

(Trabajo de la Clínica Quirúrgica del Prof. H. García Lagos)

ESGUINCE DEL HOMBRO POR LESIÓN DE LOS LIGAMENTOS CÓRACO - CLAVICULARES

Eduardo C. PALMA

El esguince del hombro es una afección relativamente frecuente en nuestro ambiente. Durante los años 1935 - 1936 - 1937, en que me hallaba a cargo conjuntamente con el Dr. Orlando Colombo, de la Policlínica Quirúrgica San Luis, Servicio del Profesor García Lagos, tuve ocasión de asistir varios casos de esguince del hombro.

Las causas de esguince del hombro son muy diversas, pero entre esa serie de enfermos, 3 casos me llamaron particularmente la atención por su aspecto clínico particularísimo, con síntomas semejantes entre sí y que los diferenciaban de los demás esguinces del hombro; a un examen superficial, simulaban la existencia de una fractura, sin desplazamiento, del tercio externo de la clavícula.

He aquí el resumen del cuadro clínico que presentaban nuestros pacientes:

Dos de los enfermos habían sufrido traumatismos importantes del hombro, mientras que el tercero sólo había efectuado un movimiento brusco irregular de su miembro superior, cargado con un objeto pesado, a raíz de un traspies que le había obligado a realizar un esfuerzo para evitar la caída. Los 3 pacientes habían experimentado dolor intenso inmediato en el hombro, seguido de impotencia funcional acentuada, que les impidió trabajar y mismo efectuar pequeños movimientos con el hombro. Examinados al día siguiente, se quejaban de dolor en la parte anterior del hombro, especialmente en la zona que corresponde

al tercio externo de la clavícula. Sus movimientos activos se hallaban limitados por el dolor, al nivel del hombro. La limitación de movimientos era muy acentuada para la proyección hacia atrás del brazo y la abducción, y menor para la proyección anterior; los movimientos de circunducción eran imposibles. Los movimientos pasivos estaban por el contrario perfectamente conservados, siempre que se hicieran con toda suavidad, pues de lo contrario se originaba dolor en la parte anterior del hombro. A la palpación se comprobaba dolor intenso en las vecindades del tercio externo de la clavícula.

Con este cuadro se planteaba en primer lugar, la posibilidad de la existencia de una fractura de la clavícula al nivel de su tercio externo, con poco o ningún desplazamiento. Las radiografías sin embargo fueron en los 3 casos completamente negativas, no existiendo la menor solución de continuidad de los huesos de la región, ni modificación en las relaciones articulares recíprocas de la clavícula, omóplato y húmero.

Frente a esta discordancia entre los grandes trastornos funcionales y la falta de existencia de lesiones óseas, el examen clínico repetido nos permitió comprobar en estos pacientes, algunos detalles sintomáticos comunes en los 3 casos. Así el dolor a la presión, tenía su máximo, no en la clavícula, sino por delante de la concavidad anterior del tercio externo del borde anterior de la clavícula, un poco por fuera de la foseta infraclavicular, es decir en la zona que corresponde a la apófisis coracoides. El borde anterior y la cara superior de la clavícula eran indoloros a la presión; por el contrario al nivel del borde posterior de la clavícula, en su tercio externo, en la zona que corresponde al tubérculo del coracoides, deprimiendo el músculo trapecio, se originaba un dolor neto a la presión, aunque menos intenso que en la zona correspondiente a la apófisis coracoides. Además, si efectuábamos la compresión antero-posterior del cingulo torácico, colocando el dedo pulgar de cada mano, respectivamente en la espina del omóplato y en la parte media de la clavícula, se originaba un dolor neto, que el paciente localizaba con su máximo al nivel de la zona que corresponde a la apófisis coracoides, mediante la indicación respectiva con el miembro opuesto. Finalmente, si efectuábamos la elongación un tanto brusca del brazo, mediante el descenso del codo, se originaba también dolor en el hombro, aunque menos

intenso y que el paciente localizaba en la misma zona correspondiente a la coracoide. La articulación acromio-clavicular no presentaba síntomas de luxación.

La evolución de estos pacientes fué buena, si bien el dolor y la impotencia funcional persistieron bastante tiempo.

