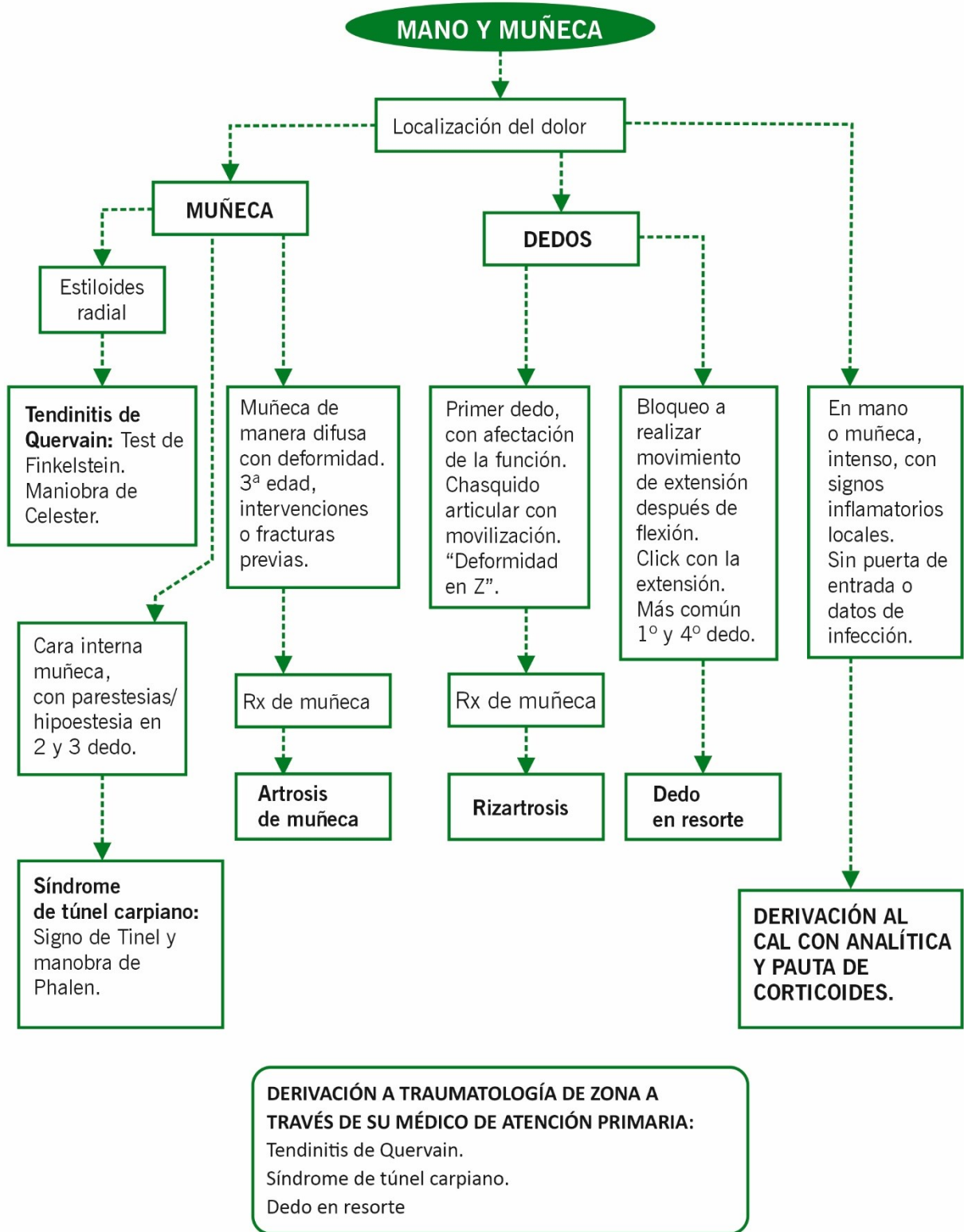
CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Síndrome del túnel carpiano	Comienzo insidioso. Adormecimiento de primer, segundo y tercer dedo. Disestesias o hiperestesias por frío, durante el sueño o movimientos repetidos de flexión de muñeca. Signo de Tinel +. Maniobra de Phalen + Maniobra de Werner +. Signo de Pryse-Phillips presente.	Clínico.	AINES y analgésicos. Casos moderados y graves: Ortesis pasiva de muñeca del túnel del carpo, de uso nocturno o periodos de inactividad. Derivación a su MAP para seguimiento por COT de zona.
Tendinitis de Quervain	Dolor a nivel de estiloides radial que aumenta con el esfuerzo y con la palpación de dicha zona. Dolor con los movimientos de inclinación cubital de la muñeca, abducción del pulgar o prensión. Test de Finkelstein +. Maniobra de Celester +.	Clínico. Se puede confirmar mediante ecografía reglada, por su MAP.	AINES y analgésicos. Reposo, evitando los movimientos repetitivos que lo desencadenaron. Casos refractarios o muy afectados por dolor: ortesis pasiva rígida para mantener el pulgar en oposición o abducción, prefabricada.
Dedo en resorte	Predomina en mujeres entre 40 - 50 años. Bloqueo al realizar el movimiento de extensión tras uno previo de flexión, en un dedo. Más comunes son el 1º y el 4º. Dolor con la palpación y la flexoextensión. En ocasiones se puede palpar un nódulo y un click con la extensión.	Clínico. Se confirma mediante RM o ecografía reglada por su MAP.	AINES y analgésicos. Suspender actividad repetitiva. Derivación a su MAP para seguimiento por COT de zona.
Monoartritis de muñeca y mano. (Ampliado en el capítulo de artritis).	Dolor intenso atraumático. Signos inflamatorios locales (edema, tumefacción, calor y enrojecimiento de la zona). Ausencia de puerta de entrada o signos de infección local.	Clínico.	Corticoides en pauta descendente: Deflazacort 30 mg cada 24 h durante 4-5 días. Luego retirar ¼ de comprimido cada 4-5 días hasta suspender. Pedir cita preferente en Admisión para CAL. Dar analítica completa con PCR, VSG y Ac. Úrico que se realizará en su CS.



