

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

"Luxación Acromio-Clavicular y su Tratamiento"

Tesis del Doctorado

de

Juan Carlos Atilio Ponti.

MINISTERIO DE EDUCACION

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

AUTORIDADES

RECTOR:

Profesor Dr.Luis Irigoyen

VICERRECTOR:

Dr.Pedro Guillermo Paternosto

SECRETARIO GENERAL INTERINO:

Don Victoriano F.Luaces

SECRETARIO ADMINISTRATIVO:

Don Rafael G.Rosa

CONTADOR GENERAL:

Don Horacio J.Blake

CONSEJO UNIVERSITARIO

Prof.Dr.Pascual R.Cervini

Prof.Dr.Rodolfo Rossi

Prof.Dr.José F.Molfino

Prof.Dr.Pedro Guillermo Paternosto

Prof.Dr.Carlos Maria Harispe

Prof.Dr.Horis del Prete

Prof.Dr.Benito Perez

Prof.Dr.Eugenio Mordegli

Prof. Silvio Mangariello

Prof. Arturo Cambours Ucampo

Ing. Carlos Pascali

Dr.Obdulio F.Ferrari

Ing.Ag.René R.E.Thiery

Ing.Ag.José Maria Castiglioni

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

AUTORIDADES

DECANO:

Prof.Dr.Pascual R.Cervini.

VICEDECANO:

Prof.Dr.Diego M.Argüello

SECRETARIO:

Prof.Dr.Flavio J.Briasco

Oficial Mayor a Cargo de Prosecretaria:

Sr.Rafael Lafuente

CONSEJO DIRECTIVO

Prof.Dr.Inocencio F.Canestri

Prof.Dr.Alberto Gascon

Prof.Dr.Roberto Gandolfo Herreza

Prof.Dr.Julio R.A.Obiglio

Prof.Dr.Rómulo R.Lambre

Prof.Dr.Victor A.E.Bach

Prof.Dr.Victorio Nacif

Prof.Dr.Enrique A.Votta

Prof.Dr.Herminio L.M.Zatti

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES HONORARIOS

Dr. Rophille Francisco

Dr. Greco Nicolas V.

Dr. Soto Mario L.

PROFESORES TITULARES

Dr. Argüello Diego M. - Cl. Oftalmológica

" Baldassarre Enrique C. - F.F. y T. Terapéutica

" Bianchi Andrés C. - Anatomía y F. Patológica

" Caeiro José A. - Patología Quirúrgica

" Canestri Inocencio F. - Medicina Operatoria

" Carratalá Rogelio F. - Toxicología

" Carreño Carlos V. - Higiene y Medicina Social

" Cervini Pascual R. - Cl. Pediátrica y Puericultura

" Corazzi Eduardo S. - Patología Médica Ia.

" Christmann Federico E.B. - Cl. Quirúrgica IIa.

" D'Ovidio Francisco R.E. - P. y Cl. de la Tuberculosis

" Echave Dionisio - Física Biológica

" Errecart Pedro L. - Cl. Otorrinolaringológica

" Floriano Carlos - Parasitología

" Gandolfo Herrera R.I. - Cl. Ginecológica

" Gascón Alberto - Fisiología y Psicología

" Girardi Valentin A. - Ortopedia y Traumatología

" González Hernán D. - Cl. de E. Infecc. y P. Tropical

PROFESORES TITULARES

- Dr. Irigoyen Luis - Embriología e H. Normal
- " Lambre Rómulo R. - Anatomía Ia.
 - " Loudet Osvaldo - Cl. Psiquiátrica
 - " Lyonnet Julio H. - Anatomía IIa.
 - " Maciel Crespo Fidel A. - Sem. y Cl. Propedéutica
 - " Manso Soto Alberto E. - Microbiología
 - " Martinez Diego J.J. - Patología Médica IIa.
 - " Mazzei Egidio S. - Cl. Médica IIa.
 - " Montenegro Antonio - Cl. Genitourrológica
 - " Monteverde Victorio - Cl. Obstétrica
 - " Obiglio Julio R.A. - Medicina Legal
 - " Othaz Ernesto L. - Cl. Dermatosifilográfica
 - " Rivas Carlos I. - Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Rossi Rodolfo - Cl. Médica Ia.
 - " Sepich Marcelina J. - Cl. Neurológica
 - " Uslenghi José P. - Radiología y Fisioterapia

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Aguilár Giraldes Delio J.-Cl. Pediatría y Puericultura
- " Acevedo Benigno S.-Química Biológica
 - " Andrieu Luciano M.-Cl. Médica Ia.
 - " Barani Luis T.-Cl. Dermatosifilográfica
 - " Bach Victor E.-Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Baglieto Luis A.-Med. Operatoria
 - " Baila Mario R.-Cl. Médica IIa.
 - " Bellingi José -Pat. y Cl. de la Tuberculosis
 - " Bigatti Alberto -Cl. Dermatosifilográfica
 - " Briasco Flavio -Pediatría y Puericultura
 - " Calzetta Raúl V.-Sem. y Cl. Propedeútica
 - " Carri Enrique L.-Parasitología
 - " Cartelli Natalio -Cl. Genitourrológica
 - " Castillo Odena I.-Ortopedia y Traumatología
 - " Ciafardo Roberto -Cl. Psiquiátrica
 - " Conti Alcides L.-Cl. Dermatosifilográfica
 - " Correa Bustos H.-Cl. Oftalmológica
 - " Curcio Francisco I.-Cl. Neurológica
 - " Chescotta Néstor A.-Anatomía Ia.
 - " Dal Lago Héctor -Ortopedia y Traumatología
 - " De Lena Rogelio E.A.-Hig. y Med. Social
 - " Dragonetti Arturo R.-Hig. y Med. Social
 - " Dussaut Alejandro -Med. Operatoria
 - " Dobric Beltran L.L.-Pat. y Cl. de la Tuberculosis

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Fernandez Audicio J.C.-Cl.Ginecológica
- " Fuertes Federico -Cl.Enf.Infecc.y P.Tropical
 - " Garibotto Roman C.-Pat.Médica IIa.
 - " García Olivera M.A.-Medicina Legal
 - " Giglio Irma C.de -Cl.ofthalmológica
 - " Giroto Rodolfo -Cl.Genitourológica
 - " Gotusso Guillermo O.-Cl.Neurológica
 - " Guixa Héctor L.-Cl.Obstétrica
 - " Gorostarsu Carlos M.C.-Anatomía IIa.
 - " Ingratta Ricardo N.-Cl.Obstétrica
 - " Imbriano Aldo E.-Fisiología y Psicología
 - " Lascano Eduardo F.-Anat.y F.Patológica
 - " Logascio Juan- Patología Médica Ia.
 - " Loza Julio C.-Hig. y Medicina Legal
 - " Lozano Federico S.-Cl.Médica Ia.
 - " Mainetti José M.-Cl.Quirúrgica Ia.
 - " Manguel Mauricio -Cl.Médica IIa.
 - " Marini Luis C.-Microbiología
 - " Martinez Joaquin D.A.-Sem.y Cl.Propedeútica
 - " Matusевич José -Cl.Otorrinolaringológica
 - " Meilij Elías -Pat.yCl.de la Tuberculosis
 - " Michelini Raúl T.-Cl.Quirúrgica IIa.
 - " Morano Brandi J.F.-Cl.Ped.y Puericultura
 - " Moreda Julio M.-Radiología y Fisioterapia
 - " Nacif Victorio -Radiología y Fisioterapia
 - " Naveiro Rodolfo -Patología Quirúrgica
 - " Negrete Daniel H.-Pat.y Cl.de la Tuberculosis

PROFESORES ADJUNTOS

- Dr. Pereira Roberto F. - Cl. Oftalmológica
- " Prieto Elías Herberto - Embriología e Hist. Normal
 - " Prini Abel - Cl. Otorrinolaringológica
 - " Penin Raúl P. Cl. Quirúrgica Ia.
 - " Polizza Amleto - Med. Operatoria
 - " Ruera Juan - Pat. Médica Ia.
 - " Sanchez Héctor J. - Patología Quirúrgica
 - " Taylor Gorostiaga D.J.J. - Cl. Obstétrica
 - " Torres Manuel M. del C. - Cl. Obstétrica
 - " Trinca Saúl E. - Cl. Quirúrgica IIa.
 - " Tau Ramon - Semiología y Cl. Propedeútica
 - " Tosi Bruno - Cl. Oftalmológica
 - " Tropeano Antonio - Microbiología
 - " Tolosa Emilio - Cl. Otorrinolaringológica
 - " Vanni Edmundo O.F.U. - Sem. y Cl. Propedeútica
 - " Vazquez Pedro C. - Patología Médica IIa.
 - " Votta Enrique A. - Patología Quirúrgica
 - " Zabudovich Salomon - Cl. Médica II.
 - " Zatti Herminio L.M. - Cl. de E. I. y P. Tropical
 - " Rosselli Julio - Cl. Pediatría y Puericultura
 - " Schaposnik Fidel - Cl. Médica IIa.
 - " Caino Héctor V.N. - Cl. Médica Ia.
 - " Cabarron Arturo - Cl. Médica Ia.
 - " Martini Juan Livio - Cl. Obstétrica