Frente a estas comprobaciones semiológicas, pensamos en la posibilidad de la existencia de una lesión traumática de los ligamentos córaco-claviculares. En efecto, las maniobras de compresión antero-posterior del ángulo torácico y la elongación del brazo, eran movimientos pasivos que ponían en tensión a los ligamentos córaco-claviculares. Por otra parte, las zonas de mayor dolor a la presión correspondían a la apófisis coracoides, sitio de inserción inferior de los ligamentos, al borde posterior de la clavícula en su tercio externo, hasta cuyas vecindades llegan las inserciones del ligamento conoide o córaco clavicular interno.

No obstante estas observaciones y estas consideraciones que parecían lógicas, no podíamos afirmar con alguna certeza, que realmente esos cuadros clínicos de esguince de hombro, eran producidos por lesiones de los ligamentos córaco-claviculares.

Mi alejamiento de la Policlínica San Luis no me permitió observar nuevos casos similares de esguince de hombro, hasta que a mediados del año 1939 pude observar el caso más típico y demostrativo:

F. B., uruguayo, 28 años, soltero, ingresa al Hospital Maciel, Servicio del Prof. Dr. Domingo Prat, el 10 de junio de 1939, a raíz de un traumatismo del hombro derecho.

El día 10 de junio a las 10 horas, recibe una contusión de su hombro izquierdo, a consecuencia de un accidente en vía pública (choque de un automóvil y una jardinera de reparto), en la que la cabeza del caballo (o la vara del vehículo) le golpeó en esa zona. Sintió un dolor intenso y desde ese momento tuvo impotencia funcional completa de su miembro superior, al nivel de las articulaciones del hombro.

Examinado por el Dr. A. Pernin, éste comprueba alteraciones funcionales tan importantes que se decide a solicitar una radiografía de la región.

Visto a las 15 horas por el Dr. E. Palma, se comprueba: Impotencia completa de los movimientos del brazo izq., el cual yace laxamente sobre la cama (estando el enfermo en decúbito), y no pudiendo el paciente movilizarlo espontáneamente, ni siquiera con la ayuda del otro miembro, a causa del intenso dolor que experimenta. Los movimientos del codo izq. son posibles, pero se ejecutan con dificultad por el dolor que cualquier desplazamiento del miembro produce en su hombro izq. Los movimientos de la mano

y dedos izqs. son normales. No hay tumefacción, ni infiltración, ni deformación aparente del hombro izq. El enfermo señala (con los dedos de su mano der.) el máximo del dolor en una zona constituida por el 1/3 externo de la clavícula, la art. acromio-clavicular, la parte ext. de la fosa supra-espinosa y especialmente la foseta infra-clavicular. A la palpación no se comprueba movilidad anormal de ninguno de los elementos óseos de la región; no hay crepitación, ni dolor exquisito en una línea ósea determinada.

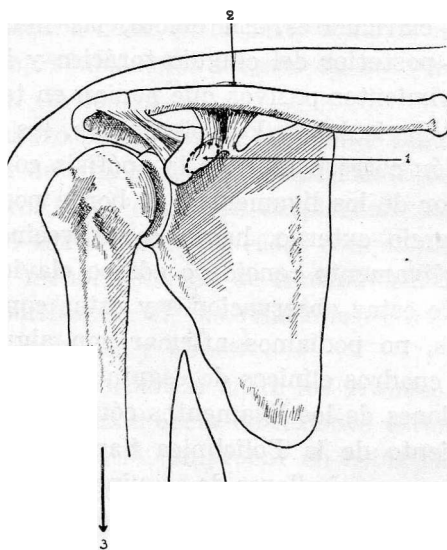


Fig. 1

FIG. 1. — 1) Dolor intenso a la presión en la zona coracoidea. 2) Dolor neto a la presión junto al borde posterior del tercio externo de la clavícula. 3) La tracción vertical del miembro produce dolor máximo en el área coracoidea.