Artrosis de la muñeca	Pacientes con antecedentes de fracturas, múltiples intervenciones, artritis de repetición y de la 3ª edad. Dolor atraumático. Deformidad de las articulaciones. Ausencia de signos inflamatorios locales.	Clínico. Rx de muñeca. Confirman diagnóstico, objetivan grado y localización de la artrosis.	AINES: Etoricoxib y Celecoxib. Analgésicos.
Rizartrosis	Está afectada la función del pulgar. Deformidad pronunciada (luxación de la base del primer metacarpiano y pulgar en Z) Se puede acompañar de un chasquido articular con la movilización pasiva.	Clínico. Rx de muñeca. Confirman diagnóstico, objetivan grado y localización de la artrosis.	AINES: Etoricoxib y Celecoxib. Analgésicos. Movilización alternante de ambas manos, ejecutar la pinza digital con menor intensidad.

ALGORITMO





BIBLIOGRAFÍA

1. RehaPocket. Guía básica de rehabilitación (2022). SERMEF . Madrid. ISBN 978-84-09-41030-9
2. Manual básico para residentes de medicina física y rehabilitación (2019). SERMEF. España. ISBN 978-84-17524-33-3
3. McRae. Traumatología. Tratamiento de las fracturas en urgencias (2017). Elsevier. España. ISBN 978-84-9113-117-5
4. Rehabilitación ortopédica clínica (2012). Elsevier. España. ISBN 978-84-8086-911-9.
5. Eglseder, W.A. (2017). Atlas of Upper Extremity Trauma: A Clinical Perspective. Alemania: Springer International Publishing. ISBN 978-3-3198-8328-1.

802 – PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DE MIEMBROS SUPERIORES

Hierro Cañas, Francisco Javier
Chinchilla Palomares, Eduardo
Anaya Rojas, Manuel

PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DE LA CINTURA ESCAPULAR Y EL HOMBRO

La patología traumática de la cintura escapular y el hombro abarca lesiones muy distintas desde el punto de vista epidemiológico.

