

Servicio de Cirugía del Hospital Militar de Córdoba.— Prof. Dr. José M. Urrutia

Luxación acromo - clavicular completa

POR EL

Dr. Jorge Zarazaga

Médico Traumatólogo y Ortopedista de los Hospitales: Militar, Niños
y Español

El extremo externo de la clavícula puede luxarse hacia arriba (luxación supracromial o luxación de Galeno), variedad común y frecuente, y hacia abajo (luxación infra-acromial) rarísima.

Poirier y Rieffel estudiaron las condiciones para la producción de esta luxación externa, siendo Morel-Lavalle, Boyer y Nelatón, y Brindel, que completaron las observaciones de Poirier y Rieffel, hacen experiencias en cadáveres y estudian las relaciones anatómicas de la articulación.

Esta artrodia tiene por parte de la clavícula una carilla articular prolongada de adelante a atrás y situada en la extremidad externa del hueso, plana y ligeramente rugosa, orientada hacia afuera y un poco hacia abajo; y por parte del acromium una carilla similar que ocupa la parte más anterior del borde interno de esta apófisis que mira adelante y un poco hacia arriba, de modo que cuando se considera el hueso en su sitio, se observa que la clavícula descansa sobre el acromium. Sus medios de unión son: una cápsula articular que se inserta en los contornos de ambas facetas, reforzada por dos ligamentos, el acromio-clavicular superior, que va desde la cara superior del acromium a la cara superior de la clavícula, muy resistente; y el acromio-clavicular inferior, débil. Entre las dos carillas articulares, un fibro-cartílago, muy bien estudiado por Weithrecht, que presenta gran número de variedades, según esté o

o no adherido a la clavícula, al acromium o a los ligamentos supra o infra acromio-claviculares, llegando algunas veces a dividir la luz articular en dos partes independientes, siendo esta última quizás una variedad anatómica que favorece la luxación. Las relaciones articulares muy importantes en el mecanismo y especialmente en el tipo clínico de la luxación son: por delante los haces medios del trapecio; por su cara inferior y hacia afuera, aunque algo separada por la apófisis coracoides y el ligamento acromio-coracoideo y hacia adentro con los ligamentos trapezoideo y conoideo, que van desde el apófisis coracoides, hacia la clavícula que se encuentra separada por un espacio de 8 a 10 mm., el primero es antero-externo y el segundo póstero-interno, unidos entre ellos por una masa céluo-adiposa en cuyo seno se desarrolla a menudo una bolsa serosa. Dichos ligamentos fijan la extremidad externa de la clavícula a la cápsula.

La luxación es producida por una caída sobre el muñón del hombro, cuando el choque cae sobre el acromium, fuera de la clavícula, en tanto que ésta es fijada por los haces del trapecio hacia arriba. Este es el mecanismo invocado por Brindel, para las luxaciones incompletas, las cuales se harían completas cuando la fuerza vulnerante no ha agotado su acción y el acromium con la coracoides continúan descendiendo y la clavícula no pudiendo seguir el movimiento a causa del chocar con la primer costilla, los ligamentos coraco-claviculares son distendidos y ceden, entonces la luxación se hace completa.

En los casos incompletos, los ligamentos acromio-claviculares superiores e inferiores, se rompen parcialmente, las superficies articulares quedan algo distanciadas, pero en la misma dirección y casi en contacto, no hay más que una simple distorsión; en los casos completos los ligamentos se rompen totalmente, igual que los conoide y trapezoide.

El dolor agudo con sensación de arrancamiento y la brusca deformación característica, son los síntomas principales, el hombro permanece descendido y la cabeza inclinada sobre él, permite la relajación del trapecio. Después de unas horas la mancha equimótica local hace aparición sobre el trazo articular.

Su diagnóstico es muy fácil y con exactas mediciones comparativas, hasta se puede completar el diagnóstico diferencial con una fractura del tercio externo de clavícula. Debe también obtenerse una radiografía que además de confirmar el diagnóstico clínico de luxación, revela en algunos casos la existencia de lesiones óseas concomitantes que requieren tratamiento especial.

