



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

11245  
2 of 36



Facultad de Medicina

División de Estudios de Postgrado

Dirección General de Servicios Médicos del  
Departamento del Distrito Federal

Dirección de Enseñanza e Investigación

Subdirección de Enseñanza Médica

Departamento de Postgrado

Curso Universitario de Especialización en  
Traumatología y Ortopedia

**MODIFICACION DE LA TECNICA DE NEVIASER ASOCIADA CON LA  
TECNICA DE DEWAR Y BARRINGTON PARA EL TRATAMIENTO  
DE LA LUXACION ACROMIOCLAVICULAR GRADO III.**

**Trabajo de Investigación Clínica**

P r e s e n t a :

**Dra. Leticia García Salas**

para obtener el grado de  
**ESPECIALISTA EN TRAUMATOLOGIA Y ORTOPIEDIA**

Director de Tesis: Dr. Luis Anaya Chávez

1988

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E .

DEFINICION DEL PROBLEMA.....	
ANTECEDENTES.....	
JUSTIFICACION.....	
OBJETIVOS.....	
MATERIAL Y METODOS.....	
RESULTADOS.....	
DISCUSIONES Y COMENTARIOS.....	
CONCLUSIONES.....	
RESUMEN.....	
BIBLIOGRAFIA.....	

## DEFINICION DEL PROBLEMA

Este tipo de lesiones puede presentarse en cualquier persona que tenga como antecedente un traumatismo violento a nivel de la región del hombro, pudiéndose encontrar asociada con otros tipos de lesiones ya sean óseas, abdominales, craneales etc.

La luxación acromioclavicular suele presentarse en tres grados, siendo los dos primeros grados tratados principalmente en forma conservadora a base de inmovilización de la extremidad con vendaje elástico, ya que puede provocarse poco o ningún dolor al movilizar el hombro, en cambio en el esquincedo grado III existe ruptura de los ligamentos coracoclaviculares los cuales son los principales estabilizadores de la articulación acromioclavicular, y en sujetos jóvenes tanto hombres como mujeres que se encuentren en edad productiva se debe de realizar la estabilización quirúrgica de la articulación la cual se encuentra desintegrada, siendo habitualmente el tipo de tratamiento quirúrgico el que está indicado realizar en este tipo de lesiones. Sistemáticamente esto no es llevado a cabo en nuestros hospitales, en los cuales a los pacientes con este tipo de lesión se les maneja con inmovilización externa a base de vendaje de Velpeau y tratamiento antiinflamatorio y analgésico, los cuales son vistos posteriormente en la consulta externa de Ortopedia, encontrando en algunos de ellos limitación a los movimientos activos del hombro y dolor a nivel de la articulación acromioclavicular, por lo que es necesario llevar a cabo un tratamiento quirúrgico

gico consistente en resección del tercio distal de la --  
clavícula (operación con técnica de Mumford), con lo que me  
jora su sintomatología, persistiendo la deformidad anti  
estética a nivel de la región del hombro, lo que es im-  
portante principalmente para las mujeres.

## A N T E C E D E N T E S .

Para el tratamiento de la luxación acromioclavicular grado III en el cuál existe ruptura de los ligamentos acromioclaviculares, los cuales principalmente dan una estabilidad anteroposterior de la clavícula en relación con el acrómion, y de los ligamentos coracoclaviculares con sus dos fascículos conoide y trepezoide, los cuales son los encargados de mantener a la clavícula en su situación normal. Se han descrito numerosas técnicas quirúrgicas por diversos autores, los cuales las agrupan principalmente en 4 categorías :

1.- Reparación de la articulación acromioclavicular, con ó sin reparación del ligamento coracoclavicular y reconstrucción de la articulación acromioclavicular (dentro de este tipo se encuentra la técnica de "Evensen").

2.- Reparación del ligamento coracoclavicular, el cual se puede realizar que fija a la clavícula a la apófisis coracoides, o bien puede ser también con alambre, aponeurosis, suturas absorbibles o tendón.

3.- Resección del extremo distal de la clavícula, con ó sin reparación del ligamento coracoclavicular ó coracocrómial.

4.- Transferencia muscular dinámica con resección de la porción distal de la clavícula (técnica de Weaver y Dunn) ó sin ella (técnica de Dewar y Barrington).