PADRINO DE TESIS

Dr.Valentin C.Girardi

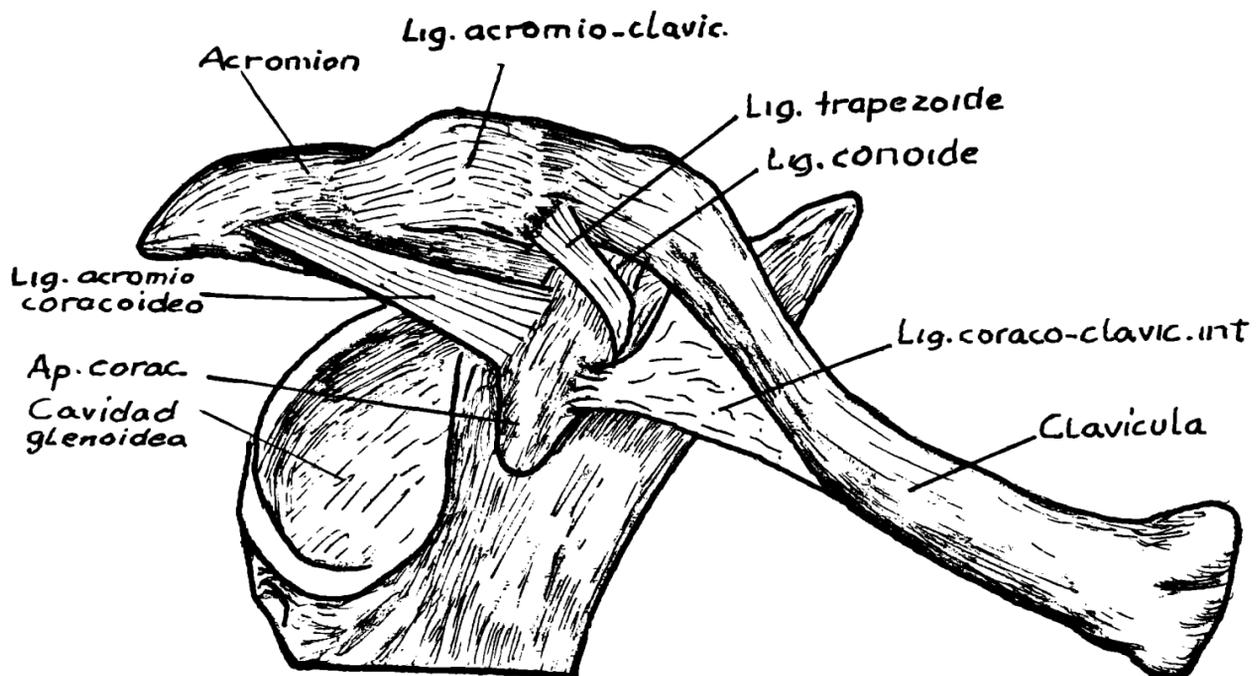
A LA MEMORIA DE MI PADRE

A LOS MIOS

Sean mis palabras de agradecimiento al Doctor Francisco Arena, por la colaboración que me ha brindado al facilitarme los archivos de la Sala VII, Servicio de Ortopedia y / Traumatología, del Instituto General San Martín de La Plata, para la confección de este / trabajo; y porque a su lado adquirí mis primeros conocimientos en la especialidad.-

ANATOMIA DE LA REGION:

La articulación acromio-clavicular une el acromion a la extremidad externa de la clavícula. Es una articulación tipo artrodia, es decir, que pertenece a las articulaciones movibles llamadas diartrosis y dentro de éstas, a las que se caracterizan por presentar las superficies articulares planas.-



La superficie acromial esta situada en la parte anterior del borde interno del acromion y la superficie clavicular en la extremidad externa de la clavícula. Estas superficies son casi planas, elípticas y alargadas de adelante a atrás; pero mientras que la superficie acromial esta cortada en bisel a expensas de la cara superior del acromion y mira hacia arriba y hacia adentro, la superficie clavicular tiene en cambio una orientación inversa; vemos pues que la superficie clavicular se

apoya en la acromial.-

Las dos superficies articulares estan revestidas de una capa de fibro-cartilago cuyas superficies son desiguales y rugosas. Cuando no existe menisco interarticular, la capa de fibro-cartilago de la superficie clavicular es por lo general mas gruesa por arriba que por abajo, en cambio el de la acromial lo es mas por abajo.-

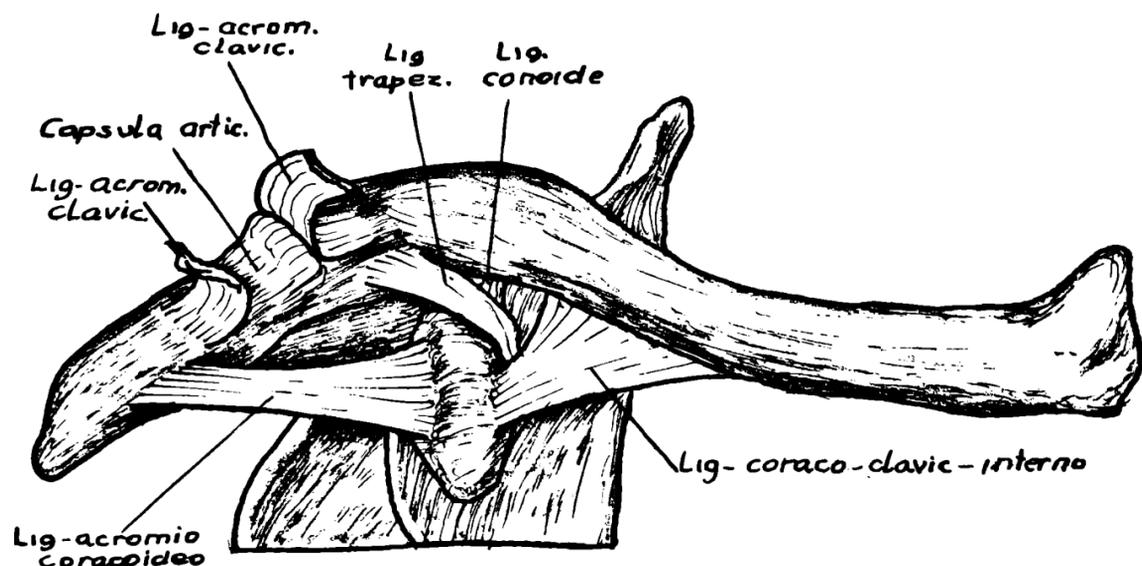
MEDIOS DE UNION:

Las superficies articulares estan mantenidas en posición mediante una cápsula articular y un ligamento acromio-clavicular. La cápsula constituye un manguito fibroso muy débil, que rodeando a la articulación se inserta en ambos huesos muy cerca del revestimiento fibro-cartilaginoso (Esquema 2). El ligamento acromio-clavicular, (esquema 1 y 2) que sirve de refuerzo a la cápsula en la cara superior de la articulación comprende dos planos de fibras: uno superficial y otro profundo; éste no es mas que un espesamiento de la cápsula, el superficial se compone en cambio de haces fibrosos que se dirigen de adelante a atrás y de fuera a dentro, y cuya longitud crece de adelante hacia atrás; tiene su origen en la transformación fibrosa de las fibras acromiales del trapecio, que separandose del músculo toman una inserción secundaria en la clavícula.-

Entre las carillas articulares suele observarse un menisco fibroso o fibro-cartilaginoso que atesti-

gna la función de deslizamiento de la articulación y que se observa cuando las superficies articulares no se corresponden exactamente. Esto sucede en la / tercer parte de los casos. Generalmente esta representado por una lámina prismática triangular que / ocupa la parte superior o bien la inferior de la / articulación. Se inserta por su base en la cápsula o en el fibro-cartilago que recubre las caras articulares y termina por su borde libre en la cavidad articular.-

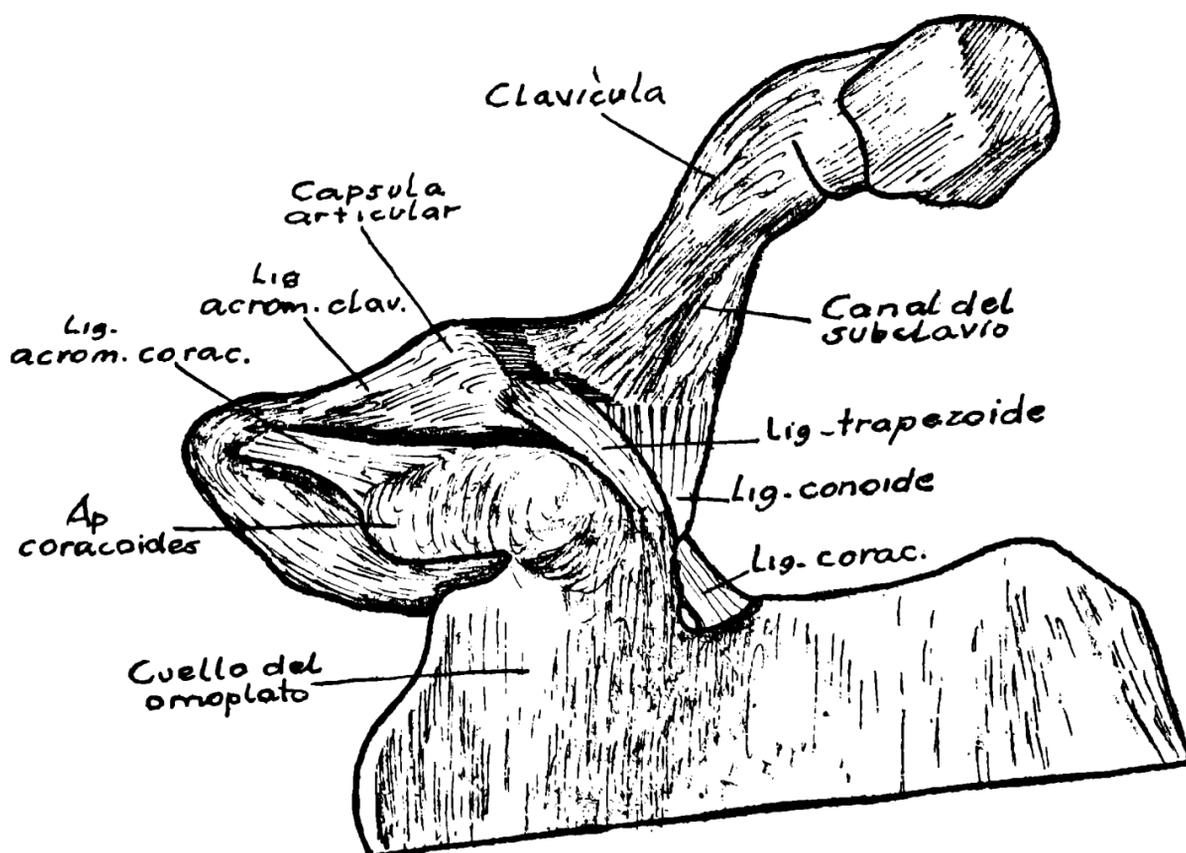
Muy rara vez el fibro-cartilago es completo, dividiendo en este caso la cavidad articular en dos secundarias: una, menisco-clavicular, y otra, menisco acromial; y puede aún, en estos casos / el menisco estar perforado en su centro, comunicandose entonces ambas cavidades.-