Respecto al pronóstico es bastante favorable en las incompletas, aún cuando no se obtenga la reducción, pues, entre las cabezas articulares se establecen nuevas relaciones, seguramente algo más fijas que las normales. Ahora en los casos de cargadores u obreros necesitados de sostener grandes pesos, la oposición entre estos obligan al descanso del hombro y la contractura del trapecio, tirando hacia arriba la extremidad acromial de la clavícula provoca dolores y un estado de inflamación crónica articular por los movimientos acromio-claviculares más amplios.

El tratamiento de las luxaciones varía según sean completas o incompletas y esto se desprende perfectamente de su anatomía patológica.

En las incompletas cuando se nota una ligera saliencia en la extremidad externa de la clavícula, que se deja comprimir como tecla de piano, es suficiente con una semana o dos de inmovilización y después masajes, con lo cual se obtiene la recuperación funcional sin dolor de los movimientos del hombro.

Cuando se trata de una luxación completa hay dos conductas a seguir: la ortopédica y la quirúrgica.

Nosotros aconsejamos que la ortopédica se debe intentar en todos los casos antes de efectuar procedimientos operatorios.

Las maniobras de reducción en muchos casos resultan sencillas, pero la contensión de la clavícula elevada por el trapecio resulta difícil; antes se usaban los mismos dispositivos que para las fracturas de clavícula con resultados mediocres; hoy el aparato especial de Ottolenghi y Lagomarsino, que en los casos de reducción perfecta, sirve como aparato de contensión, efectuándose de la siguiente forma: "Sentado el enfermo en el aparato de Delitala (para nuestra comodidad) elevamos el muñón del hombro suspendiéndola de la palanca elevadora del mismo con una venda que pasa por el

hueco axilar. Un ayudante mantiene el brazo abducido. El grado de abducción y elevación será el que más aproximen el acromium a la clavícula. Confeccionamos en esta posición un yeso tóraco-braquial bien modelado y esperamos hasta el siguiente día, que ya completamente seco, permitirá la aplicación del dispositivo de presión clavicular. Se abre en el yeso una amplia ventana que exponga la región acromio-clavicular; sobre las valvas anterior y posterior de la ventana se hacen dos ojales por los cuales se pasa una cincha. Sobre la clavícula se coloca una almohadilla; puesta en tensión la cincha y cerrada con una hebilla. El yeso y la compresión lo dejamos por un período aproximado de 25 a 30 días, haciendo luego sesiones de fisio-terapia. (Ottalenghi y Lagomarsino).

Cuando todos estos aparatos de contención no dan resultado se debe echar mano a los procedimientos quirúrgicos que son variados y se prestan según el caso a la elección de uno de ellos. Ante todo haremos una síntesis rápida; para describir el que nosotros usamos, en un caso en que fracasaron todas las maniobras de reducción por la fortaleza del trapecio y por el cabalgamiento de la clavícula.

Los procedimientos operatorios son:

- 1) La sindesmopexia de Pierre Delbet.
- 2) La ligamentoplastia de Cadenat.
- 3) La recepción del extremo de la clavícula.
- 4) La osteosíntesis acromio-clavicular.

La sindesmopexia de Pierre Delbet y Mocquot (1908), procede a la fijación de la clavícula a la coracoides por dos lazos de hilo de seda que sustituyen los ligamentos conoides y trapezoide previa reducción de la luxación; muchas veces se le agrega la osteosíntesis acromio-clavicular.

La ligamentoplastia de Cadenat, operación descrita en 1913, consiste en la sutura del ligamento acromio-coracoideo, desinsertado, a la clavícula y si existe la impresión de que el filete no es bastante fuerte para mantener reducida la luxación se lo refuerza con facia lata, operación difícil, cuya ejecución la aparta de la práctica común.

En cuanto a la recepción del extremo externo de la clavícula, descripta por Monari, es una operación indicada solo en los casos de artritis producida por luxaciones antiguas y dolorosas, pues se trata de una intervención incompleta, que solo en ellos da un resultado satisfactorio.

