

## **Nuestra técnica para la reducción y contención de las luxaciones acromioclaviculares**

**por el Dr. VICENTE SANCHIS OLMOS**

Jefe de Equipo Quirúrgico

Por su extremidad externa la clavícula puede luxarse hacia arriba y hacia abajo; la observación de este último tipo es extraordinariamente rara, y es al primero al que vamos a referirnos en este trabajo.

El peso del brazo y las tracciones musculares mantienen la luxación al estar rotos los ligamentos acromioclaviculares y coracoclaviculares, de forma que el muñón del hombro está descendido y dislocado hacia delante y hacia dentro y la clavícula, al contrario, está elevada y dirigida hacia atrás, produciéndose un acabalgamiento.

Para obtener la reducción tenemos que elevar el muñón del hombro y separarlo hacia fuera y algo hacia atrás, al mismo tiempo que se presiona la clavícula fuertemente hacia abajo y algo hacia adelante.

Nosotros tuvimos ocasión de observar un caso de luxación acromioclavicular que databa de cinco días, en un individuo vigoroso de treinta y dos años, y en el que si bien no fracasamos al intentar reducirla con la técnica de Böhler, que consiste, como es sabido, en introducir el puño en la axila (estando sentado el paciente) y empujar vigorosamente hacia arriba al tiempo que se aproxima el codo al tórax y un ayudante se apoya sobre la clavícula, se nos planteaba entonces el problema de mantener la reducción obtenida, pues estábamos actuando en un Hospital de vanguardia en plena guerra civil española, y carecíamos de los elementos necesarios para hacer el vendaje de Böhler.

Recurrimos entonces nosotros a un artificio, que tuvimos ocasión de repetir y perfeccionar en otro caso que observamos poco tiempo después

en un individuo de cincuenta y ocho años y en el que también databa el accidente de varios días.

La técnica que nos ha dado un perfecto resultado es la siguiente :

*Primer tiempo.* Previo un ligerísimo algodnamiento fabricamos con vueltas de vendas enyesadas un hemicorsé que pasa sobre el hombro sano y se ciñe al tórax dejando en las axilas espacio suficiente para que los brazos puedan moverse libremente. Durante la fabricación del vendaje y para reforzarle se colocan unas delgadas férulas de yeso en las regiones laterales y en la anterior y posterior del tórax. El corsé debe amoldarse exactamente a los relieves y depresiones óseas y musculares.

Mientras fragua el yeso se prepara todo para pasar rápidamente al segundo tiempo.

Se acoda una férula de Cramer en ángulo de  $45^{\circ}$ , torciendo una de sus ramas, la que se aplicará después al brazo, de forma que éste cuando en aquélla se apoye esté unos 30 ó 40 grados por delante del plano frontal. La longitud de la férula debe ser por una de sus ramas, la inferior, la necesaria para que comprenda desde la axila afecta hasta el borde inferior del corsé enyesado ; la superior un poco más larga que la distancia desde la axila al codo. Entre ambas ramas se coloca un trozo de férula para que el ángulo no pueda modificarse y se aplican dos trozos más transversalmente a la rama inferior para que cuando se coloque *in situ* la superficie de contacto con el corsé sea mayor. Estos trozos de férula de Cramer se mantienen *ad hoc* con alambre flexible que se arrolla convenientemente. Es decir, fabricamos una rudimentaria férula de abducción en la que el ángulo no llega a  $90^{\circ}$ . Esta férula se algodona bien a nivel de su vértice y de su rama superior. Una vez preparada la férula de abducción anestesiarnos el foco con dos o tres c. c. de una solución de novocaína al 2 por 100.

Acto seguido se fabrica una férula enyesada de un metro de larga por diez centímetros de ancha, de la que se recorta un trozo de diez centímetros ; este pequeño trozo cuadrado se arrolla sobre sí mismo formando un cilindro que recubrimos con un poco de algodón. La férula enyesada se atraviesa en cada uno de sus extremos con un garfio de mano, y previa la colocación al baño de seis o siete vendas de gasa enyesada de diez centímetros por siete metros se pasa al

*Segundo tiempo.* El enfermo se sienta sobre la mesa de operaciones con los pies apoyados sobre dos taburetes, la férula de abducción con su vértice bien algodonado se coloca en la axila, el cilindro de yeso en el hueco supraclavicular directamente apoyado sobre la clavícula y encima del cilin-

dro se coloca la férula enyesada que debe llegar a cubrir por su borde externo la articulación luxada. De cada extremo de la férula enyesada tira un ayudante al mismo tiempo que otro empuja la férula de abducción hacia arriba procurando separar del tronco el muñón del hombro y empujándole hacia atrás.