No se han descrito asociaciones de estas dos técnicas tal cual son reportadas por su autor original, algunos han rea-

lizado algunas modificaciones a cada una de ellas, reportándose un buen porcentaje de buenos resultados para el tratamiento de la luxación acromioclavicular grado III, en las cuales es necesario hacer una reparación ligamentaria para tratar de integrar la articulación afectada, obteniéndose con ello un mejor funcionamiento del hombro lesionado. Estas dos técnicas quirúrgicas por sí solas dan buenos resultados, por lo tanto la asociación de las mismas tendrán que dar mucho mejores resultados.

## J U S T I F I C A C I O N .

La justificación para realizar este tipo de estudio es realizar con mas frecuencia el tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular grado III en pacientes - jóvenes en edad productiva atendidos en el Hospital General de Urgencias balbuena.

Los pacientes con este tipo de lesión acuden con relativa frecuencia a este tipo de hospitales, en un porcentaje aproximado del 5% al 8% de las luxaciones de la articulación del hombro, siendo la más frecuente la luxación glenohumeral. Sabiendo de antemano que el tratamiento quirúrgico que se pretende realizar en este tipo de pacientes ofrecerá una mejor estabilización de su lesión, va a desaparecer la deformidad a nivel de la región del hombro y va a ofrecerle al paciente una recuperación funcional más rápida y por lo tanto una más rápida integración a sus actividades.

También se pretende realizar este tipo de estudio con tratamiento quirúrgico para tratar de prevenir problemas de artrosis a nivel de la articulación acromioclavicular con la resección distal de la clavícula, ya que se ha visto en una gran frecuencia de pacientes tratados con métodos conservadores problemas de este tipo, por lo que es necesario realizar posteriormente la resección distal de la clavícula más allá de los ligamentos coracoclaviculares (técnica de Stewart y Munford).



## O B J E T I V O S .

Los objetivos de este estudio son modificar la técnica de Neviaser para el tratamiento de la luxación acromioclavicular grado III y asociarla con la Técnica de Dewar y Harrington, que es una transferencia dinámica del tendón conjunto de la apófisis coracoides hacia el tercio externo de la clavícula, con resección de la superficie articular de la misma y extirpación del disco interarticular en caso de que este se encuentre roto, el cual posteriormente puede dar problemas de artrosis, con una disminución importante de la función articular, teniendo entonces que realizar un procedimiento quirúrgico que consiste en la resección de 2.5 cms del extremo distal de la clavícula. La modificación que se le realizará a la técnica de Neviaser es primero de suprimir la colocación de clavos cruzados a través de la articulación acromioclavicular, ya que la perforación a través de los cartilagos articulares ya dispone en un momento dado a la aparición de artrosis en forma más temprana. otra modificación es sobre el extremo reseñado distal de la clavícula, a la cual se le realizarán dos perforaciones superiores en donde se fijará con tendón del O parte del tendón coracoclavicular, el cual se desprende de su inserción en la apófisis coracoides, con la parte sobrante del tendón coracoclavicular se rodea la parte osteotomizada de la clavícula, suturando el extremo distal del tendón de la parte posterior de dicho hueso, ocasionando con estas dos técnicas una mejor fijación a la articulación, ya que el problema principal consiste en

La ruptura de los ligamentos coracoclaviculares, los cuales se reconstruyen quirúrgicamente, dando una mejor estabilización, además de que la extirpación del disco interarticular roto y la interposición del tendón coracoacromial disminuyen forma notable la aparición de artrosis a nivel de la articulación a tratar.

Con el tratamiento quirúrgico de esta lesión además de que estéticamente se ve mejor y se reincorporan más rápidamente a sus actividades, la recuperación funcional del hombro es más rápida, en comparación con el tratamiento conservador en donde la inmovilización es más prolongada, queda deformación a la articulación del hombro y la recuperación funcional es más tardada. .

## M A T E R I A L .

### DEFINICION DE UNIDADES DE OBSERVACION.

El estudio será llevado a cabo en pacientes vistos por el servicio de Ortopedia y traumatología en la sala de urgencias del Hospital General de Urgencias Balbuena, y algunos otros podran ser captados en la consulta externa de dicha especialidad, en un tiempo comprendido del 1.º de Junio al 31 de Agosto de 1987. Se tomara en cuenta para el estudio pacientes masculinos y femeninos entre 20 y 45 años de edad, que tengan como antecedente un acontecimiento traumático y que se encuentre dentro de los 5 primeros días de sucedida la lesión, tomando en cuenta que la lesión no sea bilateral y que no presente alteraciones de la superficie cutánea a nivel del hombro lesionado y que no hayan recibido un tratamiento conservador previo, encontrándose dentro del tiempo establecido para poder ingresar al estudio.