La osteosíntesis practicada por Cooper 1861, se efectúa de la siguiente manera: incisión de 4 a 6 cm., cuya parte media se encuentra a nivel de la articulación acromio-clavicular, sección de las fibras del trapecio y del deltoides, poniendo al descubierto la articulación luxada. Se curetea las superficies articulares, perforando previamente la extremidad de la clavícula y el borde del acromion, se hace pasar un hilo metálico, el cual, previa reducción, se ajusta fuertemente, luego se hace desaparecer dicha sutura aproximando un plano fibroso.

Decididos a operar, la osteosíntesis, como dice Massini, es el procedimiento de elección, pues se trata de un acto quirúrgico simple y la limitación de los movimientos de la articulación del hombro no han sido constatados si al efectuarla se tiene la precaución de colocar entre las superficies articulares un pequeño colgajo del ligamento acromio-clavicular superior, evitando de esta manera la anquilosis. Los demás procedimientos dan buenos resultados, pero su ejecución es más complicada, pudiendo fracasar por la fragilidad de los ligamentos, (operación de Cadenat) o por ser más abundante la cantidad de material extraño colocado, como en el caso de la sindesmopectia (operación de Pierre-Delbet).

NUESTRA OBSERVACION. —

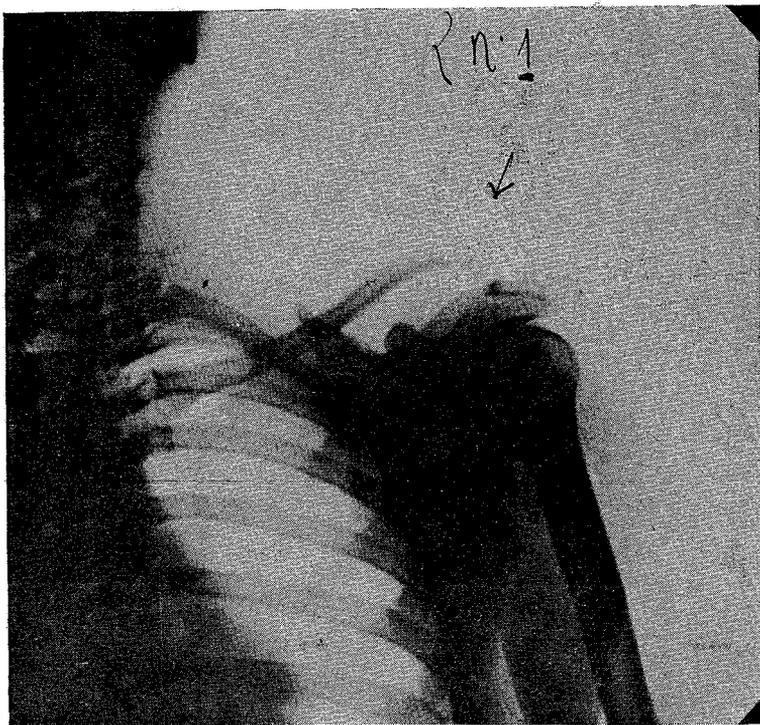
P. H. 14-7-937. Sala 2. Cama 11. — H. Militar de la 4^a.
División del Ejército. Hra. N° 189.

Antecedentes hereditarios: Sin importancia.

Antecedentes personales: Sin importancia.

