



I CASO CLÍNICO

Articulación coracoclavicular. Caso clínico y revisión

Coracoclavicular joint. Case report and review

Ramberde J

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal del Ripollès. Campdevàdol, Girona.

Resumen

Objetivo: Presentar un caso de articulación coracoclavicular. Se hace una revisión bibliográfica sobre el tema.
Caso clínico: Varón de 56 años que presenta una luxación escapulo humeral izquierda que presentaba además una articulación coracoclavicular izquierda.

Discusión: Es un anomalía presente en el 0,6–30% de los casos y se discute si es congénita o adquirida o si determinadas características morfométricas de la clavícula y de la escápula pueden predisponer a su desarrollo. Generalmente es asintomática y se descubre casualmente con la imagen. Los casos sintomáticos se tratan con infiltraciones y raramente será necesaria su extirpación.

Conclusión: La articulación coracoclavicular no es una anomalía infrecuente.

Palabras clave:

Hombro, articulación coracoclavicular, caso clínico, revisión.

Abstract

Objective: A literature review is made in reference to the presentation of a case of coracoclavicular joint.

Clinical case: A 56-year-old male presented with left scapulo humeral luxation. The X-ray study moreover revealed the presence of a left coracoclavicular joint.

Discussion: The described anomaly is present in 0.6-30% of all cases, depending on the literature source. Discussion focuses on whether the joint is congenital or acquired, and on whether certain morphometric characteristics of the clavicle and scapula predispose to its development. The condition is generally asymptomatic, and constitutes a casual radiological finding, though symptoms can also develop. Symptomatic cases are treated with infiltrations, and resection is rarely necessary.

Conclusion: A coracoclavicular joint is not a rare anomaly.

Key words:

Shoulder, coracoclavicular joint, clinical case, review.

I Introducción

La articulación coracoclavicular (ACC) es una articulación sinovial diartrosis ocasionalmente presente entre el tubérculo conoide de la clavícula y la superficie superior de la parte horizontal del proceso coracoide del omóplato. Una faceta articular en el tubérculo conoide de la clavícula conformada con otra en el proceso coracoide del omóplato adyacente indicaría la existencia de una ACC [1]. El objetivo de este trabajo es hacer una revisión bibliográfica sobre esta anomalía a propósito de un caso.

Correspondencia

J. Ramerde Macía
Carrer del riu, 18, 17530 Campdevàdol (Girona)
jramerde@terra.es

I Caso clínico

Un varón de 56 años, monitor de un gimnasio y sin antecedentes patológicos de interés, acudió al Servicio de Urgencias de nuestro hospital por presentar una luxación escapulo-humeral izquierda mientras hacía gimnasia. Se procedió a la reducción y a la colocación de un inmovilizador de hombro. La evolución posterior fue satisfactoria sin nuevos episodios de luxación, si bien persistió una sensación de inestabilidad subjetiva con la actividad gimnástica, que disminuyó progresivamente, hasta los 5 meses.

En las radiografías practicadas en el Servicio de Urgencias se observó además una articulación coracoclavicular izquierda. Se realizó una radiografía del hombro contralateral en una de las visitas de control que no mostró la pre-



Fig. 1. Articulación coracoclavicular.



Fig. 2. Tubérculo coracoide en la clavícula contralateral.

sencia de esta anomalía, aunque sí se halló un tubérculo coracoide prominente en la clavícula (Figura 1) (Figura 2).

Discusión

La incidencia de la ACC en el hombre es del 0,7% al 30% en estudios osteológicos o de disección y del 0,6% al 21% en estudios radiográficos. Es más común en asiáticos (9,9% en Japón, 9,7% en el Noroeste de la India y 9,8% en Corea) que en europeos y africanos. En Detroit se encontró una incidencia del 1,2% [1], en el aborigen australiano del 0,70%, en holandeses del 1,2% [2] y en italianos del 0,78% [3]. Sin embargo, en Sudáfrica, la frecuencia encontrada fue del 9,6% (10% en blancos y 9,4% en negros), similar a la encontrada en las poblaciones japonesa y del Noroeste de la

India [4]. Su incidencia es mayor en hombres [1,2]. De Haas et al [2] vieron un ligero predominio izquierdo.