Tapizando la cara profunda de la cápsula se encuentra la sinovial, la cual se refleja a

nivel de la inserción y cubre el periostio hasta el contorno de las superficies articulares. La sinovial es doble en caso de existir un menisco completo, ya sea perforado o no.-

La articulación esta reforzada por otros ligamentos que aseguran su estabilidad; éstos son cuatro en total, a saber: el ligamento trapezoide, que se inserta en la mitad o en el tercio posterior del borde interno del segmento horizontal de la apofisis coracoides, a lo largo de la cara superior y en la porción próxima a esta cara y desde allí se dirige hacia arriba y afuera para terminar en el segmento anterior de la tuberosidad coracoides, situada en la extremidad externa de la clavícula (esquema 1, 2, y 3).-



Este ligamento trapezoide tiene una dirección oblicua de arriba a abajo y de afuera adentro, su borde anterior es libre, su borde pos-

terior esta en relación con el ligamento conoide y de sus caras una mira hacia adentro, adelante y arriba, y la otra, hacia fuera, abajo y atrás.-

El ligamento conoide, que se inserta, por un lado en la cara interna del codo formado por la apofisis coracoides y en la parte cercana de la cara superior de la misma. Desde allí los haces divergen en forma de abanico, en un plano frontal, hacia la cara inferior de la clavícula, fijándose en el segmento superior de la tuberosidad coracoidea (esquema 1, 2 y 3). Vemos pues, que es de forma triangular, con el vértice inferior; que de sus caras, una es anterior, y la otra posterior, y que de sus bordes, el externo esta adosado al borde posterior del ligamento trapezoide, formando entre ambos un ángulo diedro abierto hacia adelante y adentro en cuyo interior se encuentra un tejido célula-graso que a veces envuelve a una bolsa serosa y que muchas otras esta tabicado por una lámina fibrosa que prolonga hacia fuera la aponeurosis clavipectoral.-

Los otros ligamentos de que hablamos son los bi-corneos de Caldani, frecuentemente / inconstantes, de los cuales el interno, toma inserción por un lado en el borde interno de la apofisis coracoides, por delante de la inserción del trapezoide, y por el otro termina en la cara inferior de la clavícula a lo largo del borde anterior del canal sub-clavio; y el externo, que no es mas que u-

na lámina fibrosa, que a menudo cierra el espacio angular que forman los ligamentos conoide y trapezoide.-

FISIOLOGIA DE LA ARTICULACION:

La articulación acromio-clavicular, tiene una movilidad bastante considerable, que se manifiesta en el ascenso y descenso del hombro, en la proyección anterior y posterior / del mismo y en la abducción máxima del brazo. Como el ligamento coraco-clavicular, con sus haces conoide y trapezoide, es el que limita todos los movimientos, debemos considerar, siguiendo a Poirier, que el / centro de los mismos se encuentra en la coracoides en la inserción de dichos ligamentos coraco-claviculares.-

Los movimientos recíprocos de la clavícula sobre el homoplato se producen:

a).-En la elevación o en el descenso del hombro, la clavícula se acerca o se aleja de la coracoides;

b).-En la proyección del hombro hacia adelante, la carilla clavicular se desliza de atrás a adelante sobre la carilla acromial y el ángulo omo-clavicular se cierra. El movimiento de cierre está limitado por la resistencia del ligamento trapezoide;

c).-En la proyección del hombro hacia atrás, se desplaza en sentido contrario y se abre el ángulo omo-clavicular, limitado por la tensión del ligamen

to conoide;

d).-En el retroceso del hombro hacia el tronco, según que el mismo tenga lugar de adelante hacia a trás o de atrás hacia adelante, el ángulo omo-clavicular tiene tendencia a abrirse o cerrarse, y él es desplazado según las condiciones precedentes.-

Normalmente el eje de la clavícula forma con la horizontal un ángulo variable de cero grados a treinta grados y con un plano frontal tangente a la horquilla esternal un ángulo de veinte a treinta grados abierto hacia atrás y hacia afuera. Estos ángulos se modifican mucho en los movimientos del hombro.-

Poirier ha mostrado que la clavícula oscila alrededor de un punto fijo constituido por la inserción inferior del ligamento costo-clavicular. Este ligamento divide la clavícula en dos segmentos de diferentes tamaños. En los movimientos de circunducción, las dos extremidades de la clavícula describen dos conos opuestos por sus vértices, pero // mientras que la extremidad acromial describe un arco de círculo de gran diametro, la esternal siguiendo un sentido inverso, en sus curvas y por su corto radio, tiene desplazamientos muy débiles.-

De la posición de reposo a la posición // mas elevada del hombro, la clavícula se eleva de // treinta a cuarenta grados, su extremidad acromial // se levanta de ^{6 a 7 cm.} Entre la posición de reposo y la mas baja, la diferencia es de ocho a diez grados; luego //

la amplitud total es de cuarenta a cincuenta grados. En el sentido ántero posterior se nota una diferencia media de veinticinco a treinta grados entre la posición normal y la mas avanzada del hombro.-

Le es imposible a la clavícula el dirigirse hacia atrás sin hacerlo al mismo tiempo hacia arriba. Este hecho es debido a la acción del trapecio y tambien a la dirección oblicua hacia arriba de la primera costilla, contra la cual la clavícula chocaría si no se desplazara.-

Por la misma razón el descenso del hombro se acompaña de un movimiento hacia adelante.-

Durante la elevación del brazo, la clavícula presenta un ligero movimiento de rotación sobre su eje longitudinal, su borde anterior se eleva y su borde posterior desciende, convirtiéndose la cara superior en postero-superior y la inferior en antero-inferior. Durante el descenso del hombro sucede lo contrario. Este movimiento resulta para la clavícula, por la acción sobre el omoplato de los músculos trapecio y dorsal ancho. Esa rotación se hace evidente al terminar la elevación del brazo.-

Los movimientos de la clavícula constituyen el elemento capital en el desplazamiento de la cintura escapular, porque la clavícula constituye el radio alrededor del cual se desplaza el omoplato. La clavícula es, segun la expresión de Wislow, "el gobernador de los movimientos del omoplato". Fijada

por su extremidad interna al esternón, la clavícula tiene por rol el de mantener en buen lugar al omoplato, de orientar la glena hacia afuera, y de impedir al brazo ser incomodado durante su movimiento.-

FRECUENCIA:

La luxación acromio-clavicular se observa a menudo como sub-luxación; como luxación completa su frecuencia es relativamente escasa, observándose solo de tarde en tarde en los servicios de // Traumatología. En el nuestro, sin embargo, de veintidos casos, quince fueron completas y siete incompletas. Y esos veintidos casos surgen a través del conector de cuatro mil historias.-

ETIOPATOGENIA Y ANATOMIA PATOLOGICA:

La luxación acromio-clavicular se observa frecuentemente en la práctica como consecuencia de golpes directos del hombro, en caídas o en accidentes de tránsito. En el Servicio de Traumatología del Instituto General San Martín de La Plata, de los veintidos casos presentados, veinte fueron consecuencia de trauma directo, uno por indirecto, y el restante no se pudo establecer por la inseguridad del paciente al precisar el accidente.-

La luxación se ve favorecida por la disposición oblicua de las interlineas. Por anatomía sabemos que la extremidad clavicular descansa sobre la carilla acromial que la soporta, de manera que como consecuencia de un /

golpe, choque o caída, sobre el muñon del hombro, por fuera de la clavícula, en tanto que ella es fijada por los haces del trapecio hacia arriba, el acromion se desliza empujado por la clavícula. La fuerza vulnerante puede actuar en el sentido de cualquiera de los planos de deslizamiento y ese desplazamiento se halla facilitado por cierta laxitud articular que normalmente existe.-

Segun sea la potencia de la fuerza actuante tendremos un primer grado de luxación en el que la clavícula sostenida por el trapecio no acompaña al acromion en su descenso y se produce la ruptura de los ligamentos acromio-claviculares y de la cápsula, las superficies articulares quedan algo // distanciadas pero en la misma dirección y casi en contacto. De quedar así la lesión, podríamos decir // que no hay mas que una distorsión; es el caso de la sub-luxación acromio-clavicular. Pero si la fuerza vulnerante no ha agotado su acción, el acromion con la coracoides continuando su descenso, arrastran // consigo a la clavícula; ésta en su descenso, choca // contra la primera costilla y arqueada al maximo, al no poder continuar ese camino, los ligamentos coraco-claviculares se distienden y se rompen, produciéndose entonces la luxación completa. El ligamento costo clavicular puede desgarrarse y las fibras del // trapecio desinsertarse.-