Las fracturas de clavícula y las luxaciones acromioclaviculares se suelen producir en la segunda y tercera década de la vida y son más frecuentes en varones, mientras que las fracturas de húmero proximal son una patología de pacientes ancianos con osteoporosis, siendo la tercera más frecuente tras las fracturas de cadera y de radio, y más prevalente en mujeres.

La luxación glenohumeral representa el 50% de todas las luxaciones y presenta dos picos de incidencia: la segunda y la sexta década de la vida.

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Fractura clavícula	Dolor Deformidad Impotencia funcional	Rx AP clavículas	Consultar COT si tercio proximal/distal Vendaje en anillas Rx control Revisión COT 2 semanas
Luxación acromioclavicular	Dolor Deformidad Signo de la tecla	Rx AP clavículas comparadas Rx AP hombro en carga	Payr externo Derivar COT si desplazamiento 100%
Luxación glenohumeral	Dolor "Hombro en charretera" Descartar sint. neurovascular	Rx AP y transtorácica (TT) hombro	Reducción cerrada Payr interno Rx control Revisión COT 3 semanas
Fractura húmero proximal	Dolor Impotencia funcional Hematoma de Hennequin (>48h)	Rx AP y TT hombro	Payr interno Rx control Derivar a COT para valorar intervención quirúrgica (IQ)
Luxación esternoclavicular	Dolor a la palpación en art. EC Protrusión variable del extremo medial de la clavícula Rango movilidad doloroso	Rx AP tórax Valorar TC	Payr externo/interno según grado Derivar COT para valorar reducción

*Luxación posterior

*Congestión venosa MS, disnea, disfagia

Tabla 1. Patología traumática de la cintura escapular y el hombro



PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DEL CODO

Este apartado abarca las lesiones que afectan a las proximidades de la articulación del codo y las fracturas diafisarias de húmero.

Estas últimas son fracturas relativamente frecuentes (3-5%) y presentan una distribución bimodal con un pico en la tercera década en los hombres y en la séptima/octava en las mujeres.

Respecto a la patología traumática del codo, las fracturas de húmero distal y de olécranon suelen precisar intervención quirúrgica, a diferencia de las fracturas de cabeza de radio que la mayoría se tratan de manera ortopédica.

Las luxaciones de codo son las segundas más frecuentes tras las del hombro. La luxación posterior es el tipo más predominante (80-90%) y, aproximadamente, la mitad son luxaciones puras y la otra mitad se acompañan de alguna fractura.

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Fractura diafisaria de húmero	Dolor Deformidad Inestabilidad del foco Descartar sintomatología neurovascular	Rx AP y Lateral (L) húmero	Derivar COT para valorar IQ Férula braquial Rx control
Fractura húmero distal	Dolor Tumefacción codo Impotencia funcional de codo	Rx AP y L codo	Derivar COT para valorar IQ Férula braquial Rx control
Fractura de olécranon	Dolor Impotencia para la extensión de codo	Rx AP y L codo	Derivar COT para valorar IQ Férula braquial Rx control
Fractura de cabeza de radio	Dolor en la cabeza del radio Dolor a la pronosupinación Limitación flexoextensión de codo	Rx AP y L codo	Payr externo Revisión COT/ IQ
Luxación de codo	Dolor Deformidad Impotencia funcional Descartar sintomatología neurovascular	Rx AP y L codo	Reducción cerrada Férula braquial Rx control Revisión COT /IQ

Tabla 2. Patología traumática del codo



PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DEL ANTEBRAZO Y MUÑECA

Las fracturas de extremidad distal de radio son las más frecuentes del miembro superior y, por lo tanto, las más importantes de este apartado.

Representan aproximadamente una sexta parte de todas las fracturas que se atienden en un servicio de urgencias.

Es mucho más prevalente en mujeres a partir de los 40 años, aunque no hay que olvidar que es frecuente en pacientes jóvenes sin predominancia de sexo debido a accidentes de tráfico o laborales.

Los factores de riesgo incluyen la disminución de la densidad mineral ósea, la raza blanca, los antecedentes familiares y la menopausia precoz.

A destacar, dentro de las lesiones de los huesos del carpo, la fractura de escafoides por su incidencia y la luxación del semilunar.