Se ha discutido sobre su etiología congénita o adquirida. Mientras unos autores piensan que su presencia está determinada genéticamente o que es una malformación congénita, a veces, asociada a anomalías de la parte lateral de la clavícula; otros sugieren que se relaciona con secuelas traumáticas o con el trabajo manual pesado. De Haas et al [2] hallaron que su incidencia era tan alta en niños como en adultos y que, a veces, era hereditaria y se transmitía como un rasgo autosómico dominante de expresividad variable. En cambio, Gumina et al [3] determinaron que aumenta con la edad y por lo tanto se puede relacionar con el envejecimiento y ser consecuencia de cambios degenerativos.

También se ha discutido sus características morfométricas de la clavícula y de la escápula pueden condicionar su desarrollo [3][4]. Así mismo, no se ha determinado su implicación clínica; para Nutter [1] la ACC es una cuestión académica mientras que otros trabajos posteriores la consideran responsable del dolor de hombro [2,5], fractura de cabeza humeral, síndrome cervicobraquial, disminución del movimiento [5] y síndrome de desfiladero torácico [6]. La ACC, en general, no provoca síntomas, y se descubre solamente por casualidad. A veces, puede dar lugar a dolor mecánico en el hombro irradiado hacia el brazo. La distribución del dolor es vaga, pero generalmente es posible encontrar sensibilidad local en la ACC. El dolor se puede acompañar de crepitación y parestesias [1,2,5,6]. Para determinar si el dolor se debe a la ACC es necesaria la inyección intraarticular de un anestésico local, ello produce la remisión inmediata del dolor [2].

La radiografía simple de hombro muestra la ACC. Una resonancia puede demostrar que la ACC es una articulación sinovial verdadera con cartilago y líquido sinovial.

El diagnóstico diferencial se debe establecer con aquellas anomalías adquiridas que se asocian con conexiones anormales entre clavícula y apófisis coracoides como son la calcificación y osificación en ligamentos coracoclaviculares intactos o rotos por un trauma [7], la bursitis supracoracoidea calcificada o el hematoma calcificado.

La ACC puede verse implicada en la artrosis [2] y en la artritis reumatoide. Gumina et al [3] no encontraron artrosis en sus ACC, pero no descartaron la posibilidad que la artrosis se desarrollará con el tiempo. Además, señalaron que en las clavículas con ACC la prevalencia de artrosis en las articulaciones vecinas eran más altas.

El tratamiento de la ACC sintomática es con infiltraciones corticoanestésicas y, a veces, puede ser necesaria la extirpación de la articulación. ■

**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Nutter PD. Coracoclavicular articulations. *J Bone Joint Surg (Am)* 1941; 23-A: 177-9.
2. De Haas WHD, Kingma MJ, Drucker F. The Coracoclavicular joint and related pathological conditions. *Ann Rheum Dis* 1965; 24:257-66.
3. Gumina S, Salvatore M, De Santis P, Orsina L, Postacchi F. Coracoclavicular joint: osteologic study of 1020 human clavicles. *J Anat* 2002; 201: 513-9.
4. Nalla S, Asvat R. Incidence of the coracoclavicular joint in South African populations. *J Anat* 1995; 186: 645-9.
5. Wertheimer LG. Coracoclavicular joint: Surgical treatment of a painful syndrome caused by an anomalous joint. *J Bone Joint Surg (Am)* 1948; 30-A: 570-8.
6. Hama H, Matsusue Y, Ito H, Yamamuro T. Thoracic outlet syndrome associated with an anomalous coracoclavicular joint. A case report. *J Bone Joint Surg (Am)* 1993; 75-A: 1368-9.
7. Pritchett JW. Ossification of the coracoclavicular ligaments in ankylosing spondylitis. A case report. *J Bone Joint Surg (Am)* 1983; 65-A: 1017-8.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.