FORMAS CLINICAS Y SINTOMATOLOGIA.-

El extremo externo

de la clavícula, según la mayoría de los autores puede luxarse hacia arriba, constituyendo la luxación supra-acromial o de Galeno, variedad común y frecuente; o hacia abajo, produciéndose entonces la luxación infra-acromial que es rarísima. Sin embargo, Ombredanne y Mathieu distinguen tres variedades: la supra-acromial, la sub-acromial y la sub-coracoidea. Nosotros nunca hemos observado estas variedades, sino que siempre han sido supra-acromiales.-

La disposición anatómica mostrándonos el hecho de que la superficie clavicular se apoya en la acromial, nos explica la razón por la cual la luxación supra-acromial es la más frecuente de las luxaciones de esta articulación.-

A su vez dentro de la luxación supra-acromial de la clavícula, distinguimos dos grados: la luxación total o verdadera y la sub-luxación; según se hallen o no rotos los ligamentos coraco-claviculares.-

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 el relajamiento del trapecio. Después de unas horas la mancha equimótica local hace aparición sobre el trazo articular.-

En la sub-luxación, al conservarse intactos los ligamentos conoide y trapezoide, el desplazamiento de la clavícula es pequeño y la defor-

midad tambien es pequeña, no sólo por ser en realidad escaso el desplazamiento, sino tambien por existir casi siempre tumefacción, que enmascara la pequeña deformidad.-

Si ademas, el lesionado es un sujeto grueso, apenas se percibe la deformidad, siendo preciso sospechar la afección, siempre que tras de un traumatismo o caída sobre el hombro, exista un dolor neto sobre la articulación acromio-clavicular y no / se recojan signos de fractura o luxación de mayor importancia. Es decir que en estos casos la deformación no es muy evidente a la inspección, el enfermo acusa poco dolor y la impotencia funcional no / es muy grande. La palpación evidencia la saliente a normal, dolorosa a la presión del extremo distal de la clavícula, que es posible hacer desaparecer tras un ruido sordo y a veces sin él, presionando con el dedo y teniendo firme el codo en flexión con la otra mano, pero que se reproduce no bien se retira el dedo, signo clásico de luxación que se conoce con el nombre de "Signo de la Tecla de Piano".-

La radiografia en estos casos muestra la separación articular con elevación clavicular pero casi nunca con cabalgamiento.-

Cuando por el contrario, la lesión alcanza los ligamentos trapezoide y conoide, o sea, // cuando es completa, el cabalgamiento de la clavícula sobre el acromion es marcado, el signo de la tecla / es bien evidente y se acompaña de un ruido de roce

y el dolor y la impotencia funcional son mayores. La extremidad clavicular se encuentra por lo general en un plano posterior con relación a la articulación y el dedo que presiona no consigue la reducción. El paciente se presenta en la actitud de los fracturados de clavícula, el dolor se exagera por la elevación del brazo. La deformación es muy acusada, la clavícula cabalga suelta sobre el acromion y aquella se acentúa cuando el enfermo intenta llevar el brazo hacia adelante. La clavícula elevada / puede llegar hasta a amenazar los tegumentos. Esa / saliencia esta separada del acromion por una depresión importante que constituye el signo de la primera charretera (la segunda se produce en la luxación escapulo-humeral y la tercera en la fractura sub-capital del húmero); el hombro parece aplastado de adelante hacia atrás y el miembro superior alargado; y las crestas supra y sub-escapular estan borbadas o exageradas mientras que la clavícula esta desplazada hacia atrás o hacia adelante. - El omoplato esta aplicado contra el tórax y la distancia del acromion al manubrio esternal esta disminuida. -

Tambien puede servir como prueba del estado de la articulación segun Usadel, el movimiento de encogerse de hombros acusando al lesionado un vivo dolor y el salto de la clavícula se hace mas evidente. -

DIAGNOSTICO Y DIAGNOSTICO DIFERENCIAL. -

El diagnostico

es fácil, la sintomatología nos llevará a él de la mano, debe obtenerse también una radiografía, la cual a más de confirmarnos el diagnóstico clínico de luxación, revela en algunos casos la existencia de lesiones óseas concomitantes que requieren tratamiento especial.-

El diagnóstico diferencial debe realizarse con la fractura de la extremidad externa de la clavícula para lo cual fundamentalmente tenemos la movilidad anormal y la crepitación ósea; con la luxación del hombro con su síntoma típico la cabeza humeral se palpa fuera de su sitio normal; y deberá también evitarse tomar como luxación incompleta a la sub-luxación habitual bilateral por laxitud / articular congénita o adquirida. La radiografía nos aclarará siempre el diagnóstico.-

PRONOSTICO

Es bastante favorable en las supra-acromiales incompletas, aún cuando no se obtenga la reducción pues entre las cabezas articulares se establecen nuevas relaciones, seguramente algo más fijas que las normales, pero que no estorban o estorban muy poco las funciones del miembro. Ahora en los casos de cargadores u obreros, necesitados de sostener / grandes pesos, la oposición entre éstos obligan al descenso del hombro, y la contractura del trapecio tirando hacia arriba la extremidad acromial de la clavícula, provoca dolores y un estado de inflama-

ción crónica articular por los movimientos acromio claviculares mas amplios.-

La luxación completa es por el contrario una afección seria que sólo una o peración permite curar. En efecto, la reducción es posible llevando como para una fractura de clavícula el muñón del hombro hacia arriba, afuera y atrás y empujando la extremidad clavicular luxada. Pero é cualquier aparato suficientemente apretado para // mantener la reducción no puede ser tolerado mas // que algunas horas.-

TRATAMIENTO

La luxación acromio-clavicular ha sido encarada de diversas maneras desde el punto de vita terapéutico. Ella plantea siempre un problema no facilmente solucionable, ya que si bien la reposición no es difícil, lo es en cambio la contención, porque la cicatrización de los poderosos ligamentos rotos, únicos capaces de mantenerlas, requieren largo tiempo de inmovilidad ininterrumpida.-

Siendo facilmente reductible mediante la simple presión hacia abajo de la extremidad externa de la clavícula, la contención resulta en cambio difícil. Para lograrla algunos preconizan la intervención sistemática, otros se limitan a los protegimientos incruentos, y otros basados en el hecho de que habitualmente es compatible una luxación no reducida con una función normal, no se esfuerzan m

yormente en reducirla.-

Los métodos del tratamiento, se eligen entre los incruentos y los cruentos. Los primeros son en su mayoría de relativa eficiencia y sumamente molestos para el paciente y los segundos aparte del riesgo operatorio común no siempre son efectivos y además suelen anular una función articular nada despreciable.-

La existencia de varios métodos incruentos y de no pocos cruentos, demuestra en primer lugar la ineficacia de los primeros, y en el segundo, el no existir uno que de una manera satisfactoria y definitiva tenga supremacía sobre los demás. El tratamiento varía también según sea la luxación completa o incompleta y esto se desprende / perfectamente de la Anatomía Patológica.-

En las incompletas cuando se nota una ligera saliencia de la extremidad externa de la clavícula que se deja comprimir como \times 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.-

En cambio cuando la luxación es completa hay dos conductas a seguir, pudiéndose elegir métodos incruentos o cruentos.-

Como sabemos, el fin buscado en este tipo de pacientes, es no sólo la reducción sino también la contención.- Böhler, Watson Jones,

Hart, Ottolenghi, Lagomarsino, etc., recurren a procedimientos incruentos basados con algunas diferencias en el mismo tipo de aparato. La reducción la efectúan por medio de maniobras semejantes a las que se practican para reponer las fracturas de clavícula. Se lleva el omoplato y el brazo hacia afuera, separándolo de la caja torácica, para prepararle lugar al extremo clavicular superpuesto al acromion, lo que se consigue colocando el puño en la axila e impulsando el hombro hacia arriba y atrás. Hecho esto se reduce la clavícula luxada haciendo que un ayudante la empuje de arriba hacia abajo. De esta manera la reposición se obtiene con relativa facilidad. El verdadero problema se encuentra en la contención.-

El simple vendaje de Velpeau sólo en caso de muy pequeño desplazamiento puede resultar eficiente.-

Böhler aconseja su férula de abducción o un triángulo parecido al de Middeldorf, colocando una cuarta correa para mantener descendida la clavícula; pero no la mantiene en esta forma mas que en el momento de su colocación, pues luego el punto de aplicación asciende, poco pero lo suficiente para no mantener la presión que le estaba encomendada. Esto sucede por la oblicuidad con que se coloca que tiene que hacer que se deslice facilmente hacia afuera. Además su aplicación es incorrecta ya que monta sobre el polo superior del húmero y del acromion. Al respecto Watson Jones dice en su obra: "Es un error

frecuente la aplicación de tiras a tracción sobre este punto, en lugar de aplicarlas sobre la clavícula y sobre el triángulo supraclavicular". W. Jones las cruza en la base del cuello, tanto mas cerca cuanto sea posible.-

Robert Jones aplica una almohadilla de fieltro sobre la clavícula en su extremidad externa y otra debajo del codo, untiendolas mediante tiras de tela adhesiva lo mas apretadas posibles, llevando el húmero hacia arriba, para que la escapula y con ella el acromion, ascienda; y la clavícula hacia abajo, mientras se aplica el vendaje. Respecto a esto, dice W. Jones: "el vendaje es distendido facilmente por el peso del brazo por lo que deben aplicarse / tiras adicionales cada dos o tres dias que aprietan las ya existentes".-

Watson Jones modifica la técnica de Robert Jones, coloca en la axila una pequeña almohadilla de algodón y suspende la muñeca del cuello mediante un cabestrillo con cuello y muñequera, con el codo en ángulo recto. Coloca una almohadilla de fieltro adhesivo debajo del codo para proteger el nervio cubital y la prominencia ósea del olecranon y pone una segunda almohadilla sobre el extremo externo de la clavícula y realizando la misma maniobra que R. Jones, coloca las tiras de tela adhesiva lo mas cerca posible a la base del cuello y para evitar que sea distendido por el peso del miembro emplea cinco o seis capas una encima de otra. El vendaje /

lo deja colocado de tres a cinco semanas. Según el autor se obtienen con este método excelentes resultados estéticos y funcionales. Los resultados obtenidos en la Sala VII del Instituto General San Martín de La Plata utilizando este método, han mostrado que con él se obtienen buenos resultados en las luxaciones incompletas, pero que él método es insuficiente en las completas.-

