

Técnica de triple fijación en rescate de luxación acromioclavicular tipo IV

AUTOR: Eva Fernández Díaz (evaf.d@hotmail.com) , Iván Morales González, Francisco Lajara Marco, Marina Sánchez Robles, Elena Galián Muñoz

Las inestabilidades acromioclaviculares(AC) pueden tratarse mediante técnicas de reconstrucción no biológica, ligamentosa biológica y mediante transferencia. Deben proporcionar suficiente fuerza como para mantener la reducción y la funcionalidad.

OBJETIVO

Explicar la técnica quirúrgica combinada de plastia de ligamento coracoclavicular-acromioclavicular con injerto autólogo de recto interno e Internal Brace con Fiber Tape, Tight Rope y Weaver-Dunn modificado.

Varón, 60 años, luxación AC grado IV sin buena evolución tras 12 meses de tratamiento ortopédico, se interviene mediante plastia ligamentosa CC con autoinjerto de semitendinoso ipsilateral y fijación de túneles claviculares y coracoideo con tornillos interferenciales.

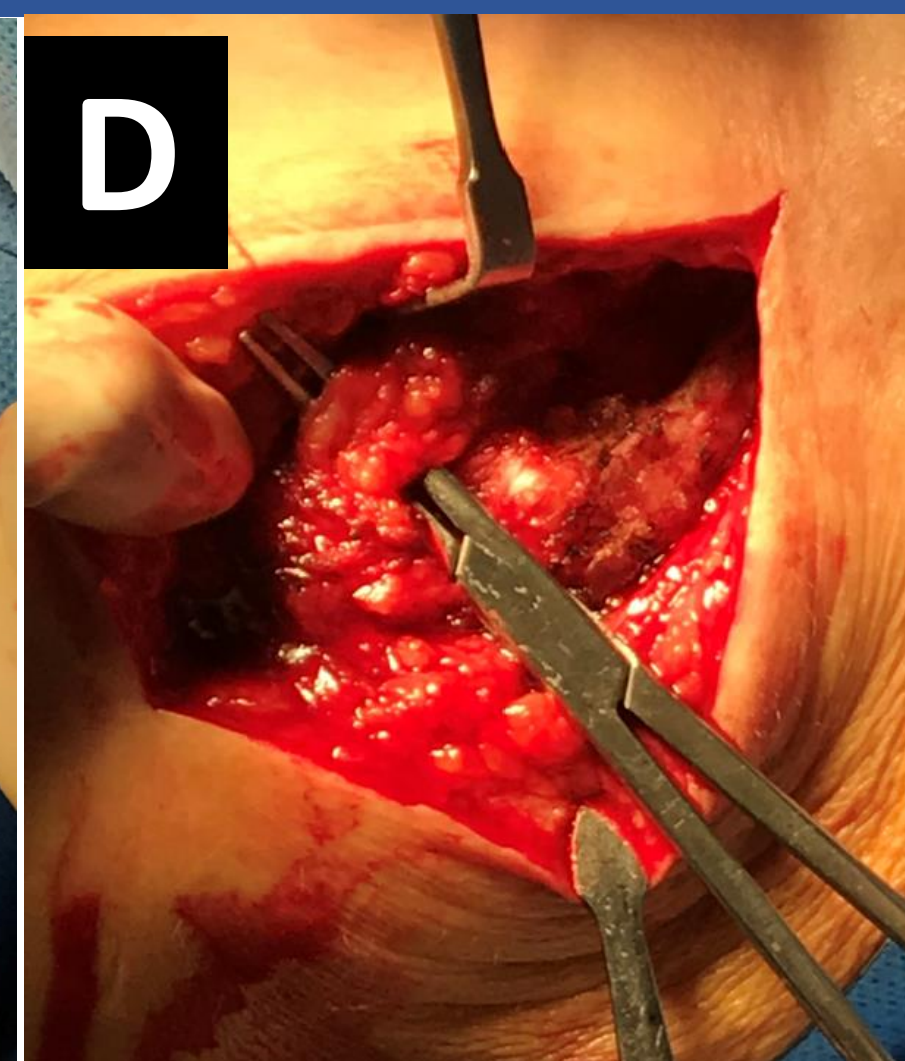
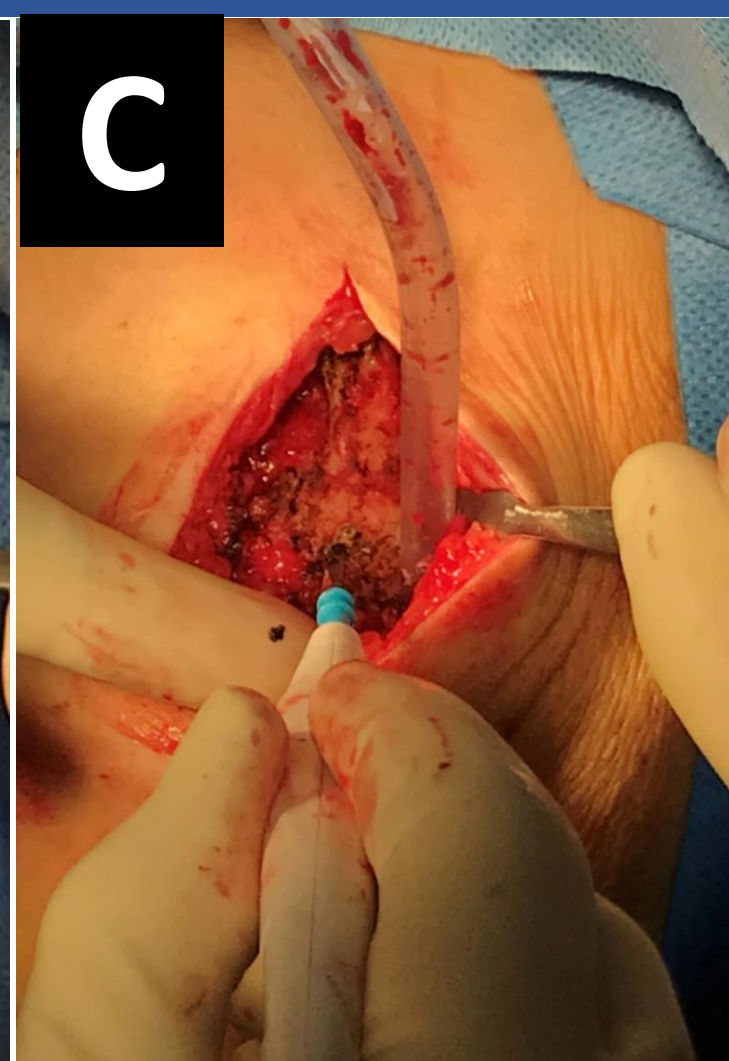
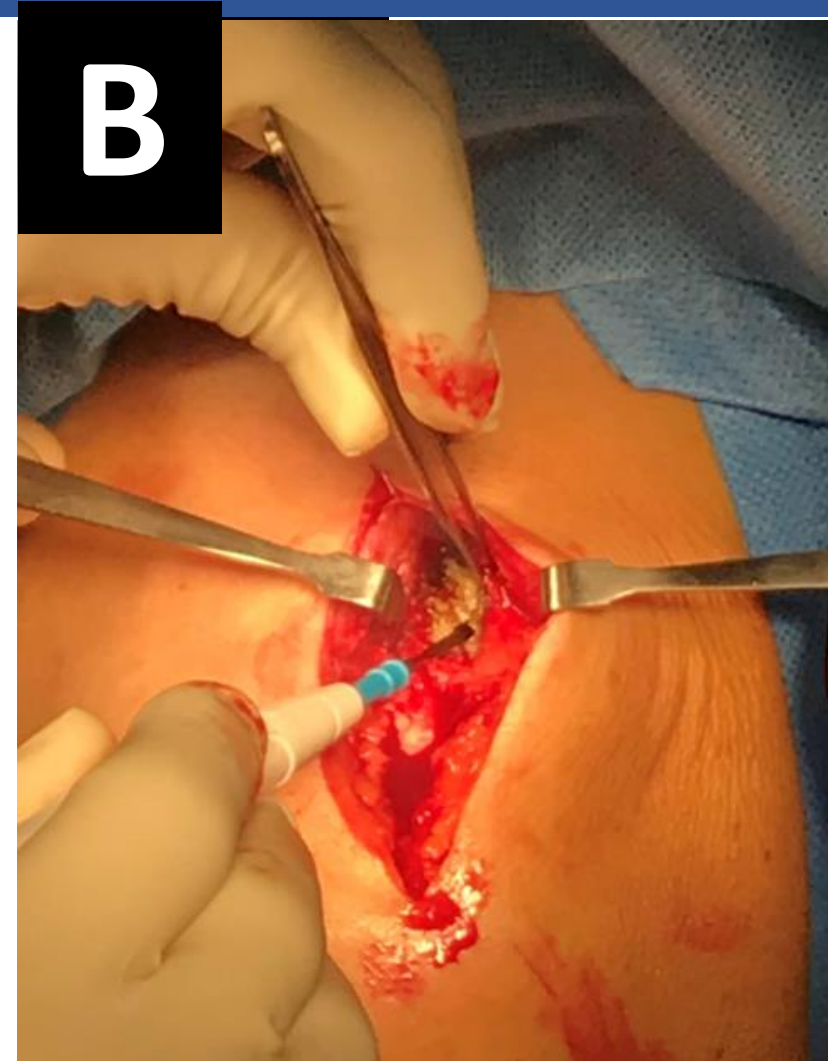