Para los criterios de exclusión se tomarán en cuenta a pacientes con problemas degenerativos asociados a nivel de las articulaciones por estudiar, que tengan más de una semana de sucedido el traumatismo, que se niegan a recibir el tratamiento quirúrgico, que presente alteraciones neurológicas a nivel de la extremidad torácica previas o producidas por la lesión en estudio, pacientes con problemas psiquiátricos asociados, fracturas asociadas en brazo o codo del mismo lado y fracturas de clavícula ipsilateral. Dentro de los criterios de eliminación se tomarán en cuenta pacientes que presenten un nuevo traumatismo a nivel -

del hombro, o bien que exista ruptura del material de osteosíntesis empleado.

**VARIABLES:**

- 1.- Clasificación de la lesión (esquince grado I,II y III)
- 2.- Sexo.- masculino y femenino
- 3.- Edad.- entre 20 y 45 años
- 4.- Tiempo de sucedido el traumatismo.- 5 días.
- 5.- Tiempo de recuperación
- 6.- Arcos de movilidad del hombro(medición en grados)
- 7.-Examen radiológico(medición de la distancia entre la apófisis coracoides y la clavícula)
- 8.-Tiempo de retiro de material de osteosíntesis(en caso - de que haya sido necesario)
- 9.-Inicio de la rehabilitación.

Es necesario que se tenga un grupo control ya que este tipo de estudio se trate de un método experimental entre pacientes tratados con manejo quirúrgico y con tratamiento conservador.

## M E T O D O .

Descripción de la técnica de Neviaser; se realiza una incisión sobre la punta del hombro para abordar la articulación acromioclavicular, se incide la sponerosis y se separa el deltoides y el pectoral mayor. Se desperiostiza y refleja el deltoides y trapecio del acromión y la clavícula, este tipo de reflexión expone la articulación acromioclavicular, la punta del acromión, 5 o 6 cms de la porción externa de la clavícula, la apófisis coracoides mostrando a su tendón conjunto formado por los músculos pectoral menor coracobraquial y porción corta del bíceps braquial, el ligamento coracoclavicular con sus dos fascículos conoide y trapecoide y el ligamento coracoacromial.

Se retiran los detritus de la articulación acromioclavicular y se revisan las superficies articulares del acromión y de la clavícula, en caso necesario se pasan uno o dos clavos de steinman a través de la articulación acromioclavicular, doblando las puntas para que queden en situación subcutánea.

En la base de la inserción acromial del ligamento coracoacromial, se da un punto con una sutura fuerte absorbible y se desinserte de la apófisis coracoides. En el extremo distal de la clavícula reseçada se realizan sobre la cara superior del hueso dos perforaciones, lugar donde se va a reinsertar el tendón del coracoacromial, posteriormente se envolverá la porción inferior de la clavícula reseçada con el mismo tendón coracoacromial y se sutura con puntos de colchonero con mersilene, quedando así reforzada y fijada -

la articulación acromioclavicular.

Para la técnica de Dewar y Barrington se emplea la misma incisión y se siguen los mismos planos hasta visualizar la apófisis coracoides, donde se va a realizar con una broca una perforación de una profundidad de 1 cm. y se realizará un corte con un osteotómo por detrás de la inserción de la porción corta del bíceps braquial y del coracobraquial, dejando insertado sobre la base de la apófisis coracoides el tendón del pectoral menor.

Sobre el sitio planeado para la reinsersión de la apófisis coracoides en la clavícula se realiza una escarificación y una perforación que pase las dos corticales de la clavícula, entonces se transfiere la porción osteotomizada de la coracoides y se va a fijar a la clavícula con un tornillo de allen de 3.5 mm, de la longitud necesaria.

