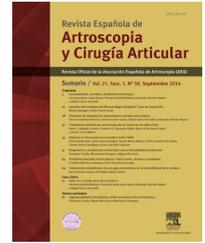




Revista Española de
Artroscopia y Cirugía Articular

www.elsevier.es/artroscopia



Artículo de revisión

Exploración y evaluación radiológica de la articulación acromioclavicular



Maria Valencia Mora*, Jorge Diaz Heredia, Raquel Ruiz Diaz y Miguel Ángel Ruiz-Ibán

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 21 de marzo de 2015

Aceptado el 2 de junio de 2015

On-line el 2 de julio de 2015

Palabras clave:

Exploración física
Resonancia magnética
Articulación acromioclavicular
Radiología simple
Dolor hombro

Keywords:

Physical examination
Magnetic resonance imaging
Acromioclavicular joint
Simple X-ray image
Shoulder pain

R E S U M E N

La situación anatómica de la articulación acromioclavicular nos permite realizar una evaluación mediante la observación y la palpación más sencilla que en la articulación glenohumeral. Sin embargo, el dolor proveniente de la misma puede irradiar a diferentes zonas del hombro, del brazo y del cuello y solaparse con otras afecciones. Por ello, es importante conocer las diferentes maniobras exploratorias, así como estar familiarizado con la interpretación de las pruebas de imagen.

En este artículo se revisan de forma sistemática los test más utilizados en la exploración de la articulación acromioclavicular, valorando sensibilidad, especificidad y valores predictivos, así como la forma correcta de realizarlos. Además, se analizan las peculiaridades radiológicas de dicha articulación y las utilidades de las diferentes proyecciones y técnicas en el diagnóstico de enfermedad acromioclavicular.

© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Physical examination and radiological imaging of the acromioclavicular joint

A B S T R A C T

The subcutaneous location of the acromioclavicular joint allows the clinician to evaluate deformities directly and palpate the joint. This is more complicated in the glenohumeral joint. However, pain arising from the joint can irradiate to different areas of the shoulder, arm and neck, and can be misleading. Thus, it is important to be familiar with the spectrum of physical examination tests, specific radiological projections and MRI findings in order to reach an accurate diagnosis.

The aim of this article is to systematically describe the most commonly used physical examination tests for acromioclavicular pathology, including sensitivity, specificity, and

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: maria.valencia.mora@gmail.com (M. Valencia Mora).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reaca.2015.06.003>

2386-3129/© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

predictive values for all of them. Secondly, to analyse the radiological particularities of this joint and to establish the usefulness of the specific projections and imaging techniques.

© 2015 Fundación Española de Artroscopia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

Los trastornos que afectan de forma más frecuente a la articulación acromioclavicular (AC) son la artrosis idiopática, la artritis postraumática, las lesiones traumáticas y la osteolisis de la clavícula distal¹. Es fundamental tener en cuenta la edad del paciente y sus antecedentes deportivos y profesionales para interpretar los hallazgos físicos y radiológicos. En un contexto agudo, la exploración física puede ser difícil de realizar debido al dolor, y por ello, la radiología puede ayudar en el diagnóstico^{2,3}. En el contexto subagudo y crónico, la exploración física es importante para poder interpretar los hallazgos radiológicos y valorar las opciones terapéuticas.

Exploración física de la articulación acromioclavicular

Debido a su situación anatómica prácticamente subcutánea, la exploración física permite palpar la articulación, y las deformidades pueden ser evidentes. Sin embargo, la sensibilidad y especificidad de los diferentes test diagnósticos son variables y dependientes del observador, lo que dificulta en ocasiones identificar el origen del dolor³. Además, muchos procesos pueden presentar signos y síntomas similares a los del dolor AC y coexistir en numerosas ocasiones².