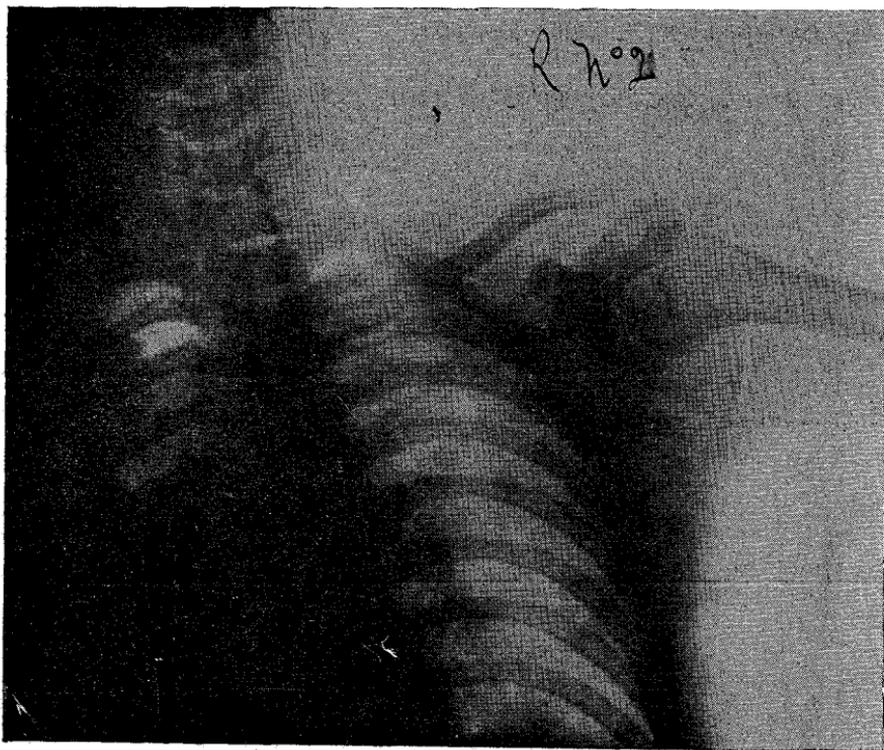
Antecedentes de la enfermedad actual: El día 13 del corriente, en circunstancias que practicaba gimnasia en las paralelas, suelta involuntariamente las manos, cayendo al suelo, pegando contra el mismo con el occipucio y el hombro izquierdo; quedó unos cinco

minutos aproximadamente sin conocimiento siendo inmediatamente conducido a la enfermería de su unidad donde es atendido por el médico. Nota posteriormente dolor espontáneo que se exagera con los movimientos del hombro izquierdo, siendo estos al principio muy difíciles y finalmente imposible; por esta causa y sospechando una fractura es evacuado a este servicio.



Estado actual: Cabeza, cuello, tórax y aparato respiratorio y circulatorio nada de especial. Abdomen idem. Miembro superior izquierdo hombro se comprueba el izquierdo algo descendido con relación al lado opuesto. Se observa una prominencia siguiendo la proyección de la clavícula a nivel de su tercio externo y correspondiendo topográficamente algo hacia adentro del muñón del hombro. Existen dos pequeñas escoriaciones muy superficiales y sin signos

inflamatorios, estando toda la superficie de esa zona con un tinte equimótico tenue. Los movimientos de la articulación del hombro afecto, son limitados, especialmente los de elevación del brazo sobre el hombro, siendo la circunsducción imposible. El brazo permanece

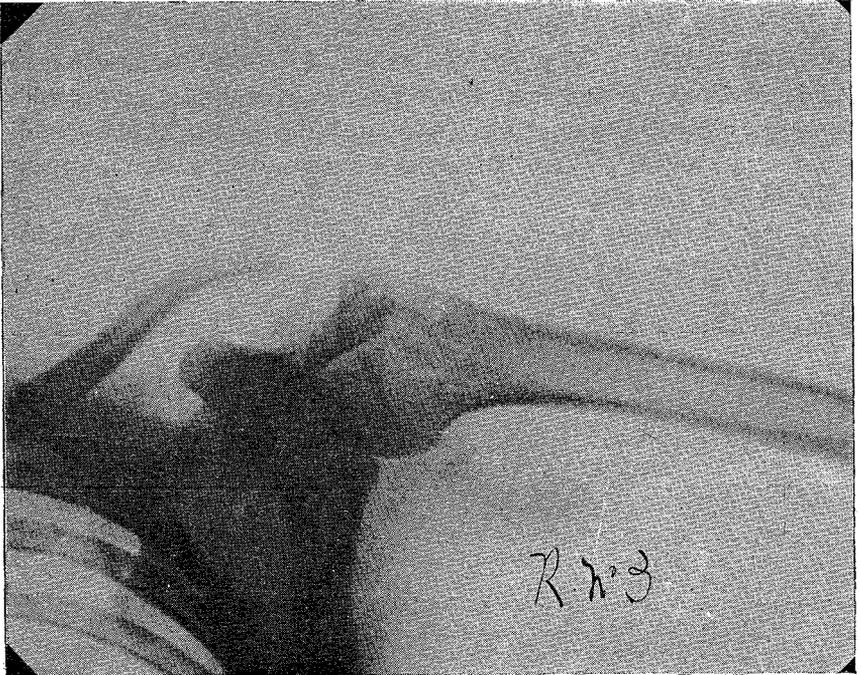


caído a lo largo del tronco, siendo los movimientos dolorosos. A la palpación: se constata dolor a la presión sobre la tumoración descrita, que parece estar constituida por un relieve óseo que forma cuerpo con la clavícula, cuya extremidad externa parece algo desviada hacia atrás.

