

INESTABILIDAD crónica ACROMIOCLAVICULAR atraumática en adolescente



Gumersindo Godoy FA¹, Rubin Capalbo C², Lorenzo Machado R¹

¹ MIR COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)

² FEA COT Hospital General Básico Santa Ana (Motril)



La **inestabilidad acromioclavicular** (AC) se constituye como uno de los trastornos más frecuentes de esta articulación, en donde juegan un papel esencial los **ligamentos coracoclaviculares** (CC) como principales elementos suspensorios de la extremidad superior, necesarios para una dinámica sincronizada escapulo-clavicular. Se ha demostrado en estudios biomecánicos la importancia de la **reconstrucción CC** en las luxaciones AC de alto grado. El espectro de posibilidades contempla técnicas anatómicas y no anatómicas, cirugía abierta y artroscópica, injertos biológicos ó plastias sintéticas. El enfoque terapéutico actual de la inestabilidad AC crónica, preconiza la **reconstrucción ligamentaria mediante aporte biológico** (injerto tendinoso o transposición ligamentosa/osteotendinosa) con o sin fijación mecánica de protección.

Varón de 17 años con dolor mecánico AC izquierda atraumática de 2 años de evolución. **EVA 7/10. DASH 45/100. No dismetría** de cintura escapular ni deformidad AC. **Crossed body adduction stress test, resisted extension arm test y Paxinos test positivos, O'Brien test negativo.** Subluxación voluntaria dolorosa anteroposterior AC, inestabilidad similar contralateral asintomática.

En **Rx** (proyecciones de Zanca y Alexander) se evidencia posible luxación AC similar a Tipo IIIB de Rockwood (modificada por ISAKOS). En **RM** morfología acromial tipo I. Articulación AC con cambios inflamatorios y glenohumeral de aspecto normal sin derrame articular.

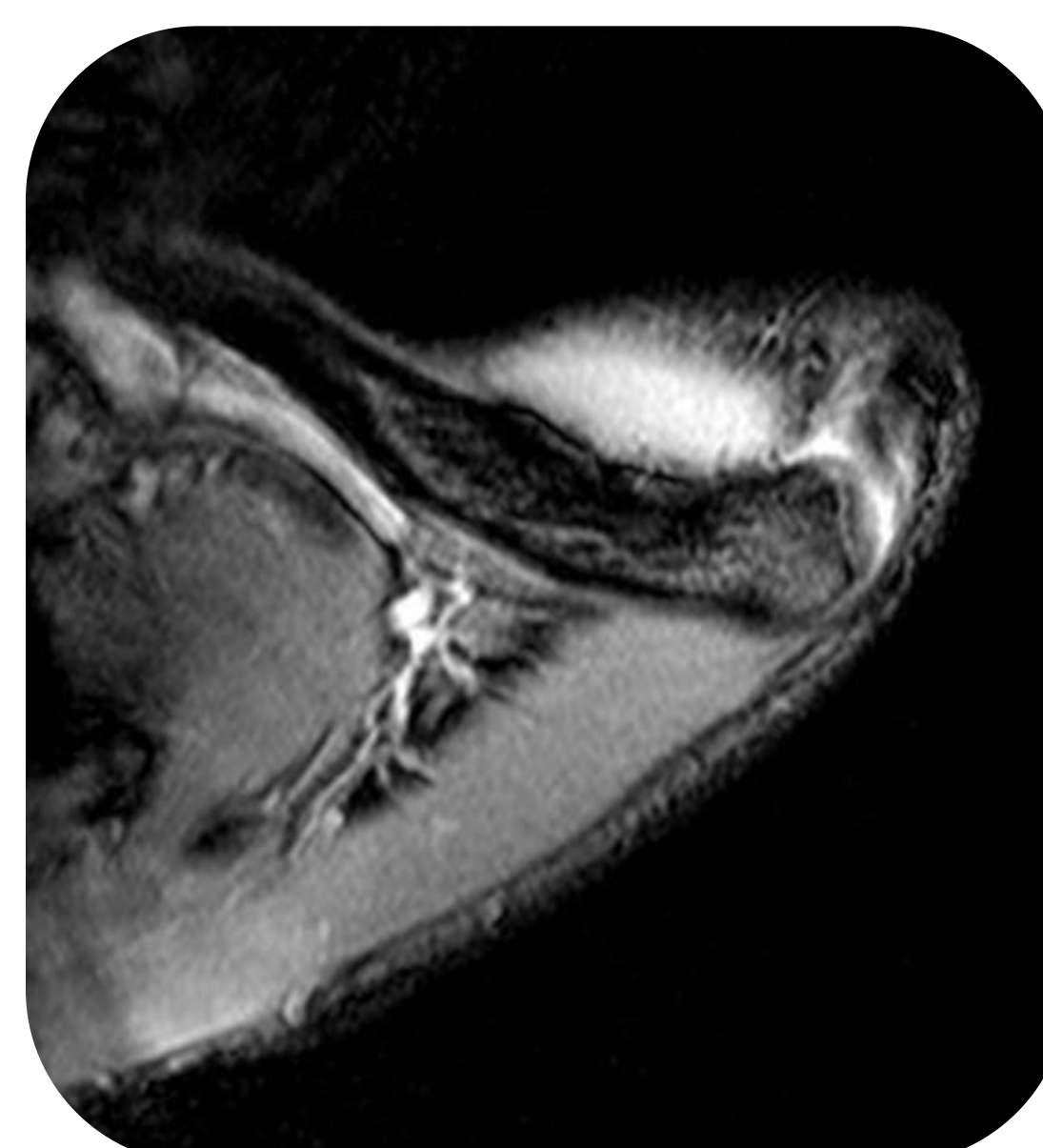
Tras fracaso de tratamiento conservador, se procede a resección conservadora del extremo lateral clavícula con transposición del ligamento AC a la clavícula (técnica de **Weaver-Dunn**) con adición de un anclaje coracoideo con sutura. Se mantiene **sling 3-4 semanas**, aunque se permite movilidad pasiva a 90°.



Destacar el **manejo de luxación AC crónica atraumática en adolescente.**



Inicia en 4ª semana ejercicios **pendulares**, en 5ª semana **activos libres**, más tarde **potenciación y estabilización escapular**. Al 3^{er} mes, logra movilidad activa con limitación en últimos grados con molestia en aproximación horizontal y rotación interna. Al año inicia práctica deportiva. **EVA 2/10. DASH 9/100.**



El manejo de la luxación AC va a depender de diversos factores: **tiempo de evolución, grado de lesión, edad o actividad física y profesional.** En casos crónicos, la **reconstrucción anatómica mediante aporte biológico y fijación mecánica** parecen obtener unos resultados satisfactorios, minimizando las posibilidades de fracaso y desarrollo de subluxaciones secundarias.

