

ALOINJERTO DE ISQUIOTIBIALES Y PLACA GANCHO PARA EL TRATAMIENTO DE UNA LUXACIÓN ACROMIOCLAVICULAR AGUDA

Celia Marín Pérez, Alberto Plasencia Hurtado de Mendoza, Pablo Millán Antelo, Paula Roig Zurita, Eulogio Benito Martín

 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

OBJETIVOS

Presentamos un caso de luxación acromioclavicular aguda en paciente joven. Describimos nuestra técnica quirúrgica y resultado funcional del paciente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

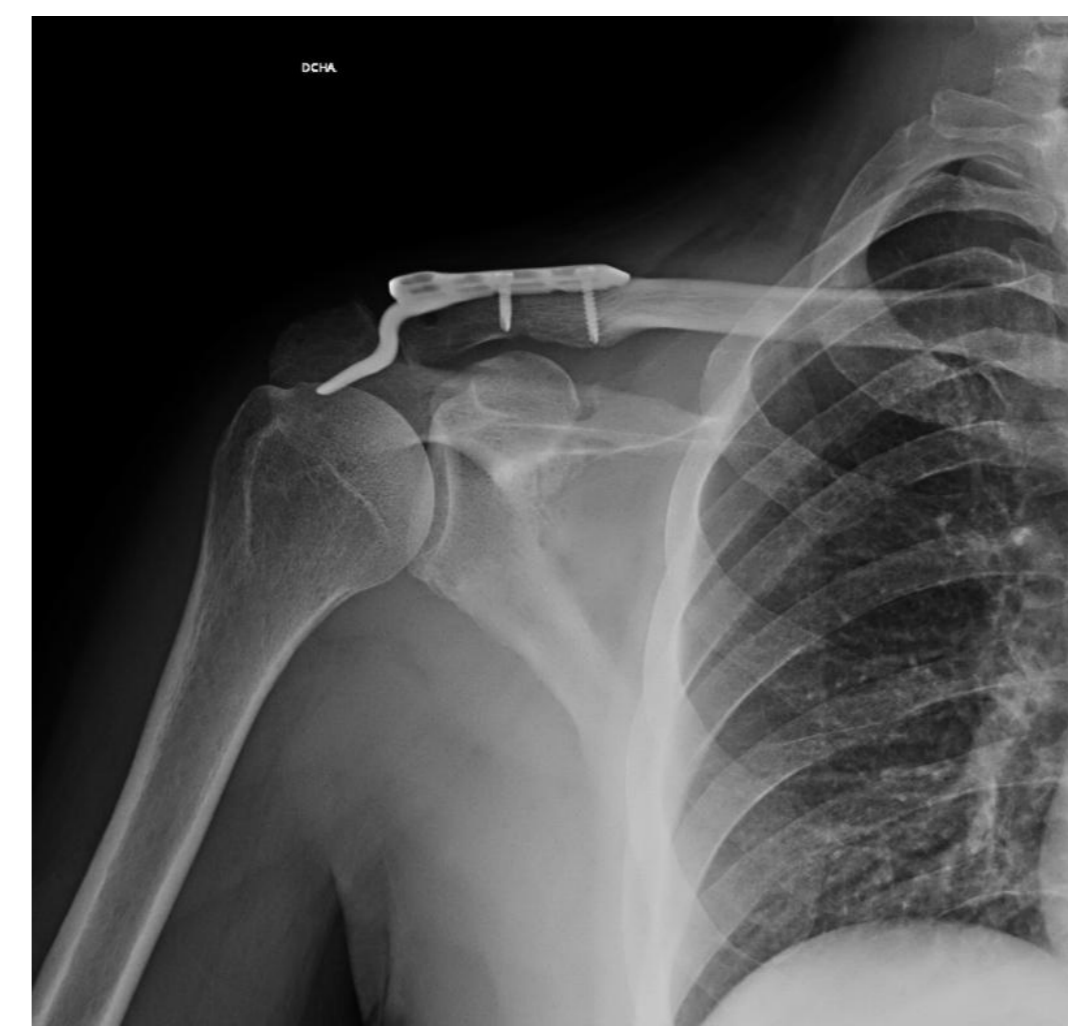
Varón de 40 años, diestro y trabajador manual, que presenta dolor en hombro derecho tras caída accidental. En la exploración: dolor en la articulación acromioclavicular. Limitación funcional del hombro sin bloqueo articular. Signo de la tecla positivo.

En el estudio radiológico se observa luxación acromioclavicular grado III clasificación de Rockwood.

Posición en silla de playa. Incisión longitudinal sobre tercio externo de la clavícula. En primer lugar, se realiza tunelización de la clavícula (dos túneles óseos en sentido anteroposterior) y del acromion (un túnel en sentido superoinferior).

Preparación de dos plastias a partir de aloinjerto de isquiotibiales, suturando los extremos con material no reabsorbible en configuración tipo Krackow.

Se pasa el primer injerto por el túnel medial de la clavícula y por debajo de la apófisis coracoides. Se suturan ambos cabos formando un cerclaje subcoracoideo de aloinjerto (estabilidad vertical). La segunda plastia se pasa por el túnel lateral de la clavícula y por el túnel del acromion, obteniéndose un cerclaje acromioclavicular circular (estabilidad horizontal). A continuación, se coloca una placa gancho de tres agujeros.



RESULTADOS

Tras un periodo de inmovilización de cuatro semanas comienza con rehabilitación. A los cuatro meses se reinterviene por molestias del material, extrayéndose la placa gancho.

Controles radiológicos posteriores: correcta distancia coracoclavicular respecto al lado sano.

A los seis meses: movilidad activa completa del hombro. Se ha reincorporado a su actividad laboral.



CONCLUSIONES

La reconstrucción anatómica mediante doble túnel para la reparación de los ligamentos conoide y trapezoide ha demostrado ventajas biomecánicas con respecto a otras técnicas, siendo superior en el control de las fuerzas de traslación superior y posterior de la porción distal de la clavícula. La placa gancho aporta estabilidad horizontal y vertical, manteniendo la reducción mientras cicatriza la plastia de aloinjerto. Sin embargo, presenta el inconveniente de tener que retirarla en otro acto quirúrgico.