Deformidad

La exploración física debe comenzar comparando ambos hombros. La asimetría articular no tiene por qué representar siempre la presencia de enfermedad, ya que el rango normal de prominencia de la articulación es variable. La causa más frecuente de aumento de tamaño es la artrosis AC¹. Otras causas serían traumáticas, infecciones, quistes sinoviales, tumores o metástasis². Las infecciones son más frecuentes en pacientes inmunodeprimidos en los que la diseminación suele ser por vía hematogena⁴. En pacientes inmunocompetentes suele relacionarse con cirugías previas⁵. Se caracterizan por rápido aumento de volumen, eritema, dolor y elevación de la temperatura local. Los quistes sinoviales suelen ser indolores, de crecimiento lento y de tamaño variable^{6,7}. Suelen estar asociados a roturas masivas de manguito rotador (*signo del géiser*), artritis reumatoide o artrosis AC⁸.

En cuanto a las deformidades de origen traumático, la exploración en el momento de la lesión puede ser difícil, ya que el dolor impide la realización de maniobras específicas². El diagnóstico diferencial se establece fundamentalmente entre las fracturas del tercio distal de la clavícula y las luxaciones. En todas ellas encontraremos dolor, tumefacción y hematoma en función del tiempo de evolución. En las lesiones ligamentosas traumáticas tipo I encontraremos dolor en la región del

ligamento AC, pero no deformidad, que puede comenzar a detectarse en las tipo II. En las luxaciones tipo III la deformidad es evidente y se define como «hombro en charretera»⁹. Si el paciente presenta gran musculatura o la tumefacción es muy importante puede ser difícil valorar clínicamente el desplazamiento y diferenciarla de la tipo V^{2,10}. Las luxaciones tipo IV pueden presentar menor deformidad, ya que el desplazamiento es en dirección posterior. Para diferenciar una luxación tipo III de una tipo V hay que valorar si esta es reductible o no¹¹. Para ello, se estabiliza la escápula con una mano y se realiza un movimiento en dirección proximal desde el codo ipsilateral, pudiendo reducirse tan solo en las tipo III. Una vez estabilizado, puede evaluarse la estabilidad horizontal movilizándolo la clavícula en dirección anteroposterior². Las luxaciones tipo VI son muy raras y requieren una exploración minuciosa de las estructuras neurovasculares, así como de las lesiones asociadas, ya que el desplazamiento subcoracoideo suele estar relacionado con traumatismos de alta energía. En todos los casos se deben explorar tanto la articulación esternoclavicular como la glenohumeral y el plexo braquial del lado afecto. En las tipo V debe evaluarse también el riesgo de sufrimiento cutáneo⁹.

Dolor

La distribución del dolor proveniente de la articulación AC es típica y fue descrita por Gerber et al. mediante la infiltración selectiva de la misma con suero salino¹². Demostraron que el 100% de los pacientes presentaban dolor local, el 80% en la fosa supraespinosa, en el trapecio y en la región lateral de la clavícula, y el 60% en la región deltoidea anterolateral. Sin embargo, un porcentaje relevante de pacientes presentaban dolor en la parte medial del brazo (27%), el antebrazo (7%), el primer dedo (27%), el esternocleidomastoideo (20%) y el acromion posterolateral (13%).

El dolor selectivo a la palpación de la articulación ha demostrado una sensibilidad del 96%, con una especificidad del 10%, y suele utilizarse para el diagnóstico³. Sin embargo, Walton et al.³ determinaron que este dolor puede confundirse con aquel proveniente del tendón de la porción larga del bíceps, de la coracoides o del manguito anterosuperior. Por ello, en el caso de afección AC aislada, si indicamos al paciente que señale de forma concreta el lugar de máximo dolor, señalará la zona de la articulación; pero en el caso de que coexistan otras dolencias, el paciente no será capaz de localizar el dolor.

Maniobras exploratorias

Se han descrito numerosas maniobras exploratorias para valorar la articulación AC. Estas son más útiles en un contexto subagudo o crónico que en trastornos agudos.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4306010>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4306010>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)