La modificación que se le va a realizar a la técnica es la de la transposición del ligamento coracoclavicular a la parte interior de la clavícula y rodear a ésta con la parte de tendón transferido para evitar problemas de artrosis a nivel de la articulación a tratar. Se reinsertan los músculos deltoides y trapecio y ala clavícula y al acromion, se cierra la aponeurosis con puntos en x con dextón del 0, se sutura tejido celular subcutáneo y por último la piel con dermalon ))))000.

Se le coloca al paciente un vendaje elástico tipo de Desoulst, con las articulaciones de la muñeca y codo libres para realizar inmediatamente ejercicios de flexión y extensión de dichas articulaciones, impidiendo con el vendaje los movimientos de abducción del brazo.

Este vendaje permanecerá por espacio de tres semanas iniciándose entonces movimientos pendulares del hombro, a -

partir de las 4 a 6 semanas se retiran los clavos de Stehman en caso de haberse colocado y se inician ejercicios activos del hombro.

Los datos se recolectaran posteriormente por medio del expediente clínico, los exámenes radiológicos preoperatorios y postoperatorios, con los medidas correspondientes de la amplitud de la articulación acromioclavicular y de la evolución del paciente por medio de su evolución la cuál se verá en la consulta externa de la especialidad.

Este tipo de pacientes tratados con métodos quirúrgicos se compararan con los resultados obtenidos en pacientes con el mismo tipo de lesión tratados con métodos conservadores.

## RESULTADOS



GRADO DE LESION

ESTUDIO

GRADO I		GRADO II		GRADO III	
Fc	%	Fc	%	Fc	%
				12	100 %

TOTAL

TESTIGO

Fc	%	Fc	%	Fc	%
				10	100 %

TOTAL

Quadro No. 1

## SEXO

## ESTUDIO

MASCULINO		FEMENINO	
No.	%	No.	%
10	83%	2	17%

## TESTIGO

MASCULINO		FEMENINO	
No.	%	No.	%
8	80%	2	20%

Cuadro No.2

EDAD

ESTUDIO

$\bar{X}$	S	C V
29	-3.9	-1.97
32	-0.9	-0.94
42	+9.1	+3.01
24	-8.9	-2.98
26	-6.0	-2.62
24	-8.9	-2.98
36	+3.1	+1.76
44	+11.1	+3.33
42	+9.1	+3.01
29	-3.9	-1.97
39	+6.1	+2.46
28	-4.9	-2.21

32.9 años

-2.1 = -0.19

Cuadro No 3

EDAD

TESTIGO

$\bar{X}$	S	C.V
27	-2.9	-1.70
20	-9.9	-3.14
32	+2.1	+1.44
36	+6.1	+2.46
18	-11.9	+3.44
32	+2.1	+1.44
38	+8.1	+2.84
29	-0.9	-0.94
35	+5.1	+2.25
32	+2.1	+1.44

29.9 años                      +9.53 = +1.05

Cont. Cuadro No. 3

TIEMPO DE SUCEDIDO EL TRAUMATISMO

ESTUDIO

$\bar{x}$	S	C V
24	+11.5	+3.39
5	-7.5	-2.73
3	-9.5	-3.09
3	-9.5	-3.08
4	-8.5	-2.91
72	+59.5	+7.71
7	+5.5	+2.34
12	-0.5	-0.70
5	-7.5	-2.73
6	-6.5	-2.54
5	-7.5	-2.73
4	-8.5	-2.91

12.5 horas

-9.97 = -0.90

Cusdro No. 4

TIEMPO DE SUCEDIDO EL TRAUMATISMO

TESTIGO

$\bar{X}$	S	C V
2	-0.6	-0.77
3	+0.4	-0.63
1	-1.6	-1.26
6	+4.6	+2.14
2	-0.6	-0.77
1	-1.6	-1.26
6	+4.6	+2.14
2	-0.6	-0.77
1	-1.6	-1.26
2	-0.6	-0.77

2.6 horas

-3.21 = -0.35

Cont Cuadro No.4

TIEMPO DE RECUPERACION.