Gaspar Huelbes mantiene la posición mediante la tracción elástica de una tira de goma hecha un círculo, que pasa por encima del hombro y por debajo del codo, flexionado en ángulo recto. Para ello, toma la medida con una cámara de bicicleta hendida longitudinalmente; superpone luego los extremos de cuatro a seis traveses de dedo y los fija, colocando dos almohadillas de esponja en los lugares de apoyo; y para impedir la movilización de la parte superior, fija las bandas de goma que pasan por delante y por detrás del hemitórax correspondiente con una cincha que abarca la parte superior del tórax y que pasa por debajo de la axila del lado sano. Lo mantiene colocado durante cuatro a cinco semanas y para impedir la tendencia a la rigidez de la articulación del hombro inmovilizado durante ese tiempo, hace ejecutar al paciente movimientos de rotación externa del brazo, con tanta mayor insistencia cuanto mayor sea la edad del mismo.-

El doctor Lorenzo Balarino utiliza un aparato, (modificación del que Böhler usa para

clavícula) que consiste en un dispositivo hecho con férulas de Cramer acolchadas y correas ad-hoc y // que en esencia produce la elevación y la extensión del hombro. El mérito de este aparato es que eleva el hombro en forma efectiva. Hecha la anestesia local y colocado el aparato, la reducción es inmediata y la contensión es perfectamente tolerada hasta la consolidación de los ligamentos coracoclavicular y trapezoide. Requiere solo una condición y es la aplicación precoz del aparato, si es posible el mismo día del accidente.-

Ottolenghi y Lagomarsino proceden de la siguiente manera: sentado el enfermo en el aparato de Delitala (para comodidad de los autores) se eleva el muñón del hombro, suspendiéndolo 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 mas aproxime el acromion a la clavícula. Confeccionan en esta posición un yeso tóraco-braquial // bien modelado, y al día siguiente ya bien seco se le aplica un dispositivo de presión clavicular. Se abre una ventana al yeso que exponga la región acromioclavicular, sobre las valvas anterior y posterior de la ventana se confeccionan dos ojales por los cuales se pasa una cincha. Sobre la clavícula colocan una almohadilla que ponen en tensión con la cincha y sujetan con una hebilla. Dejan pasar luego un periodo de veinticinco a treinta días haciendo se-

siones de fisioterapia. Este método fué bastante usado en la Sala VII; la experiencia que de él se tiene es desfavorable, y ha sido abandonado, pues es sumamente molesto para el enfermo, para que la reposición se mantenga es necesario que la cincha ejerza una fuerte presión no siempre bien tolerada; por otra parte la cincha se afloja y hay que rectificarla con frecuencia durante el largo periodo del tratamiento que no debe ser menor de seis semanas. Los resultados estéticos y funcionales son apenas discretos.-

Ha sido utilizado también en el Instituto General San Martín un procedimiento más sencillo; se trata del preconizado por Gibbens, en un artículo aparecido en el "Journal of Bone and Joint Surgery", en 1946; consiste en un enyesado circular del brazo, antebrazo y mano, semejante al aconsejado por Cadwell para el tratamiento de las fracturas de la extremidad superior del húmero llamado "procedimiento del yeso colgante". A ese enyesado se le agrega en la parte superior dos varillas horizontales de manera tal que éstas se prolonguen por delante y por detrás del tórax. Una vez conseguida la reducción se coloca una venda elástica que, sobre una almohadilla, presiona el tercio externo de la clavícula y se sujeta a las dos varillas horizontales; la presión es mantenida por el yeso colgante.-

A continuación narro dos historias clínicas elegidas al azar, tratadas por este método

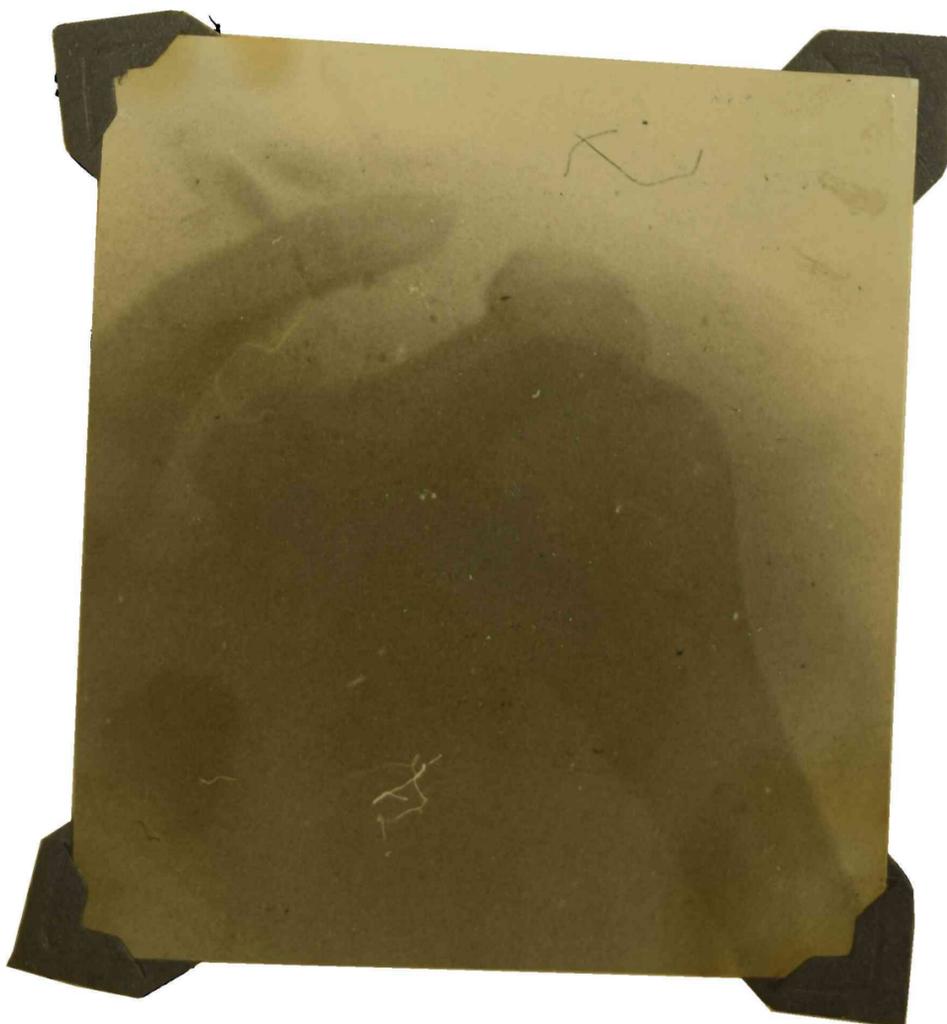
HISTORIA CLINICA Nº 742

O.P., 35 años, peón.-

Fecha de ingreso: 27/IX/47

El mismo día de su ingreso, el camión que conducía choca contra un árbol, provocando al conductor un fuerte golpe en el hombro izquierdo, con dolor en la zona traumatizada y una relativa impotencia funcional del miembro superior, es atendido en la A. Pública, donde le confeccionan un vendaje de Velpeau y lo envían al Servicio.

El enfermo presenta un buen estado general. El hombro izquierdo deformado por un ligero es calón alto, sobre la articulación acromio-clavicular. A la palpación de la articulación acusa dolor; a la presión sobre la clavícula franco signo de la tecla positivo. La movilidad activa y pasiva del miembro, conservada. La radiografía muestra: luxación acromio clavicular con poco desplazamiento.



Se le confecciona al paciente el aparato colgante descrito. El control radiográfico muestra buena reposición



El aparato fué bien tolerado por el enfermo.-

HISTORIA CLINICA Nº 743.-

L.S., 26 años, mecánico.-

Fecha de ingreso: 29/IX/47.-

El día de su ingreso en un choque de vehículos se traumatiza el hombro izquierdo. De inmediato dolor intenso en la zona escápulo-torácica que se exacerba con los movimientos.-

Conducido al servicio presenta una deformidad en el hombro izquierdo provocada por el /

extremo externo clavicular que levanta la piel amenazando perforarla a 3 centímetros por encima y a 1 por detrás de la articulación acromio clavicular. La palpación es dolorosa y se observa una movilidad anormal en el extremo distal de la clavícula. La movilidad activa y pasiva del hombro es dolorosa y / está disminuida. La radiografía muestra una luxación acromio-clavicular con gran elevación del extremo clavicular.-



Se reduce la luxación y se le confecciona yeso colgante. El control obtenido muestra buena reducción.-



Pero a pesar de lo sencillo del aparato, de la buena tolerancia por parte de los pacientes y de los buenos resultados, posteriormente el método fué dejado de utilizar porque se comprobó que solo en los casos de luxación incompleta o sub-luxación los resultados alejados eran buenos, en cambio en aquellos en que la luxación era total y especialmente en los que existía gran desplazamiento, la luxación se producía a poco de retirado el aparato. Tal sucedió en el segundo caso que relato y en otros mas.-