Radiografía N°. 1, luxación acromio-clavicular izquierda, en donde la clavícula se encuentra cabalgando sobre el acromium; se intenta reducirla por los métodos incruentos (Ottolenghi-Lagomar-

sino), pero el control radiográfico acusa que la luxación todavía persiste por lo cual se decide la intervención.

OPERACION: Anestesia local con novocaína al 1 %, incisión de Cadenat de 10 cm., que parte un poco por detrás del borde externo del acromium, pasando por sobre la articulación acromio-cla-



vicular hasta la región infraclavicular, surco delto-pectoral; piel y tejido celular, se disocian las fibras del deltoides con lo cual se puede observar que los ligamentos córa-co-claviculares se encuentran desgarrados y que la clavícula cabalga sobre el acromium; se intenta reducir colocando el miembro en separación de 80°, pero solo se consigue después de seccionar algunas fibras del trapecio en su inserción clavicular. Se efectúa una osteosíntesis con hilo de seda, colocando previamente un fragmento del ligamento acromio-clavicu-

lar superior, entre las dos carillas articulares, se hace un yeso tóraco-braquial con el brazo en la posición descripta. — Radiografía N° 2. Luxación reducida.

Treinta días después se saca el escayolado, se indican masajes y movilización activa, el hombro izquierdo se encuentra con los relieves óseos normales y la radiografía N° 3, demuestra que la articulación tiene su posición normal. Los movimientos de separación y elevación del brazo no están limitados.

RESUMEN. — Presentamos un caso de luxación completa acromio-clavicular, comentamos los diferentes procedimientos ortopédicos y quirúrgicos que se usan para su reducción, relatando las diferentes técnicas con sus indicaciones y contra indicaciones, aconsejando para los casos irreductibles la osteosíntesis clavicular con seda, modificando solamente la incisión de abordaje de la articulación.

BIBLIOGRAFIA

- Basset et Mialavet.** — L' epoule. Masson 1934.
- Begruin, Bourgeois, Duval** y otros. — Tratado de Patología Quirúrgica. 1925.
- Bertola, Vicente.** — Sobre un caso de luxación de clavícula con fractura del omóplato. — Córdoba Med. 1927 f. II pág. 21.
- Bohini.** — Clavicule. Luxation (Journal de Chirurgie 1927. t. I pág. 729).
- Botreau-Rousel.** — Luxation externe de la clavicule. — (Presse Med. 1927. vol. I. pág. 474.
- Bouchet.** — Contribution a l' etude des luxations sus-acromiales de la clavicule. — Tesis de París 1900.
- Codenat.** — Traitement des luxations externes de la clavicule. — Tesis de París 1913. — Journal de Chirurgie 1913 t. XI pág. 16).
- Chutro P.** — Luxation de la gauche, Osteosyntesis (Soc. Chir. de París. Dic. 5 de 1917. pág. 2201.
- Delbet et Mocquat** — Soc. Chir. de París. 21 de Julio de 1909.
- Faure** — Luxation de extremité externe de la clavicule (Soc. de Chir. de París. Junio 8 de 1907, pág. 620).
- Fracassini.** — Studio sperimentale, anatomopatológico e terapéutico delle lussaxioni superiori delle estremitá esterna della claviculola. — (Arch. de Ortopedia. — Anno 1902 vol. XIX page 91-118).
- Leriche.** — Osteosyntesse pour luxation sterne-claviculaire recente. — Coc. de Chir. de Lyon. — Avril 7 de 1921. — En Lyon Chirurgial, septembre 1921.
- Masini.** — Luxation complete acromio-claviculaire. — (La Presse Med. 1931. pág. 874. vol. II).