ESTUDIO

$\bar{X}$	S	C V
70	+5.2	+1.51
80	+15.2	+3.89
90	+25.2	+5.01
65	+0.2	+0.44
90	+25.2	+5.01
60	-4.8	-2.19
70	+5.2	+2.28
40	-24.8	-4.97
35	-29.8	-5.45
55	-9.8	-3.13
48	-16.8	-5.09
75	+10.2	+3.19

64.8 dias

+1.49 = -0.13

Cuadro No. 5

TIEMPO DE RECUPERACION

TESTIGO

$\bar{X}$	S	C V
60	-6.4	-2.52
69	+2.6	+1.61
70	+3.6	+1.89
90	+23.6	+4.85
68	+1.6	+1.26
73	+6.6	+2.56
45	-21.4	-4.62
52	-14.4	-3.79
76	+9.6	+3.09
61	-5.4	-2.3

66.4 dias

+2.03 = +0.22

Cont. Cuadro No. 5



TIEMPO DE INICIO DE LA REHABILITACION

ESTUDIO		
$\bar{X}$	S	C V
30	-3.0	-1.73
31	-2.0	-1.41
32	-1.0	-1.00
28	-5.0	-2.23
45	+12.0	+3.46
25	-9.0	-2.82
35	+2.0	+1.41
30	-3.0	-1.73
30	-3.0	-1.73
45	+12.0	+3.46
35	+2.0	+1.41
30	-3.0	-1.73

33.0 dias

-4.64 = +0.42

Cuadro No. 7

TIEMPO DE INICIO DE LA REHABILITACION

TESTIGO

$\bar{X}$	S	C V
35	+2.2	+1.48
32	-0.8	-0.89
30	-2.8	-1.67
32	-0.8	-0.89
33	+2.0	+0.44
36	+3.2	+1.78
38	+5.2	+2.28
30	-2.8	-1.67
30	-2.8	-1.67
32	-0.8	-0.89

32.8 dias

.1.7 = +0.18

Cont Cuadro No. 7

## DISCUSION Y COMENTARIOS

Se estudiaron 22 pacientes que ingresaron al Hospital General de Urgencias Balbuena, de los cuales 12 fueron tratados en forma quirúrgica con la técnica inovadora y 10 — fueron manejados en forma conservadora, siendo estos últimos utilizados como grupo control, con el Diagnóstico de luxación acromioclavicular grado III, durante un tiempo comprendido del 1o de Junio al 31 de Agosto de 1987. Siendo el análisis el siguiente:

1.- GRADO DE LESION. El tipo de lesión que se estudio fué — el tipo III en la clasificación de Neer para la luxación — acromioclavicular, la cual se clasifica del grado I al III ya que en este tipo de lesión ocurre una ruptura de los ligamentos coracoclaviculares y acromioclaviculares, dando — por consecuencia una inestabilidad de la articulación acromioclavicular. Cuadro No. 1.

2.- SEXO. Existió un predominio en el grupo control del sex masculino en 8 casos, lo cual corresponde al 80% y 2 casos — en el sexo femenino que corresponde al 20%. En el grupo tra- — tado con la técnica quirúrgica tambien predomino el sexo — masculino en 10 casos de 12, lo que corresponde al 83% y 2 — casos al sexo femenino 17%. Situación que concuerda con lo — descrito por la literatura, ya que esto se desarrolla de a — cuerdo a las actividades desempeñadas por el sexo . Cuadro No. 2.

3.- EDAD. los grupos analizados fueron en pacientes mayo — res de 20 años de edad y menores de 45 años, con una míni — ma de 24 años y maxima de 44 años en el grupo estudio, con —

una media de 32.9 años, y en el grupo control una mínima de 18 años y una máxima de 38 años, con una edad media de 29.9 años.

Observándose la mayor frecuencia en el grupo estudio en la tercera década de la vida con 6 casos (50%), 3 casos en la cuarta década (25%) y 3 más en la quinta década (25%), y en el grupo control se observó la mayor frecuencia en la cuarta década con 6 casos (60%), 3 en la tercera década un (30%) y un caso en la segunda década de la vida (10%).

Corroborándose que la luxación acromioclavicular grado III en una lesión del sistema musculoesquelético que afecta principalmente a individuos en edad reproductiva. Cuadro No. 3.

4.- TIEMPO DE SUCEDIDO EL TRAUMATISMO. Se tomaron en cuenta para el estudio pacientes que hayan sufrido un traumatismo a nivel del hombro dentro de los cinco primeros días de haberse visto en la consulta de urgencias. El tiempo mínimo dentro del cual acudieron al servicio los pacientes estudio fué de 3 horas y el tiempo máximo de 72 horas, con un promedio de 12.5 horas, y en el tiempo control el tiempo mínimo fué de una hora y el máximo de 6 horas, con un promedio de 2.6 horas, lo que nos indica que este tipo de lesión se incluye dentro de las urgencias musculoesqueléticas ocasionadas por un traumatismo de moderada intensidad. Cuadro No. 4.