El Doctor Domingo Muscolo ha presentado también un aparato que considera eficaz porque la presión se hace en forma directa y exclusiva sobre la extremidad externa de la clavícula, porque es /

bien tolerada y porque permite un buen control de la zona afectada. Confecciona primeramente un yeso que incluyendo el tórax se extiende hasta el tercio inferior del brazo, al cual practica una ventana circular a nivel de la articulación acromio-clavicular. Una vez fraguado el yeso, adapta el dispositivo, que consiste en una varilla metálica arqueada y atravesada en su parte media por un presionador a tornillo, con movimiento universal, de manera que se puede orientar la presión en el sentido mas apropiado. Con el objeto de no dañar la piel, la protege con un trozo de esponja y aumenta la presión en forma paulatina, con el fin de obtener la reducción recién al tercer o cuarto día. Una vez esto conseguido, lo deja colocado durante unos cuarenta y cinco días. En su trabajo comenta haber tratado dos enfermos de ésta manera y haber obtenido la reducción anatómica con restitución funcional completa dos meses después del tratamiento.-

En general se puede afirmar, y en esto están acordes la mayoría de los ortopedistas, // que los métodos incruentos, en el tratamiento de la luxación acromio-clavicular, fallan. Al dejarse de presionar, la clavícula vuelve a desplazarse por encima del acromion "como la tecla de un piano". Las causas de la reproducción del desplazamiento son / múltiples: rotura de los ligamentos córacoclaviculares (verdaderos fijadores de la articulación), la oblicuidad de las carillas articulares, la tracción

de la clavícula hacia arriba por el músculo trapecio, y por la acción del córaco-braquial, que tracciona hacia abajo a la apófisis coracoides.-

Los vendajes y dispositivos aconsejados, son ineficaces, porque:

- a) Se aflojan fácilmente y necesitan vigilancia continua;
- b) Son molestos a los enfermos porque el vendaje presiona no sólo a la clavícula, sino también a los elementos anatómicos vecinos: músculos pectorales, supra-espinoso, espina del omoplato, etc;
- c) La presión pierde eficacia porque la fuerza se descompone en una más amplia;
- d) Favorece la atrofia muscular;
- e) Si son muy apretados, dan lugar a inflamaciones periarticulares, que asociadas a las osificaciones que sobrevienen en los ligamentos desgarrados, pueden comprometer las funciones ulteriores del miembro;
- f) Y porque pueden persistir dolores por mala coaptación, hombros rígidos, limitados en sus funciones.-

La existencia de varios métodos incruentos y la ineficacia de los mismos, ha dado lugar al nacimiento lógico de los procedimientos quirúrgicos. El concepto actual es que en este tipo de enfermos el único tratamiento para obtener la reducción y la contención permanente es el quirúrgi-

co; ya lo habia señalado Tavernier, con gran visión en 1928, en la sociedad de Cirugía de Luján, quien afirmó en ese entonces que el único tratamiento de la luxación acromio-clavicular es el quirurgico y que debian operarse todos los casos, aún las luxaciones incompletas.-

Numerosos son los métodos operatorios aconsejados y la mayoría, por no decir todos, estan basados en la reconstrucción de los ligamentos coraco-claviculares, o en la fijación acromio-clavicular.-

La reconstitución de los ligamentos acromio-claviculares puede realizarse mediante: la / sutura directa, la sindesmopectia, la ligamento-pectia.

La sutura directa, aún a cielo abierto es de realización difícil y conduce a la anquilosis en forma inevitable según Gioia.-

Indudablemente, dentro de las operaciones que parecen mas lógicas son aquellas que aseguran la reducción mediante el amarre de la clavícula a la apofisis coracoides. En esta forma se preserva la articulación que queda alejada del foco operatorio y se crea un nuevo aparato contentivo semejante al anatomico.-

La sindesmopectia es una intervención en boga que fué ideada por Pierre Delbet y Mocquot, quienes hicieron la fijación por medio de un hilo de plata que luego sustituyen por seda. La operación consiste en una incisión corta vertical desde un /

centimetro por fuera de la coracoides hasta un través de dedo por debajo de la clavícula, se disocian / las fibras del deltoides y puesta al descubierto la coracoides, deslizan por debajo de ésta y por detrás de los ligamentos que en ella se insertan y luego alrededor de la clavícula y por debajo de su perigtio, el ligamento artificial y lo anudan mientras un ayudante reduce la luxación. Si la reducción fuese / imperfecta, se puede antes de ajustar el ligamento artificial, descubrir la articulación despegando la parte externa y practicar una cuidadosa sutura de la parte superior de la cápsula.-

Si los cartilagos articulares estuviesen comprometidos, cosa que es la excepción, se podra realizar una pequeña atroplastia con interposición de fibras del trapecio. Delbet aconsejaba la / movilización desde el decimo quinto dia después de la operación.-

Como la seda y los hilos metálicos son mal tolerados por los tejidos se reemplazaron por tendón de canguro, de fascia lata o de fascia bovis como se hizo en el Servicio de Ortopedia a que concurro, con resultados poco satisfactorios, pues es muy difícil conservar con ellos la reducción firme y / por lo general la luxación se reproduce por estiramiento o por insuficiencia primitiva de la tracción. En un obrero de treinta y un años que ingresó el // 20/2/48 y en el que se efectuó la sindesmopexia // con fascia bovis no solo no se consiguió una buena

contención sino que fué necesario reintervenir para retirarla por intolerancia y supuración.-

Sterling-Binnel, han propuesto un procedimiento que consiste en utilizar una bandeleta de fascia lata de uno por diez centímetros, combinando la sutura acromio-clavicular y la sindesmopexia. Para realizarla se necesitan tres perforaciones óseas de cinco milímetros de diametro. Se hacen dos a un centímetro de un lado y de otro de la interlinea, en el acromion y en la clavícula; y la tercera a través de la parte anterior de la clavícula a nivel de la inserción del ligamento trapezoide, pasando alrededor de la coracoides y se anuda por encima de la interlinea. El resultado de esta operación es bueno y durable. Caraven ha podido controlar un resultado doce años después. En realidad se puede decir que es una operación ingeniosa pero que se necesita una insición grande y que es muy complicada.-

Cadenat ha propuesto para evitar la presencia de un cuerpo extraño y sobre todo la ruptura del hilo de fijación, reemplazar la sindesmopexia por una ligamentopexia.-

Para ello descubre la bóveda acromio-coracoidea y separa lo mas largo posible hacia afuera su fascículo posterior legando la cara inferior del acromion, desliza ese hacecillo por la cara posterior de la clavícula y lo sutura a la cara superior de la misma y al ligamento conoide. Aconseja la movilización recién despues de tres semanas y muy /

prudentemente. Pero su técnica es muy difícil a pesar de ser un método anatómicamente ideal.-

Luthero Vargas después de experiencias realizadas en cadáveres presenta un método utilizando el tendón corto del biceps. Procede de la siguiente manera: efectúa una incisión cutánea de diez centímetros partiendo del borde inferior de la clavícula a dos centímetros por dentro de la articulación acromio-clavicular en dirección a la axila, disocia las fibras del trapecio; llegado a la apofisis coracoides, disecciona el tendón de inserción de la porción corta del biceps, lo divide por la mitad longitudinalmente y después de cortar la porción inferior de una de las partes, rebate el colgajo de unos ocho centímetros para arriba. Va en un segundo tiempo en busca de la cara superior de la clavícula y allí hace una perforación a través de la cual pasa el tendón; reseca ahora un trocito de clavícula que coloca en el orificio para que el tendón quede ajustado entre las paredes y realiza una sutura tendino-tendinosa con seda. Toilette del foco y de las partes musculares mortificadas por el trauma u sutura la piel con catgut. Luego inmoviliza con un yeso.-

A los siete días retira los puntos de piel; después de las cuatro semanas hace tratamiento fisioterápico y considera que el enfermo puede volver a su trabajo a los dos meses. Dice en el caso que presenta no haber obtenido resultado anatómico

completo pero el funcional excelente pues la capacidad para el trabajo fué total.-

La fijación acromio clavicular que Cooper practicó por primera vez en 1861 puede llevarse a cabo utilizando la sutura metálica entre acromión y clavícula (Cooper, Le Bac, Vallas, Piccioli, Chutro, Marconi, etc) mediante tornillos (Budinger); el enclavamiento; o por una verdadera artroplastia con interposición de un trozo de aponeurosis cervical como la ha practicado Correa Do Sago Filho (Rio de Janeiro, 1936) utiliza una bandeleta de fascia lata con la que sutura el acromión y la clavícula previa perforación de ambos huesos la artrodesis ha sido tambien practicada por Monari, Woferi, Lejars, Schowarez y en resección del extremo clavicular luxado por Passi Morestin, Fracassini, Lijaro.-

Las primeras operaciones practicadas han producido la anquilosis acromio-clavicular y si bien suprimen la deformidad entrañan malos resultados funcionales, pues al producirse la anquilosis se limitan los movimientos de la articulación del hombro cuya abducción llega solamente a los noventa grados después de esta intervención, este serio inconveniente ha hecho que ella sea muy poco usada.

