

MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA MADOK DE KIBLER PARA EL TRATAMIENTO DE LAS LUXACIONES ACROMIO-CLAVICULARES CRÓNICAS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Pablo J. Suárez-Anta Rodríguez¹, Jose Luis Ávila Lafuente², Lucía Lanuza Lagunilla¹, Diego Velasco Villa³, Álvaro Cambor Valladares¹, Antonio Meneses Gutiérrez¹
Hospital Universitario de Cabueñes¹, Mutua MAZ Zaragoza², Hospital Valle del Nalón³

INTRODUCCIÓN: Las lesiones de la articulación acromioclavicular son una de las lesiones traumáticas más frecuentes en el hombro.
La literatura sobre su tratamiento quirúrgico es extensa, con varios estudios que informan sobre técnicas muy diversas, diferentes materiales, resultados y complicaciones variables.
La reconstrucción anatómica de los ligamentos coracoclaviculares y acromioclaviculares es un procedimiento quirúrgico para tratar la inestabilidad acromioclavicular que ha demostrado mayor estabilidad biomecánica.

OBJETIVO: Mostrar de la técnica Madok de Kibler modificada realizada en la Mutua MAZ para reparar los ligamentos coracoclaviculares y acromioclaviculares en inestabilidades crónicas.

MATERIAL Y METODOLOGÍA: Se presentan dos casos de dos varones de 39 y 60 años con antecedente de luxación acromioclavicular grados V y III, tratados de forma conservadora y quirúrgica respectivamente (técnica de Weaver-Dunn modificada) en otro centro.
Presentan mala evolución, persistiendo dolor, limitación funcional e inestabilidad acromioclavicular por lo que se derivan a la Mutua MAZ.
Se intervienen quirúrgicamente realizándose la técnica Madok de Kibler modificada.

TÉCNICA QUIRÚRGICA:
Se utiliza como autoinjerto el tendón semitendinoso para la reconstrucción anatómica de los ligamentos coracoclaviculares y acromioclaviculares al igual que describen Carofino y Kibler.
No utiliza tornillos interferenciales para la fijación de los ligamentos coracoclaviculares ni acromioclaviculares, utilizando una cinta de PDS asociada al semitendinoso para la reconstrucción de los ligamentos coracoclaviculares que le confiere estabilidad primaria.
El autoinjerto y la cinta de PDS se cruzan antes de entrar en la clavícula.
Respecto a la técnicas de Kibler y Carofino, se realizan túneles transacromiales para el paso de los tendones a través del acromion suturándose entre sí en el extremo lateral del acromion de manera que se reconstruyen los ligamentos acromioclaviculares (Fig. 1, 2 y 3).

RESULTADOS: Evolucionan favorablemente con mejoría clínica y funcional respecto a su situación previa. No se objetivaron pérdidas de reducción ni complicaciones asociadas al procedimiento (Fig. 4).