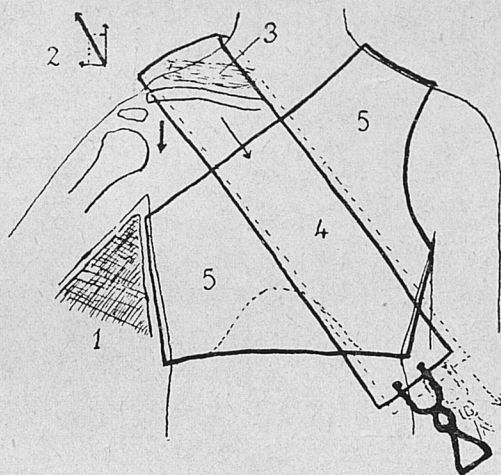
Acto seguido de esta tracción y contratracción se consigue la reducción de la luxación, e inmediatamente y sin cesar en la acción reductora el operador fija con vueltas de venda enyesada al mismo tiempo la férula de abducción y la férula enyesada al corsé de yeso. Los ayudantes no deben cejar en su acción hasta que no haya fraguado el vendaje.

Inmediatamente se hace una radiografía o se ve radioscópicamente si la reducción es perfecta. En el caso problemático que no fuera así se cortan las vueltas de venda últimamente colocadas y se quita la férula de yeso, se fabrica otra y se repite la maniobra que seguirá siendo indolora, pues persistirán los efectos de la anestesia.

El vendaje se mantiene de veinte días a un mes y durante este tiempo el enfermo debe realizar movimientos activos de ambos brazos y antebrazos a partir del día siguiente al de la reducción ; de esta forma al quitar el enyesado la articulación acromioclavicular es indolora y la capacidad funcional del hombro y codo es completa (\*).

---

(\*) Esta nuestra técnica pensamos que sería útil para el tratamiento de las fracturas cerradas de clavícula y a la primera ocasión insistiremos sobre este tema, ya que las técnicas hacia las que nos habíamos orientado (Böhler y Putti) presentan algunos inconvenientes de los cuales creemos carece nuestro método, por lo menos en teoría.



*Fig. 1*

Esquema del acto de la reducción.—1. Férula de abducción que actúa como cuña elevando el hombro.—2. La flecha gruesa corresponde al sentido en que debe hacerse la presión; las flechas más finas corresponden a las direcciones en que actúa aquella fuerza al descomponerse.—3. Cilindro de yeso algodonado que se coloca en el hueco supraclavicular.—4. Férula enyesada que hace descender la clavícula.—5. Corsé enyesado. Marcado en puntos por donde debe recortarse.



*Fig. 2*

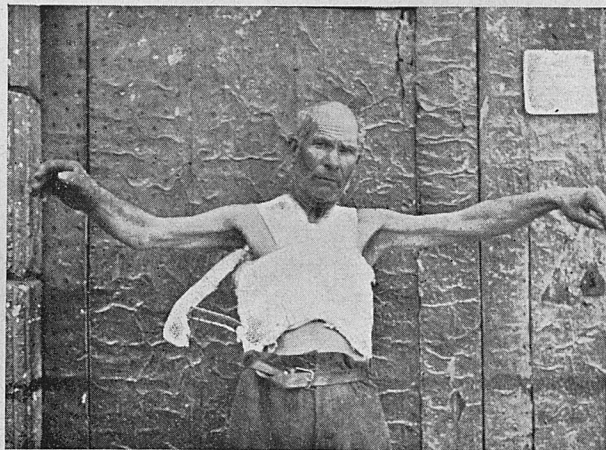
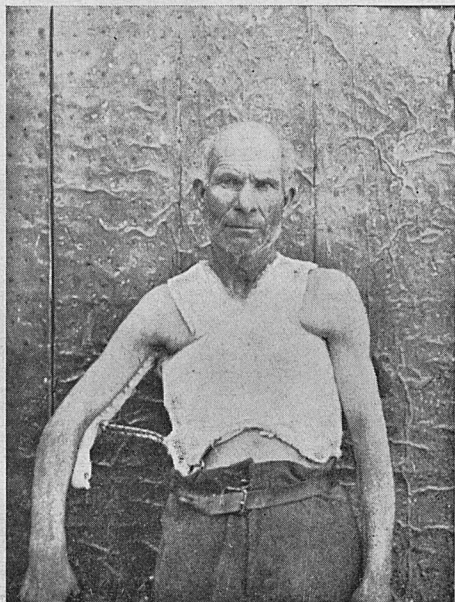
*Caso 1.*—Calco de la radiografía antes de la reducción (\*).



*Fig. 3*

*Caso 1.*—Calco de la radiografía después de la reducción.

Jesús M. A. Luxación acromioclavicular izquierda.



*Figs. 4 y 5*

*Caso 2.*—Salvador J. J. Luxación acromioclavicular derecha. Fotografías inmediatamente después de colocado el vendaje.

(\*) Las radiografías hechas con un aparato Filips portátil eran deficientísimas por causa del voltaje, y hemos preferido publicar el calco de la parte visible en la radiografía.