Moffat trata de evitar la anquilosis osea buscando la producción de una rigidez fibrosa de la articulación con lo que obtendría mejores resultados.-

La osteosintesis temporaria con una

aguja de Kirschner que atraviese el acromion y penetre en el canal medular de la clavícula, es un método teóricamente seductor pero que fracasa en la práctica. Está lleno de dificultades técnicas y en el caso de obtenerse el objetivo propuesto, persisten los inconvenientes: peligro de infección en el trayecto del clavo o de la piel alrededor del orificio de entrada del mismo; necesidad de una larga permanencia y de una incomodidad absoluta difícilmente tolerable; posibilidad de reluxación una vez retirado el clavo y en el mejor de los casos artritis residual y disminución funcional.-

En el Servicio se tiene un caso ilustrativo: un hombre de trabajo que a raíz de un traumatismo sufre una luxación acromio-clavicular izquierda. Mediante una insición curva abarcando la articulación acromio-clavicular, se pone la misma a la vista y se reduce con elevación del hombro y presión sobre el extremo luxado; se efectúa la sutura acromio-clavicular con alambre de acero inoxidable. El control muestra que la contención es insuficiente y que la articulación queda sub-luxada. Se trata entonces de contenerla mediante la osteosíntesis temporaria para lo cual se efectúa la transficción del acromion y la penetración del tercio externo de la clavícula con una aguja de Kirschner, cuya mitad distal queda fuera de

piel. Se coloca el miembro en una férula de abducción y todo marcha bien durante diez días, al cabo de los cuales se observa infección de la piel e intolerancia para el clavo, lo que hace necesario retirarlo. Resultado: después de sufrir dos intervenciones, el enfermo queda con su articulación luxada y con una infección agregada que afortunadamente / fué de poca intensidad, y curó bien.-

Otro de los métodos cruentos utilizado en este tipo de enfermo, es la fijación coracoi-dea clavicular por medio de un tornillo. En el servicio, se ha utilizado esta técnica en un hombre de 36 años, que sufrió un accidente al ser despedido / de la parte posterior de un camión en que viajaba, cayendo sobre el hombro izquierdo. A consecuencia / del golpe, quedó con una impotencia funcional, y radiografiado padecía la siguiente luxación:



La técnica seguida en este enfermo fué la siguiente: Bajo anestesia general se efectuó una incisión de seis centímetros, vertical, desde por encima de la clavícula hasta por debajo de la coracoides. Se seccionó la rama sub-coracoidea de la arteria acromio-torácica y se ponen al descubierto apofisis y clavícula. Se efectuó en ésta de arriba a abajo una perforación por la que pasara en forma holgada un tornillo de Lambotte, se clavó/ la punta // lanceolada hacia la base de la coracoides y se atornilló luego. Previamente sobre la cara superior de la clavícula se había colocado una pequeña plaqueta para evitar que la cabeza al atornillarse se hundiera en el hueso.-

La radiografía muestra la buena reducción que se obtuvo.-



Se inmovilizó con un simple vendaje de Velpeau. El post-operatorio fué bueno e indoloro Sin embargo posteriormente deshechamos la esperanza en este método, pues tres meses después, el enfermo concurrió a nuestro Servicio con dolores, impotencia funcional y una radiografía mostró la ruptura del tornillo y la reproducción de la luxación.-

En 1948, Bosworth presentó un trabajo sobre resultados finales del tratamiento de suspensión por medio de tornillos de vitalio, bajo anestecia local, a través de la porción externa de la clavícula y de la apófisis coracoides subyacente. De los ocho casos que presenta, seis tuvieron un resultado anatómico y funcional muy bueno, en uno un resultado anatómico aceptable y funcional muy bueno y en el octavo fracaso anatómico y funcional regular

En sus conclusiones, aconseja utilizar un tornillo electrolíticamente inerte, con una rosca de paso mínimo y de cabeza ancha y chata. Indica que el tornillo no debe atravesar la coracoides, pero que debe hacer presa en la cortical inferior de la misma. Colocar en el post-operatorio un cabestrillo que se retirará a veces durante el día y que se debe estimular al enfermo a realizar ejercicios de rotación y de trepar por la escalera, como tambien asearse, vestirse, afeitarse, peinarse, etc desde el día siguiente de la operación. Y coincide finalmente con Watson Jones en que el tornillo pue

de dejarse in situ indefiniblemente, aunque también puede retirarse a las ocho semanas.-

También es utilizado el procedimiento de reseca el extremo acromioal de la clavícula o cleidectomia, indicado por Monari para los casos de artritis producida por luxaciones antiguas y dolorosas. Muchos autores están de acuerdo en decir, que ella es una intervención incompleta, pero con la cual pueden obtenerse, sin embargo, resultados satisfactorios.-

Marottoli al respecto presentó un // trabajo en un hombre que concurrió a la consulta, / un año y medio después de haber sufrido un traumatismo de hombro izquierdo, y que presentaba una luxación irreductible, con manifestaciones dolorosas y con limitación de los movimientos. Hechala ejercicio consiguió una recuperación absoluta con desaparición completa del dolor. Opina que la cleidectomía parcial es una operación simple, que se acompaña de una restitución funcional completa.-

En nuestro Servicio, ultimamente estamos practicando este método y en los ocho casos en que se realizó, hemos visto buenos resultados. Dos / de ellos relataré a continuación:

HISTORIA CLINICA Nº 2876.-

R.E.B., 25 años, empleado.-

Fecha de ingreso: 25/9/50/.

El día de su ingreso, mientras condu

cía una bicicleta, cae del vehículo apoyando el cuerpo sobre el hombro izquierdo. Se presenta al Servicio extendiéndose el miembro izquierdo con el derecho, con escoriaciones y equimosis en hombro izquierdo, con deformación de hombro en primera charretera y haciendo anormal proyección el extremo distal / de la clavícula sobre la piel. La palpación produce dolor a ese nivel, se aprecia muy bien el signo de la tecla. La movilidad activa y pasiva esta disminuida. Se saca radiografía y muestra luxación acromioclavicular con cabalgamiento del extremo de la clavícula sobre el acromion.



Tres días después de su accidente, se / le interviene quirúrgicamente con anestesia general etérea. Se le practica la resección del extremo externo de la clavícula, para lo cual se le hace u-

na incisión curva a la altura de la articulación /
luxada, se pone al descubierto el extremo clavicu- /
lar y se lo reseca en una extensión de dos centime-
tros, extirpandosele también el menisco articular. /
Cierre por planos y confección de vendajes de Vel-
peau.-

El post operatorio fué bueno. Cuatro días
después se le radiografía y el control muestra la
resección y una posición aceptable de la clavícula



Se le da el alta para concurrir a consul- /
torio externo; así lo hace diez días mas tarde, pu-
diendo en ese entonces realizar activamente los //
movimientos del hombro, llegando en la abducción //
mas allá de los noventa grados, sin dolor, y el as-
pecto morfológico del hombro normal. Se le autoriza
la movilidad libre.-

HISTORIA CLINICA Nº 3749.-

M.S., 63 años, tambero.-

Fecha de ingreso: 8/5/51.-

Dos días antes de su ingreso, al caer de un carro, se traumatiza el hombro derecho, el que se presenta con la deformidad característica, sin lesiones de piel ni equimosis, dolor en la articulación acromio-clavicular, y signo de la tecla positivo. La movilidad es muy dolorosa. Radiografiado muestra lo siguiente:



Intervenido quirúrgicamente con anestesia local, se le practica la resección parcial de la clavícula, y se le confecciona vendaje tipo Velpeau.-

Post operatorio muy bueno

El control radiografico muestra la /
resección y la buena posición de la clavícula.-



Diez dias después se reintegró a sus
ocupaciones.-

.....

En RESUMEN, después de los datos bi
bliográficos y personales presentados, se comprueba
que los métodos incruentos no sirven para las luxa-
ciones totales. La mayoría de los autores, para estos
casos, se inclinan por los métodos quirurgicos.-

En el Servicio a que concurro, de /
entre éstos, se han obtenidos buenos resultados anato
micos y funcionales empleando el método de la resecc
ción acromial de la clavícula, que además brinda a /
los enfermos la pronta reintegración a su vida nor

mal.-

Ante la imposibilidad de llevarlo a la prá
tica, debemos inclinarnos por la sindesmopexia, con
fascia lata o bovis, porque nos brinda la reconstruc
ción mas anatómica posible, de acuerdo a lo observa
do en anatomía patológica.-

C A S U I S T I C A

HISTORIA CLINICA Nº 156.- S.L., 67 años, quintero.

Luxación acromio-clavicular izquierda. En un traumatismo con pérdida de conocimiento. En sus antecedentes, luxación acromio-clavicular izquierda a los quince años, repetición del cuadro a los veintiuno años. Con fecha 3/8/48, osteosíntesis con alambre inoxidable, como es insuficiente se intenta transficción con alambre de Kirschner. Con fecha 13/8/48 intolerancia; y control radiográfico muestra alambre safo de la toma acromial, por lo que se le retira.-

HISTORIA CLINICA Nº 539.- P.J., 33 años, policía.

Traumatismo de hombro derecho contra el / cordón de una vereda al caer de una bicicleta. Luxación acromio-clavicular. Reducción e inmovilización con vendaje de Stimson.-

HISTORIA CLINICA Nº 742.- O.P., 35 años.-

Fecha de ingreso 27/9/47.- Luxación acromio clavicular completa, lado izquierdo, por trauma directo en accidente automovilístico. El 28/9/47 confección de yeso colgante. Buena reposición.-

HISTORIA CLINICA Nº 743.- L.S., 35 años, mecánico.-

Fecha de ingreso 29/9/47.- Choque contra un árbol en un accidente automovilístico. Luxación acro

mio-clavicular izquierda con mucho desplazamiento. El 1/10/47 reducción con yeso colgante. Reposición radiográfica aceptable.-

HISTORIA CLINICA Nº 824.-F.L.,48 años.

Fecha de ingreso 25/10/44. Luxación acromio clavicular. Tratada con aparato de Ottolenghi y Lagomarsino. El 11/12/44, fisioterapia por disminución / funcional y ligero dolor.-

HISTORIA CLINICA Nº 835.-E.D.E.,36 años.

En un viraje desde un camión cae, traumatizándose hombro izquierdo. Luxación acromio clavicular. El 25/1/49 osteosíntesis con tornillo, clavículo coracoideo. Buena reducción. Alta 30/1/49.-

Reingreso 27/4/49. Dolor articular, disminución de la movilidad. Una radiografía muestra rotura del tornillo y reproducción de la luxación. Nueva operación 28/4/49; extracción del tornillo y resección parcial de clavícula. Alta 10/5/49.-

HISTORIA CLINICA Nº 921.-E.CH.