Se produce dolor intenso a la presión de la foseta infra-clavicular, lo mismo que en las proximidades del borde anterior de la clavícula en su 1/3 externo; igualmente hay dolor muy intenso en las proximidades del borde posterior de la clavícula, en su 1/3 externo, deprimiendo el trapecio (que es muy poderoso), en la parte externa de la región supra-espinosa. El máximo del dolor provocado se encuentra en la parte antero-superior de la región deltoidea, en el límite del hueco infra-clavicular, en la zona que correspondería a la apófisis coracoidea y su zona supra-yacente. La compresión cuidadosa, con el dedo o con un lápiz de la cara superior de la clavícula, en su parte mediana, lejos de los bordes anterior o posterior, y en el 1/3 externo del hueso, es poco dolorosa, contrastando con el dolor acentuado que se produce en los bordes. La compresión del acromión es poco dolorosa;

la compresión de la articulación acromio-clavicular es dolorosa. Igualmente si en vez de hacer presión suave en la cara superior de la clavícula en su extremidad externa, se la deprime con alguna intensidad, se produce dolor, bastante intenso. La compresión de la región deltoidea es muy poco o nada dolorosa. La movilización pasiva del codo es normal. La movilización pasiva del hombro es posible, pero produce dolor intenso en toda el área que ya el enfermo señalaba como muy sensible. La abducción es aún más

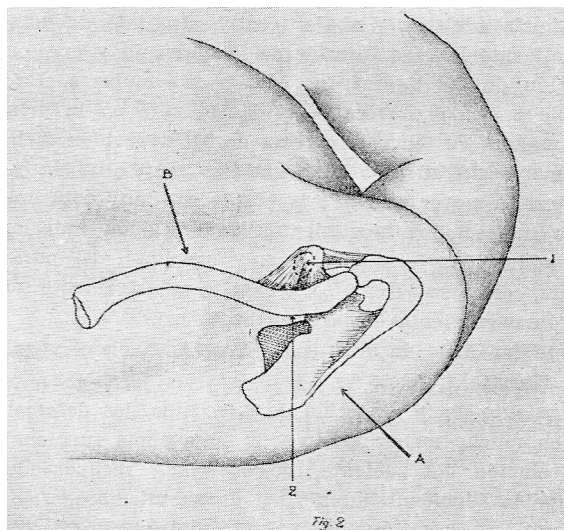


FIG. 2. — 1) Dolor intenso a la presión en la zona coracoidea. 2) Dolor neto a la presión junto al borde posterior del tercio externo de la clavícula. A) B) La compresión antero-posterior del ángulo torácico produce dolor neto en el área coracoidea.

dolorosa que la extensión anterior o posterior. La compresión trans-deltoidea de la extremidad superior del húmero no es dolorosa. La compresión antero-posterior, con apoyo en la espina del omóplato en la $1/2$ de la clavícula, origina dolor intenso en el área coracoidea (zona de los ligamentos córaco-claviculares). El descenso del brazo, por tracción hacia abajo del codo flexionado en ángulo recto, origina dolor poco intenso en el área coracoidea.

Examen del resto del organismo sin particularidades.

Antecedentes personales y familiares, sin importancia. (Niega todo pasado patológico anterior, incluso blenorragia o sífilis).

A las 16 hs. se toman 2 radiografías frontales en dos posiciones diversas, no comprobándose ninguna fractura, ni lesión ósea, ni en clavícula,

húmero, ni omóplato, ni modificaciones de las relaciones de las superficies articulares.

Vuelto a ver a las 18 hs., el cuadro persiste con los mismos caracteres generales, aunque los dolores son algo menos intensos. Sin embargo la impotencia del brazo izq. sigue siendo total. Se efectúa entonces, la infiltración con novocaína de toda el área que se considera corresponde a los ligamentos córaco-claviculares, por medio de dos inyecciones efectuadas, una en la zona intermediaria a la apófisis coracoides y el 1/3 externo de la clavícula, y la otra junto al borde posterior de la clavícula, pero con la aguja muy oblicua hacia adelante y abajo (casi horizontal) de manera de cruzar casi tangencialmente la cara inferior de la clavícula y anestesiando la zona de implantación de los ligamentos córaco-claviculares. En esta zona se inyectaron sólo 8 c.c. de novocaína al $\frac{1}{2}$ %, pero en la primera se inyectaron 20, de manera de tener la certeza de infiltrar bien dichos ligamentos. El enfermo manifestó al poco rato hallarse muy aliviado y ante nuestro asombro comenzó a mover su brazo izquierdo con muy poco dolor, efectuando bajo nuestras indicaciones movimientos de extensión anterior y posterior, abducción y adducción, (si bien no muy amplios). El paciente pudo sin ayuda de nadie, colocarse su camiseta, cuando anteriormente no había podido efectuar ningún movimiento útil con su brazo izq.

El paciente fué dado de alta, por el Dr. A. Karlen, luego de una breve estadía en el Hospital.