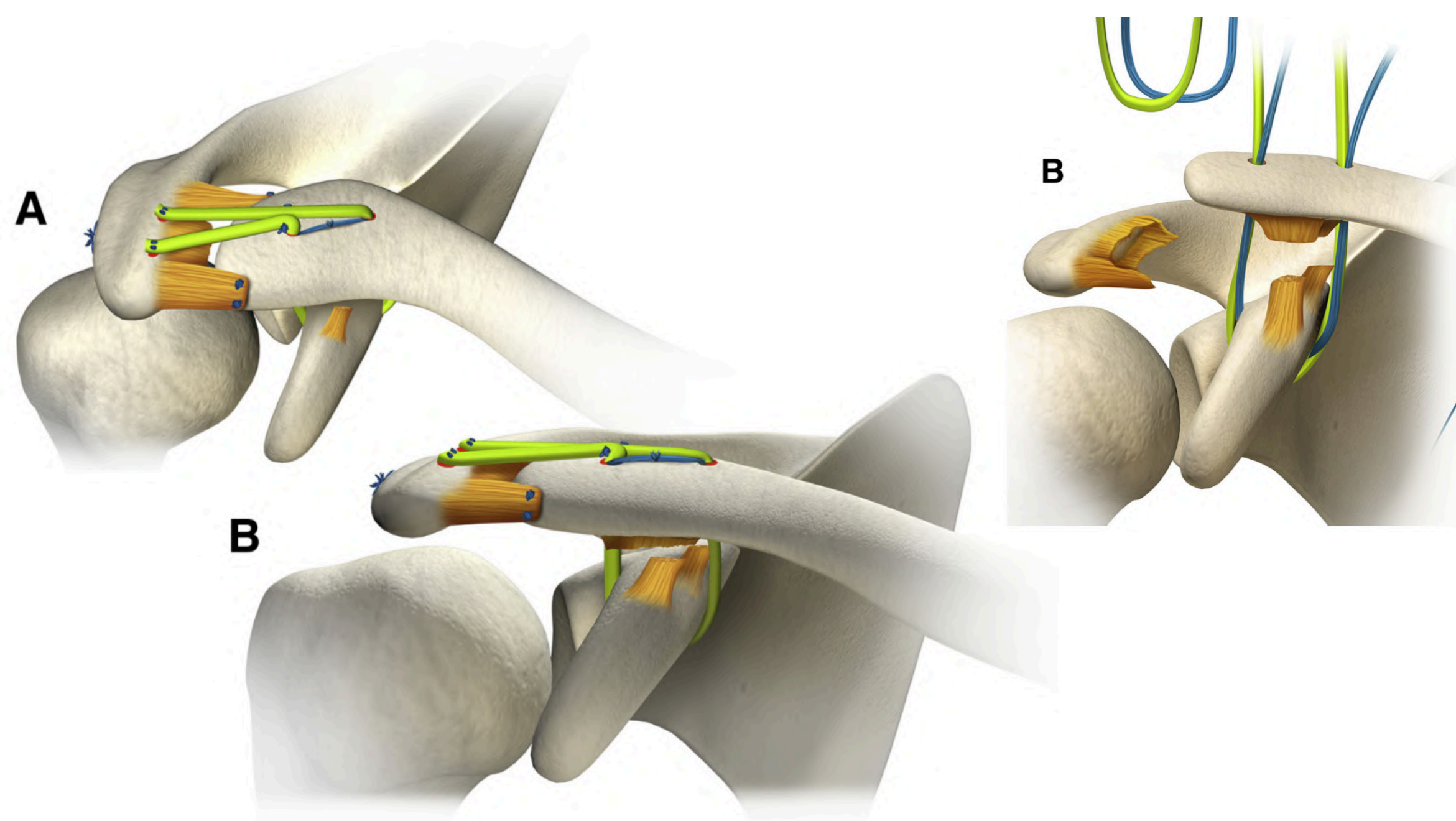


Fig 1: Técnica de Kibler original

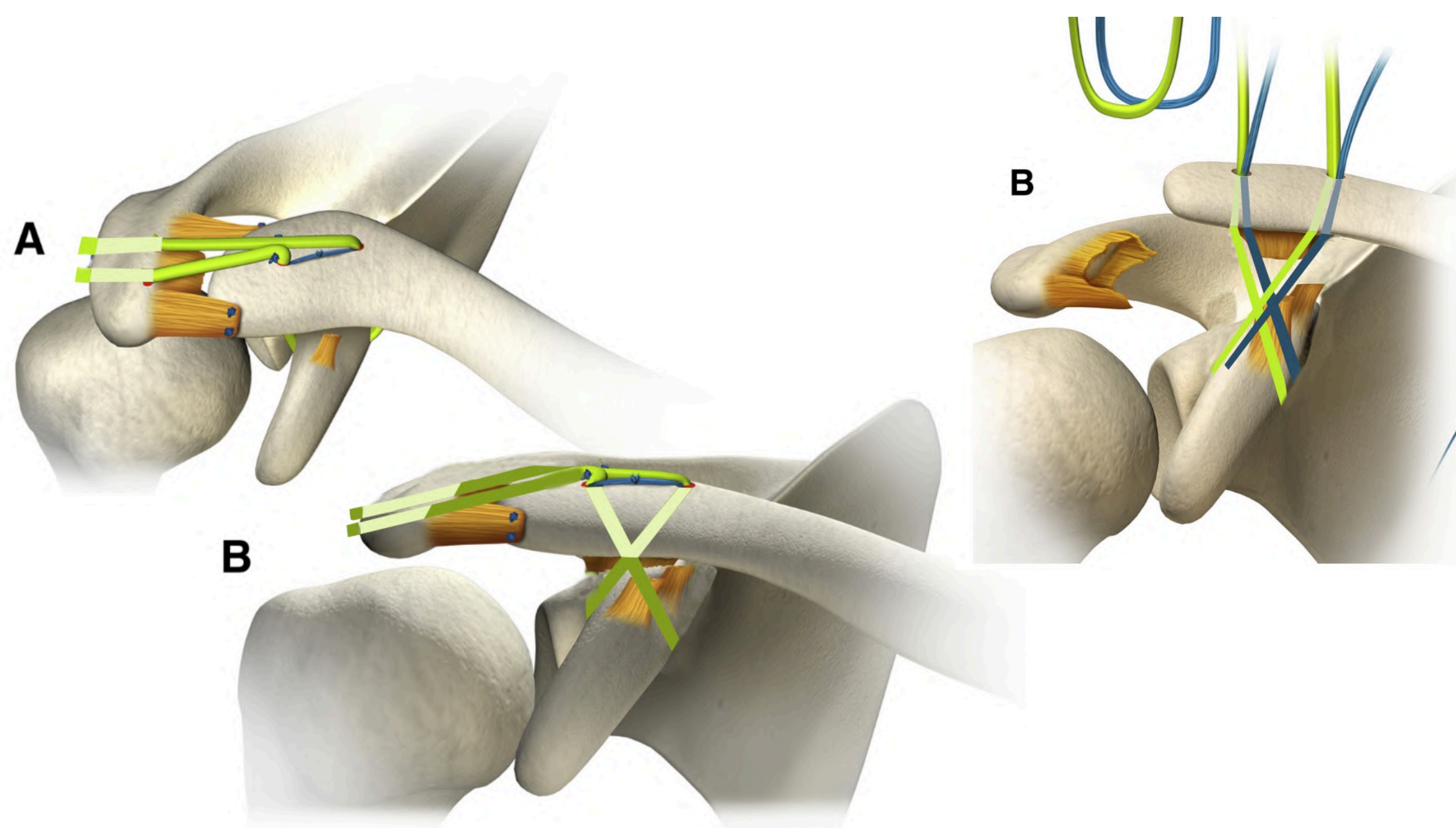


Fig 2: Técnica de Kibler modificada

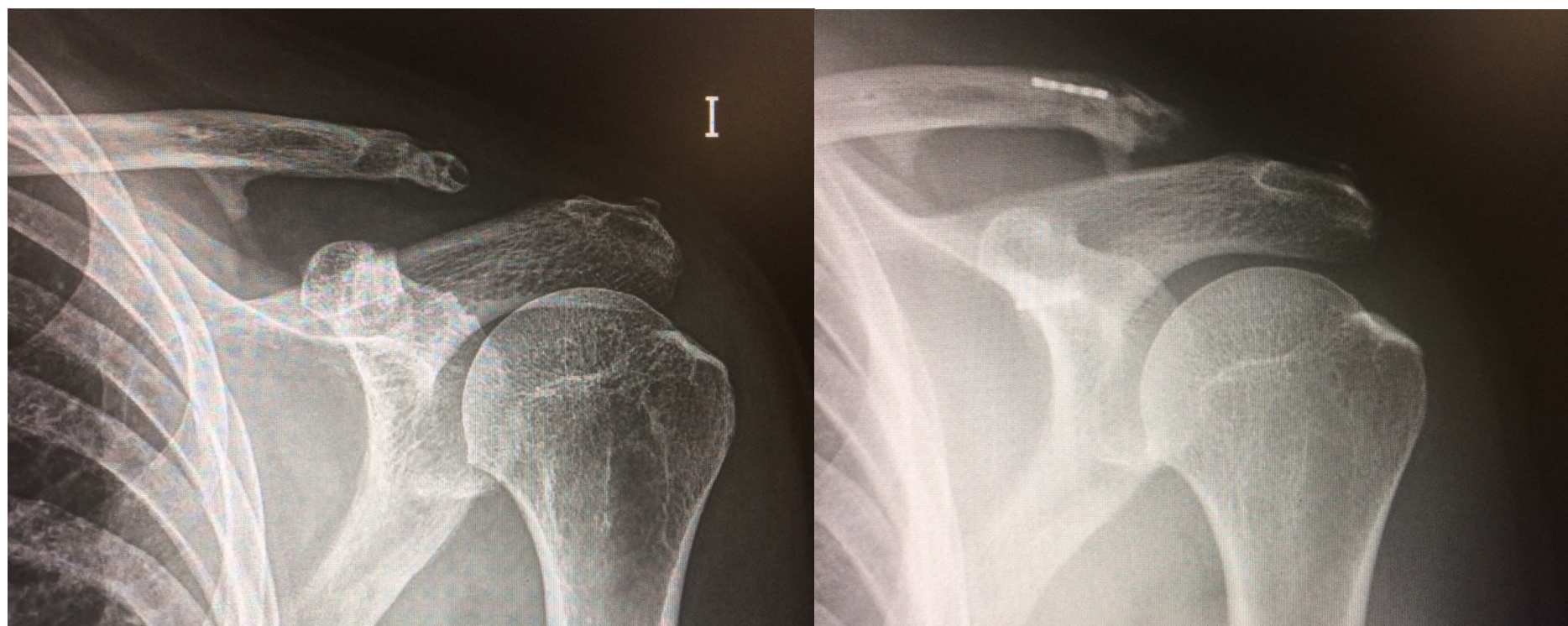


Fig 4: Control radiográfico pre y postintervención