Al caer sobre su hombro un mueble de un camión de mudanza en el que se encontraba, se le produce una luxación acromio-clavicular total. Se trata por el método del yeso colgante, obteniéndose buena reducción.-

HISTORIA CLINICA Nº 937.-A.M.C.-

Sub-luxación acromio clavicular.-

Traumatismo sobre el hombro derecho al rodar el caballo que montaba. 18/2/49 reducción por el método de Böhler. Alta 19/2/49. Con fecha 5/8/49 aún concurría a consultorio externo para fisioterapia.-

HISTORIA CLINICA Nº 1161.-G.S.-45 años.-

Sub-luxación acromio clavicular.-

Choque directo sobre hombro derecho. 10/12/45 vendaje Velpeau. El 18/1/46 alta. Buena reducción.-

HISTORIA CLINICA Nº 1164.-J.R.G.-31 años.-

Ingresa 22/4/49. Luxación acromio clavicular izquierda al caer de un caballo.-Vendaje / Velpeau. Alta 25/4/49.-

HISTORIA CLINICA Nº 1232.-O.D.V.-53 años.-

Luxación acromio-clavicular por trauma directo de hombro derecho. Vendaje simple.-

HISTORIA CLINICA Nº 1302.- B.F.-27 años.-

Ingreso 14/6/49. Con fecha 18/6/49 / reducción y vendaje de Stimson (W. Jones). Se quita vendaje 1/7/49, por intolerancia. Alta 4/7/49. Persiste sub-luxación.-

HISTORIA CLINICA Nº 1779.-R.A.R.-25 años.-

Ingreso 01/12/47. Luxación acromio-clavicular completa lado derecho al ser apretado por

una jardinera contra una pared.Reducción y contención con yeso colgante (método de Gibbens).El /// 10/8/48 al retirar el aparato buena movilidad, aunque persiste alguna molestia y ligera deformación.

HISTORIA CLINICA Nº1940.-D.N.F.,31 años

Ingreso 20/2/48.Luxación acromio-clavicular izquierda por traumatismo de hombro al ser embestido por un automovil.Vendaje de Velpeau.-

HISTORIA CLINICA Nº2716.-A.L.,21 años,tambero.

Luxación acromio-clavicular por trauma directo al caer de un caballo.Operado 16/8/50.Resección parcial de clavícula.Buen resultado morfológico y funcional.Alta 28/8/50.-

HISTORIA CLINICA Nº2876.-R.E.B.,25 años,empleado.

Trauma directo sobre hombro izquierdo al caer de una bicicleta.Luxación acromio-clavicular completa.Operado 28/9/50,Resección del extremo acromial.Alta 2/10/50.El 18/10/50 visto en C.E.,el aspecto morfológico del hombro es normal,moviliza activamente hasta por encima de los noventa grados.-

HISTORIA CLINICA Nº3013.-J.J.Z.,38 años,ganadero.

Trauma directo sobre hombro derecho al caer de un caballo.Luxación acromio-clavicular completa.Operado 31/10/50.Resección extremo distal.Alta 6/11/50.A los quince dias movilidad completa del

hombro.-

HISTORIA CLINICA Nº 3057.-A.D.T., 62 años, empleado.

Luxación acromio-clavicular completa de / dos meses de evolución. Deformidad, dolor, dificultad funcional y atrofia muscular del hombro. El 7/12/50 resección extremo acromial. Alta 11/12/50.-

HISTORIA CLINICA Nº 3146.-M.S., 45 años, choffer.-

En un vuelco de jeep, traumatismo de hombro y tórax. Luxación acromio-clavicular completa. Operado 14/12/50. Resección parcial de clavícula. Alta // 18/12/50. Visto en C.E. 26/12/50, buena recuperación funcional.-

HISTORIA CLINICA Nº 3199.-R.A.R., 27 años, choffer.

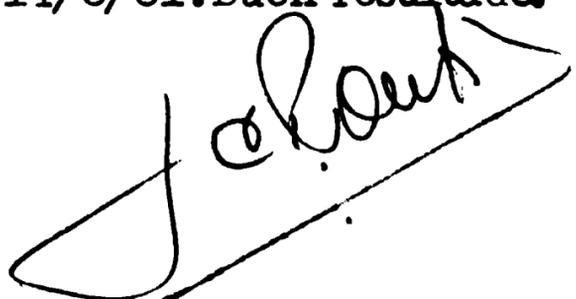
Luxación acromio-clavicular completa de / tres años de antigüedad, que fuera tratado antiguamente con métodos incruentos (yeso colgante), deformidad, dolor, dificultad funcional y atrofia muscular. El 28/12/50, cleidectomía parcial. Alta 2/1/51.-

HISTORIA CLINICA Nº 3748.-O.S., 24 años, empleado.

Traumatismo sobre hombro izquierdo al caer de una bicicleta. Vendaje W. Jones sin resultado. Operado 10/5/51. Resección. Alta 16/5/51. Buen resultado anatómico y funcional.-

HISTORIA CLINICA Nº ~~5749~~ 5749.-M.S., 63 años, tambero.

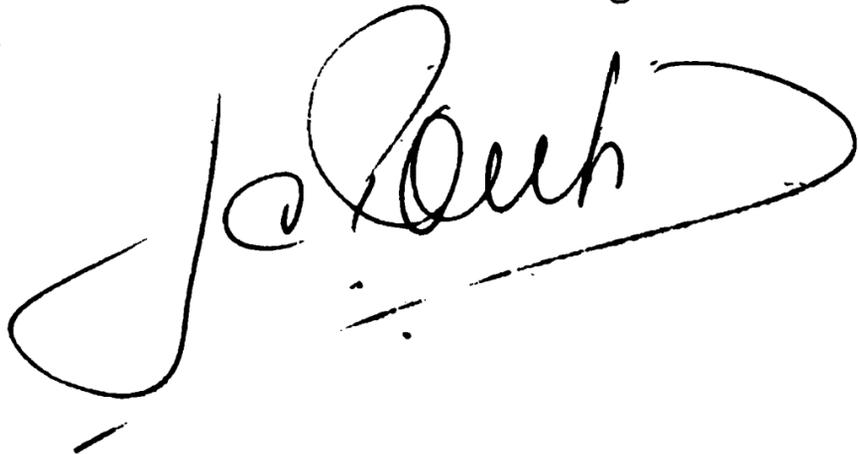
Traum directo sobre hombro al caer de un carro. Resección 10/5/51. Alta 14/5/51. Buen resultado.



BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- 1.-Arena Francisco.-TRATAMIENTO DE LA LUXACION ACROMIO-CLAVICULAR.-Fac.Ciencias Médicas. L.P.-Trabajos de Adscripción.-Tomo 137.- Pag.1.-1948.-
- 2.-Bölher Lorenz.-TECNICA DEL TRATAMIENTO DE LAS FRACTURAS.-Tomo 1º.-Pag.403.-
- 3.-Bosworth Marsh.-LUXACION DE LA ARTICULACION ACROMIO-CLAVICULAR.-Rev.Anales de Cirugía.-Tomo 1º.-Pag.100.-1948.-
- 4.-Bulfaro José A.-LUXACION ACROMIO-CLAVICULAR.- APARATO DEL DOCTOR LORENZO BALARINO.- Rev.Sociedad Argentina de Cirujanos.- Pág.324.-1946.-O Rev. de la A.M.A.-// Tomo 1º.Pág.541.-1946.-
- 5.-Girardi Valentín C.-ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA. Pág.823.-1946.-
- 6.-Gioia T.-TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES SUPRA-ACROMIALES DE LA CLAVICULA.-Rev.Semana Médica.-Tomo 1º.-Pág.57.-1938.-
- 7.-Huelbes Gaspar.-TRATAMIENTO INCRUENTO DE LA // LUXACION SUPRA ACROMIAL DE LA CLAVICULA Rev.Clín.Española.-Vol.XXX.-Pág.39.1948
- 8.-Marottoli Oscar R.-LUXACION ACROMIO-CLAVICULAR INVETERADA TRATADA MEDIANTE LA RESECION PARCIAL DE LA CLAVICULA.-Rev.Anales de Cirugia.-Vol.XI.-NºIV.-Pág.305 1946.-

- 9.-Muscolo Domingo.-LUXACION ACROMIO-CLAVICULAR.
DISPOSITIVO PARA SU TRATAMIENTO Y TRA-
BAJO EXPERIMENTAL.-Rev. de Ort. y Traum.
Tomo XI.-Nº1.-Pág.69.-Año XI.-
- 10.-Ottolenghi y Lagomarsino.-FOLLETOS.-50/17.-F.
Ciencias Médicas, La Plata. Pág.157.-
- 11.-Rouviere H.-ANATOMIA HUMANA.-Tomo 3º.-Pág.45.-
- 12.-Spalteholz W.-ATLAS DE ANATOMIA HUMANA.-Tomo 1º
Pág,215.-1946.-
- 13.-Vargas Luthero.-NOVO PROCESSO PARA O TRATAMENTO
OPERATORIO DE LUXAÇÃO ACRÔMIO-CLAVICULAR
Rev.Medico Cirurgica do Brasil.-Año L.-
Nº3.-Pág.159.-1942.-
- 14.-Watson Jones B.-FRACTURAS Y TRAUMATISMOS ARTI-
CULARES.-Pág.446.-1949.-
- 15.-Zarazaga J.-LUXACION ACROMIO-CLAVICULAR COMPLE
TA.-Rev. Dia Médico.-Tomo X.-Pág.578.
1938.-
- 16.-Ombredanne L.-Mathieu P.-TRAITE DE CHIRURGIE OR
THOPEDIQUE.→ Tomo III.-Pág.1964.-

A large, stylized handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. P. ...' with a long horizontal flourish extending to the right.

San 60/01.



Flavio J. Briasco
Dr. FLAVIO J. BRIASCO
SECRETARIO

10/18/57
[Signature]