Al día siguiente de la inyección de novocaína, los dolores habían reaparecido, pero en mucho menor grado y la impotencia funcional era muy pequeña. La evolución del paciente fué excelente, recuperando rápidamente en poco tiempo la funcionalidad normal de su miembro.

Consideraciones. — La mayoría de los autores que se han ocupado de las diversas lesiones traumáticas del hombro, no citan siquiera, la existencia del síndrome mórbido producido por la lesión de los ligamentos córaco-claviculares. Dan importancia en cambio a las lesiones de la articulación acromio-clavicular, en la que describen desde el simple esguince, hasta la luxación articular.

Sin embargo desde el punto de vista anatómico, los ligamentos córaco-claviculares son de mucho mayor importancia que los acromio-claviculares en la solidarización y articulación de los movimientos respectivos del omóplato y de la clavícula. Cunningham (1) en su tratado de anatomía dice textualmente: "la fijación mayor del omóplato en la clavícula se efectúa a tra-

(1) Cunningham's. — Text Book of Anatomy, 5 th. ed. Pág. 319 and 322. New York, 1918, Wm. Wood.

vés de los ligamentos córacó - claviculares; los ligamentos acromio - claviculares son solamente una estructura desarrollada más tarde, siendo en realidad más estabilizadores accesorios de la articulación del hombro, que estabilizadores primarios". Liberson (F.) ⁽²⁾, considera también a los ligamentos córacó - claviculares anatómica, funcional y embriológicamente como mucho más importantes que los ligamentos acromio - claviculares. Compara a los ligamentos córacó - claviculares con los ligamentos cruzados de la rodilla, por su potencia y por su importancia funcional.

La anatomía comparada también muestra que los ligamentos córacó - claviculares son en la serie animal más importantes que los acromio - claviculares.

Quizás el hecho de que no exista en el hombre una verdadera articulación córacó - clavicular (sólo existe una bolsa sinovial a ese nivel) ha hecho quizás que pasara, en el concepto de la mayoría de los autores, a segundo plano frente a la articulación acromio - clavicular.

La existencia del esguince del hombro producido por lesión de los ligamentos córacó - claviculares ha sido señalada por Liberson (F.) ⁽²⁾ quien habiendo estudiado cuidadosamente en el "United States Public Health Service Out - Patient Clinic", de la ciudad de Nueva York, 1800 pacientes que se quejaban de dolores en el hombro, comprobó 36 casos de lesiones de los ligamentos córacó - claviculares. Liberson (F.) basa el diagnóstico clínico de la lesión de estos ligamentos, en la existencia de dolor intenso a la presión en 2 zonas: el extremo de la apófisis coracoides y la mitad del borde superior del omóplato. Además existiría limitación de los movimientos activos, por dolor, con conservación de la movilidad pasiva. En la radiografía simple, no se observa en la mayoría de los casos absolutamente nada. Liberson (F.) realiza entonces la radiografía del paciente en posición de pie o sentado, mientras sostiene un peso de 35 libras en cada mano, y compara la separación existente entre la apófisis coracoide y la clavícula entre uno y otro lado del paciente, y en la radiografía simple con respecto a la radiografía efectuada con sostén de pesas por el

(2) Liberson (F.). — The role of the coracoclavicular ligaments in affections of the shoulder girdle. The American Journal of Surgery. XLIV. N° 1, Pág. 145 - 157. Año 1939.

paciente. Liberson (F.) establece radiográficamente 2 grupos de lesiones de los ligamentos córacoclaviculares: 1º) cuando no hay dislocación de la articulación acromioclavicular y 2º) cuando existe luxación de dicha articulación. En los casos de lesión de los ligamentos córacoclaviculares sin luxación acromioclavicular, y 2º) cuando existe luxación de dicha articulación. En los casos de lesión de los ligamentos córacoclaviculares sin luxación acromioclavicular, habría 2 variedades: 1º) los casos de simple elongación de los ligamentos, sin desgarró, que dan el síndrome clínico del esguince, pero que radiográficamente no permite comprobar el aumento de la separación córacoclavicular con el procedimiento de sostén de pesas. 2º) Los casos en que existe desgarró del ligamento conoide, del ligamento trapezoide, o de ambos a la vez y en los que la radiografía con sostén de pesas, permite comprobar el aumento de la distancia córacoclavicular. Para Liberson (F.) estas dos variedades constituirían el 1º y el 2º grado respectivamente del síndrome de lesión de los ligamentos córacoclaviculares.