Tras 3 años, acude por traumatismo, recidiva de la deformidad y omalgia izquierda, confirmándose recidiva de luxación AC.

TÉCNICA QUIRÚRGICA



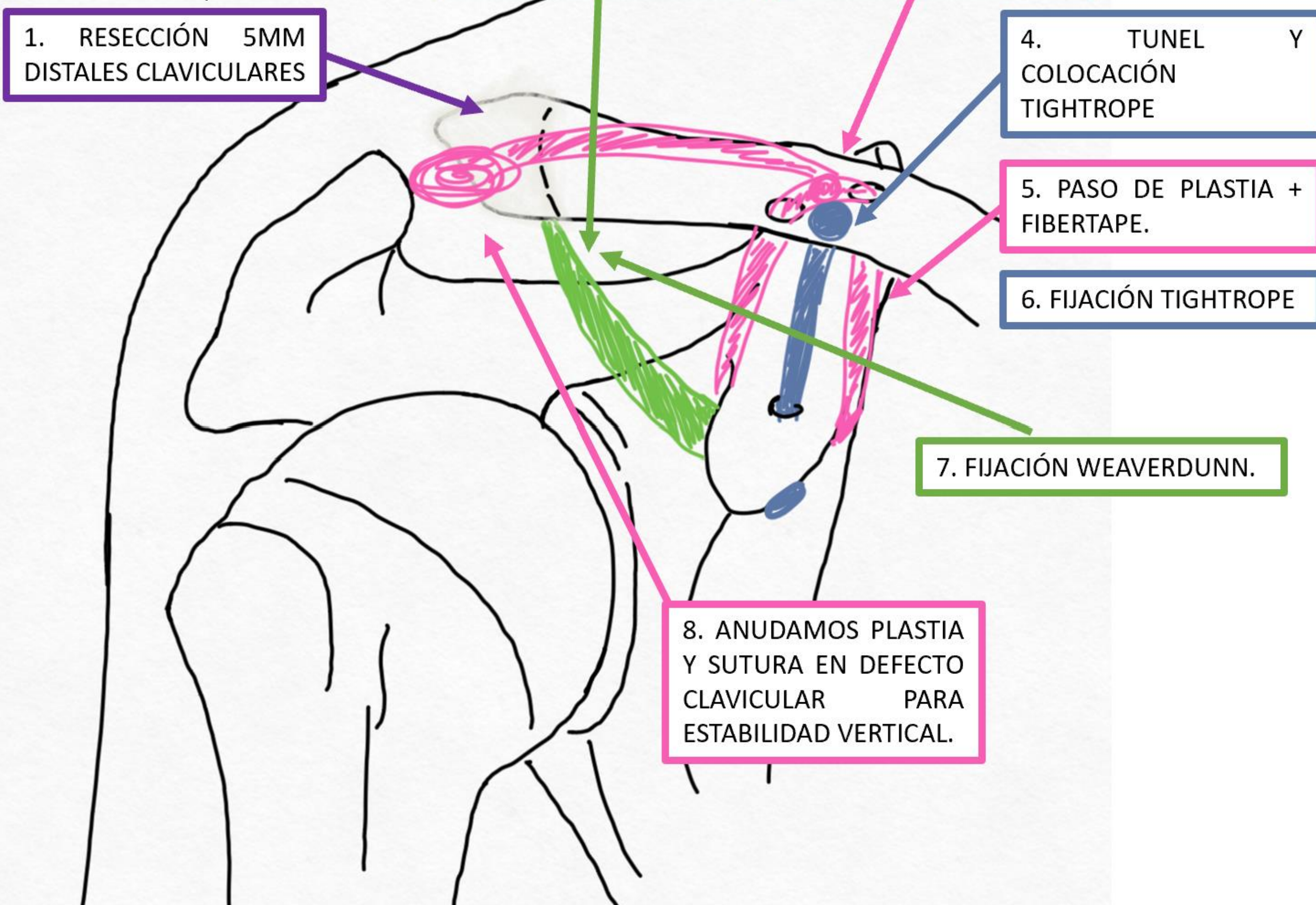
PRIMER TIEMPO (A): isquemia en raíz de miembro contralateral: plastia de recto interno de pierna contralateral, de 5,5mm de grosor con FiberTape a modo de Internal Brace.