5.- TIEMPO DE RECUPERACION. Este tiempo durante el cual se mantuvo inmovilizada la extremidad afectada fué aproximadamente en mismo en el grupo estudio y en el grupo control, ya que en el grupo estudio fué de 64.8 días y en el testigo de 66.4 días, lo que nos indica que el tiempo de inmovi-

lización debe de ser el mismo con el tratamiento quirúrgico o con tratamiento conservador. Cuadro No. 5.

6.- ARCOS DE MOVILIDAD. Estos fueron adecuados en 10 de 12 pacientes tratados con el método quirúrgico e inadecuado - en 2. En el grupo control 6 tuvieron movilidad adecuada y 4 inadecuada. Esto se debe a que con el tratamiento quirúrgico se incluye resección de la clavícula más allá de los ligamentos coracoclaviculares, lo que nos condicionará posteriormente a menos problemas de artrosis y un mejor arco de movilidad, no así en los pacientes tratados con medidas conservadoras, en los cuales los problemas de artrosis van a limitar la funcionalidad normal del hombro. Cuadro No. 6

7.- MEDICION DE Rx. La medición radiológica entre la a.6 - fisis coracoides y la clavícula en pacientes tratados quirúrgicamente fué llevada a parámetros normales en el 100% de los pacientes, ya que la reparación quirúrgica de los li gamentos rotos nos condiciona este resultado, no así en -- los pacientes los cuales se manejaron conservadoramente, ya que la inmovilización por sí sola no reduce el espacio coracoclavicular. Por lo tanto la reducción quirúrgica nos permite restablecer casi al íntegram la articulación acromioclavicular. Cuadro No. 8

8.- TIEMPO DE LA REHABILITACION. El tiempo necesario para restablecer la movilidad del hombro en los pacientes tratados con el método quirúrgico y con el conservador fué aproximadamente el mismo, ya que en el grupo testigo fué en promedio de 32.8 y en el grupo estudio de 33 días. Lo que nos hace notar las ventajas del tratamiento quirúrgico sobre el tratamiento conservador, ya que los tiempos de recuperación son iguales y los resultados mejores. Cuadro No. 8.

## C O N C L U S I O N E S .

La luxación traumática grado III de la articulación - acromioclavicular en adultos, ocupa el segundo lugar en frecuencia dentro de la patología del hombro en los pacientes vistos en el Hospital General de Urgencias Balbuena dentro del período comprendido del 10 de Junio al 31 de Agosto de 1987.

Existió un predominio en el grupo estudio del sexo masculino en relación con el sexo femenino de 5 a 1, y en el grupo estudio también predominó el sexo masculino con el femenino en relación de 4 a 1.

El mecanismo productor de la luxación acromioclavicular -- grado III fué secundario a caídas de altura en primer lugar, siguiéndole en orden de frecuencia las contusiones directas a nivel de la región del hombro, deportes de contacto y en menor frecuencia debidas a accidentes automovilísticos, ya que este último ocasiona otro tipo de lesiones más severas.

La luxación acromioclavicular se produce con más frecuencia en personas de edad productiva, por lo que es necesario que su recuperación sea casi completa y la funcionalidad del hombro sea buena.

El manejo que se estableció en el presente trabajo fué en forma quirúrgica y en forma conservadora, para poder valorar los beneficios de la cirugía como tratamiento para este tipo de lesión, observando que el tiempo de recuperación así como el inicio de la rehabilitación fué casi el mismo que en los pacientes tratados con métodos conservadores, observando mejores arcos de movilidad, disminución radiológica del espacio acromioclavicular y menos complicacio -

nes como seria la artrosis a nivel de la articulaci3n acromioclavicular.

En vista de que se trata de un estudio preliminar de 12 - casos tratados en forma quir3rgica, con un seguimiento de aproximadamente 6 meses, en donde no se observaron las complicaciones reportadas en alguna literatura, se dejan bases para poder continuar el seguimiento a largo plazo de los pacientes tratados, y asi poder normar una conducta terap3utica adecuada para esta patolog3a que es tan frecuente en nuestro medio, afectando principalmente a individuos en edad productiva.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

## R E S U M E N .

El título de la investigación es modificación de la técnica de Neviaser asociada con la Técnica de Dwar y Barrington para el tratamiento de la luxación acromioclavicular grado III.