Es importante conocer el concepto de fractura clínica de escafoides, en el que existe una clínica compatible con una fractura de escafoides pero en la radiografía no se aprecia ningún trazo de fractura, en este caso deberíamos tratarla como fractura e inmovilizarla y revisarla en 2 semanas.

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Fractura diafisaria cubito y radio	Dolor Deformidad evidente Impotencia funcional	Rx AP y L antebrazo	Derivar COT para valorar IQ Férula braquial Rx control
Fractura extremidad distal del radio	Dolor Deformidad (dorso de tenedor en Fx Colles)	Rx AP y L muñeca	Reducción cerrada Yeso antebraquial/braquial Rx control Revisión COT /IQ
Fractura escafoides carpiano	Dolor tabaquera anatómica Dolor tubérculo del escafoides Dolor compresión axial 1º dedo	Rx AP y L muñeca. Proyección de escafoides	*Fx clínica escafoides: clínica +, Rx – Férula de escafoides Revisión COT 2 semanas
Luxación del semilunar	Dolor Tumefacción difusa	Rx AP y L muñeca	Derivar COT para valorar IQ Reducción cerrada Yeso antebraquial

Tabla 3. Patología traumática del antebrazo y la muñeca



PATOLOGÍA TRAUMÁTICA DE LA MANO

Las fracturas de los metacarpianos y las falanges son frecuentes y constituyen el 10% de todas las fracturas, más del 50% se producen durante la actividad laboral.

Los dedos más externos son los más frecuentemente afectados, el eje del 5º dedo puede constituir el 37% aproximadamente del total de las fracturas de la mano.

Es más frecuente en hombres, con una proporción que oscila entre 1,8:1 y 5,4:1, con mayores proporciones en los grupos de edad asociados a una mayor incidencia (lesiones deportivas en los primeros años de la tercera década y lesiones laborales entre los 40 y 50 años).

CLÍNICA, DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

	SIGNOS Y SÍNTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMIENTO
Pulgar del esquiador (lesión ligamento colateral cubital)	Dolor en art. MTC-Faláng. Bostezo articular Incapacidad para coger objetos pinza 1º-2º	Rx AP y L 1º dedo mano	Derivar COT para valorar IQ Inmovilización 1º dedo
Fractura cabeza metacarpiano (MTC)	Dolor Tumefacción Valorar malrotación	Rx AP, L y Oblicua (O) mano	Reducción cerrada Férula antebraquial intrínsecos plus Revisión COT 2 semanas
Fractura diáfisis MTC	Dolor Tumefacción Valorar malrotación	Rx AP, L y O mano	Reducción cerrada Férula antebraquial intrínsecos plus Revisión COT 2 semanas
Fracturas de falanges	Dolor Tumefacción Valorar malrotación	Rx AP y L dedo afecto	Sindactilia +/- férula Rx control Revisión COT 2 semanas

Tabla 4. Patología traumática de la mano

CONTUSIONES EN MIEMBRO SUPERIOR

En caso de traumatismo sin hallazgos en la radiografía ni clínica compatible, se diagnosticará como contusión.

Puede cursar con dolor y moderada inflamación.

En este caso, el tratamiento será: vendaje compresivo intermitente durante 5 días, reposo relativo, frío local y uso de AINEs y analgesia.

En este caso, el seguimiento lo realizará su Médico de Atención Primaria.



BIBLIOGRAFÍA

1. Eglseder, W.A. (2017). Atlas of Upper Extremity Trauma: A Clinical Perspective. Alemania: Springer International Publishing. ISBN 978-3-3198-8328-1.
2. Court-Brown, C. M. (2015). Rockwood and Green's Fractures in Adults 8th edition. Edinburg: Wolters Kluwer. ISBN 978-1-4511-7531-8.
3. Kenneth A. Egol, K. J., & Zuckerman, J. D. (2015). Handbook of fractures, 5th edition. New York: Wolters Kluwer. ISBN 978-1-4511-9362-6.
4. McRae. (2006). Ortopedia y Fracturas. Madrid: MARBAN. ISBN 978 -8471013125.
5. Buckley. R.E (2017). AO Principles of Fracture Management: Vol.2 Specif fractures. Alemania: Thieme. Davos: MASSON. ISBN 978-3-1324-2310-7.