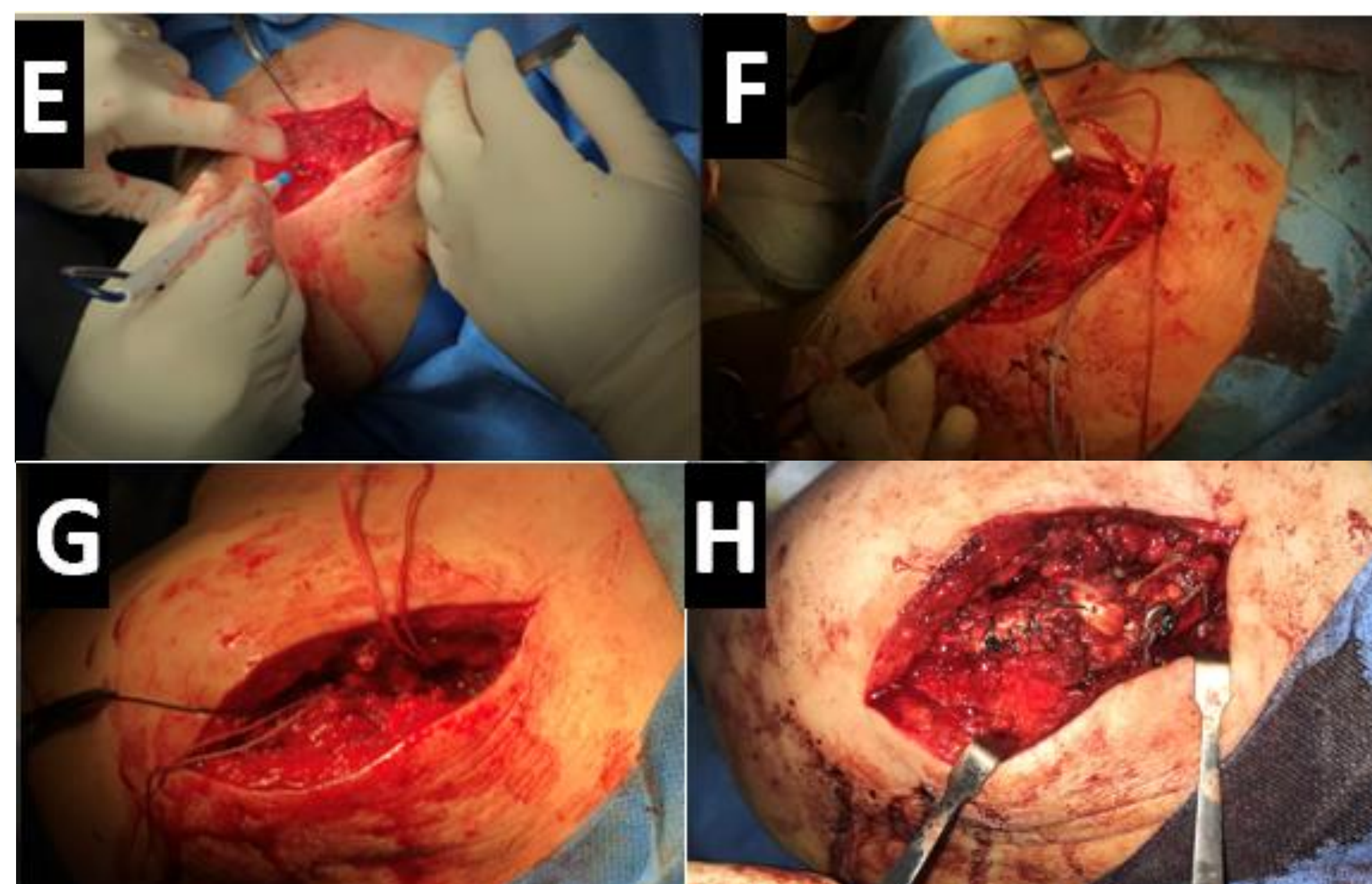
SEGUNDO TIEMPO:

Abordaje longitudinal sobre clavícula (B).
1. Se localizan orificios en clavícula y plastia previa, resección de 5mm claviculares distales (C y D).
2. Liberación y punto de referencia al ligamento coracoacromial.

ESQUEMA DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA



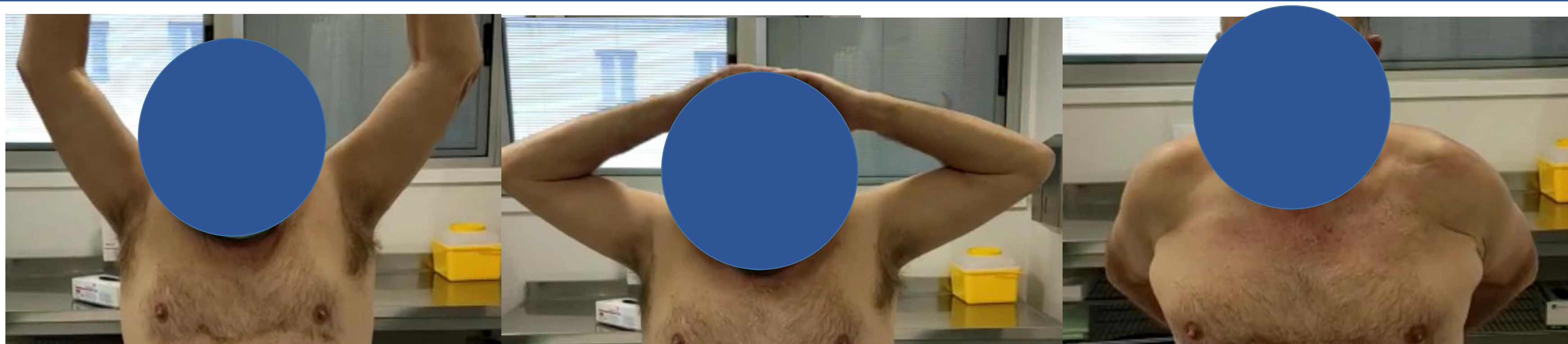
3. Se realizan 2 brocados en zona de inserción de los ligamentos CC
4. Reducción provisional de AC con Tight-Rope con control de escopia.
5. Pase de plastia e Internal Brace bajo coracoides y a clavícula a través, fijándose con 2 tornillos de biotenodesis de 5,5mm de PEEK (E, F y G).
6. Fijación definitiva de Tight-Rope
7. Weaver Dunn modificado mediante trasposición de ligamento coracoacromial, suturándose con sutura de alta resistencia al tercio distal de clavícula.
8. Reconstrucción de ligamentos AC con la posición de plastia más lateral que llevamos al acromion y sutura a fascia muscular de trapecio y deltoides para estabilidad vertical (H).



RESULTADOS



Rx control a los 12 meses



Se colocó cabestrillo 6-8semanas, permitiendo pendulares la primera semana.

Preciso movilización bajo anestesia general a las 8 semanas.

Tras 12 meses de seguimiento, el paciente presenta movilidad similar a brazo contralateral.

CONCLUSIÓN

En las series publicadas de cirugía en inestabilidad AC la complicación más frecuente es la pérdida secundaria de reducción. Con esta técnica pretendemos minimizar esta pérdida de reducción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cisneros LN, Reiriz JS. Management of chronic unstable acromioclavicular joint injuries. J Orthop Traumatol. 2017;18(4):305–18.
2. Tauber M, Valler D, Lichtenberg S, Magosch P, Moroder P, Habermeyer P. Arthroscopic stabilization of chronic acromioclavicular joint dislocations: Triple- versus single-bundle reconstruction: Triple- versus single-bundle reconstruction. Am J Sports Med. 2016;44(2):482–9.