Indudablemente que nuestras observaciones no son suficientemente demostrativas para afirmar con certeza la existencia de lesiones de los ligamentos córacoclaviculares, pero ellas permiten por lo menos establecer una seria presunción a favor de la existencia de estas lesiones. La demostración absoluta sólo podría ser dada por una autopsia, cosa muy difícil de obtener en estos casos. Nuevas observaciones, realizadas especialmente con radiografías simples y con sostén de pesos, y con la prueba de la novocainización de los ligamentos córacoclaviculares serán necesarias para establecer sólidamente este cuadro mórbido y su síndrome clínico correspondiente. Entre tanto hemos establecido, provisionalmente el síndrome clínico que a nuestro juicio correspondería a la lesión de los ligamentos córacoclaviculares y que estaría constituido por los siguientes síntomas: 1º) dolor a la presión de la apófisis coracoides (como lo señala Liberson). 2º) Dolor a la presión en la fosa supraespinosa, junto al borde posterior de la clavícula en su tercio externo (y no en el borde superior del omóplato como lo señala Liberson). 3º) Dolor en el área coracoidea (fig. 2) a la compresión antero-posterior del cingulo torácico, mediante presión efectuada atrás, sobre la espina del omóplato, y adelante sobre la parte media de la clavícula. 4º) Dolor en el área

coracoidea, producido por la elongación vertical del miembro, por tracción hacia abajo al nivel del codo. 5º) Desaparición del dolor y de gran parte de la insuficiencia funcional del hombro, mediante la anestesia con novocaína, de acuerdo con la técnica de Leriche (R.) efectuada al nivel de los ligamentos córacoclaviculares.

Quizás pueda algún día plantearse, el diagnóstico diferencial en los casos de lesiones aisladas del ligamento conoide o del ligamento trapezoide, movilizándolo el omóplato en forma tal que se ponga tenso uno u otro de esos ligamentos aisladamente. Así sabemos que en los desplazamientos del omóplato con respecto a un eje vertical, y cuando el borde espinal se desplaza hacia adelante, es el ligamento conoide que se pone tenso y el trapezoide el que se relaja, y a la inversa en el movimiento opuesto. Cuando el desplazamiento es en un plano frontal y el eje es anteroposterior, el ligamento trapezoide se pone tenso al elevarse el ángulo súpero interno del omóplato, relajándose el conoide, y a la inversa en el movimiento opuesto. En los desplazamientos pendulares anteroposteriores del omóplato, con respecto a un eje horizontal transversal, se pone tenso el ligamento trapezoide cuando el ángulo del omóplato se aproxima a la columna relajándose el conoide y a la inversa el movimiento opuesto (Liberson (F.) (2)).

Tratamiento. — El tratamiento de estas lesiones dependerá indudablemente de la intensidad del proceso. La inmovilización del hombro en el brazo elevado, mediante un vendaje, es la posición que alivia más el dolor del paciente, pues evita la tensión de los ligamentos y aproxima la coracoides a la clavícula.

La aplicación del método de Leriche (R.), anestesiando con novocaína los ligamentos córacoclaviculares puede dar quizás también excelentes resultados como lo muestra nuestra observación anteriormente relatada. Quizás como afirma Leriche (R.) existan esguinces, por elongación de ligamentos sin desgarro, pero con lesión de los numerosos filletes simpáticos que corren en su seno. En estos casos la anestesia con novocaína suprimiría los trastornos vasos motores, los trastornos reflejos y los dolores de origen nervioso ligamentario.

En los casos de desgarros importantes de los ligamentos, con aumento acentuado de la distancia córacoclavicular en la posi-

ción de sostén de pesas, y con dolores persistentes en la región del hombro, puede estar quizás indicada la intervención quirúrgica tendiente a la reconstitución de los ligamentos, mediante injertos de fascialata o a la sutura quirúrgica con alambre (Liber-son (F.)).

Algunos autores llegan hasta afirmar que la importancia de los ligamentos córacó - claviculares es tal, que aun en las luxaciones acromio - clavicular, lo fundamental de la reducción quirúrgica lo constituye la síntesis operatoria córacó - clavicular, mucho más que la reparación efectuada al nivel de la articulación acromio - clavicular. (Liberson (F.)).