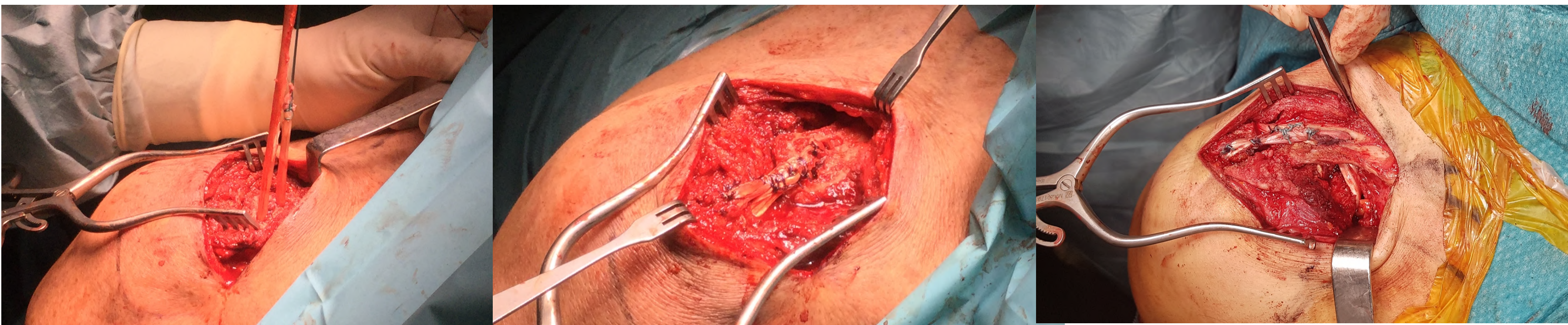


Fig 3: Resultado final tras la reconstrucción en quirófano

CONCLUSIONES: Se realiza esta modificación de la técnica original de Kibler ya que la fijación acromioclavicular que realizan puede no ser lo suficientemente estable.
Esta técnica aumenta la estabilidad acromioclavicular al aumentar la fijación de los ligamentos acromioclaviculares al acromion y disminuye el porcentaje de pérdidas de reducción.