Con la modificación de esta técnica de Neviaser asociada con la Dwar y Barrington, se pretende realizar un estudio comparativo entre el tratamiento quirúrgico y el tratamiento conservador en pacientes con diagnóstico de luxación acromioclavicular exclusivamente. Se analizarán con posterioridad las ventajas y desventajas de estos dos tipos de tratamiento entre los cuales tenemos la artrosis posttraumática de la articulación acromioclavicular, incapacidad funcional y deformidad de la región entre otras.

Entre los criterios de inclusión tenemos, que sean pacientes de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 20 y 45 años de edad, con antecedente traumático de la región del hombro, en fase aguda y que no hayan recibido tratamiento conservador previo.

El estudio será llevado a cabo del mes de Junio al mes de Agosto de 1987, en el Hospital General de Urgencias Balbuena del D.D.F. se estudiarán 22 pacientes de acuerdo a la frecuencia con que se presenta este tipo de padecimiento en este Hospital, se tomarán en cuenta a los pacientes para el tratamiento quirúrgico y tratamiento conservador a través de un sistema de muestreo aleatorio. Los resultados se esperan ver aproximadamente a los tres meses después de haber sido sometido el paciente a la investigación.



Los resultados obtenidos en los pacientes del grupo estudio los cuales se trataron con técnicas quirúrgicas innovadoras mostraron resultados alentadores en un tiempo de seguimiento de seis meses, no mostrando complicaciones reportadas en algunas literaturas como serian la artrosis de la articulación acromioclavicular y disminución en la funcionalidad normal del hombro . Los tiempos de inmovilización ,asi como del inicio de la rehabilitación fueron aproximadamente los mismos en el grupo estudio y en el grupo control los cuales se manejaron en forma conservadora, lo que muestra las ventajas del tratamiento quirúrgico de la luxación acromioclavicular, ya que los resultados funcionales, estéticos y de movilidad resultaron mejores en un tiempo de seguimiento de seis meses.

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- F, de Palma, Antony.; Cirugía del Hombro, Luxaciones de la cintura escapular, tercera edición, Editorial Panamericana; Buenos Aires Argentina, 1935. cap 12 pag 558.
- 2.- Watson, Jones Sir Reginald; Fracturas y heridas articulares. Esquinces y luxaciones de la articulación acromio - clavicular, tercera edición, cap. 18 pag 526, Editorial Salvat, Barcelona España.
- 3.- Allen, S, Edmoson., Cirugía Ortopédica , luxaciones, sexta edición. Tomo I, editorial Panamericana, editado Buenos Aires Argentina, 1981, capítulo 4, página 443.
- 4.- M, E, Müller, .A, Allgöwer., Manual de Osteosíntesis técnica AO, Momento de la extracción de implantes, segunda edición, Editorial Científico-Médica; Barcelona España, 1982. cap 3. pag 148.

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.- Bernard, T.N., Brunet, M.E. and Haddad, R.J.: Fractured coracoid process in acromioclavicular dislocations. Clin. Orthop. 175; 227, 1986.
- 2.- Poppen, N.K., and Walker, P.S.: Normal and abnormal motion of the shoulder. J. Bone Joint Surg. 58; 195, 1986.
- 3.- Galpin, R.D., Hawkins, R.J.: comparative analysis of operative versus nonoperative treatment of Grade III acromioclavicular separations. Clin. Orthop. 193; March, 150 1986.
- 4.- Bergfeld, J.A., Andrich, J.T., and Clancy, W.G.: Evaluation of the acromioclavicular separations, Clin, Orthop. 130; - 267, 1987.
- 5.- Richards, R.R., Herzenberg, J.E.; Bilateral nontraumatic anterior acromioclavicular joint dislocations. Clinical - Orthopedics and related research, January 30, 1984.
- 6.- Kennedy, J.C. and Cameron, H.: Completed dislocations of the acromioclavicular joint, J. Bone Joint Surg. 36B; 262, 1986.
- 7.- Cooper, E.S. and Brundens, W.D. : Current concepts of the diagnosis Management of acromioclavicular dislocations , Number 200, November 1985.