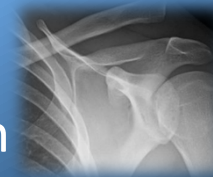


# FIJACIÓN DE LAS LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES AGUDAS MEDIANTE SISTEMA **ZIPTIGHT: RESULTADOS A CORTO PLAZO**

## INTRODUCCIÓN

- ◆ Las luxaciones acromioclaviculares (LAC) son frecuentes. Se producen habitualmente por un **traumatismo directo** sobre el borde superior del acromion.
- ◆ La articulación acromioclavicular (AAC) está estabilizada por:



### ESTABILIZADORES ESTÁTICOS

- Ligamentos acromioclaviculares (AC)
- Ligamentos coracoclaviculares (CC)

### ESTABILIZADORES DINÁMICOS

- Deltoides
- Trapecio

- ◆ El tratamiento de las LAC es **controvertido**; tanto la decisión entre tratamiento quirúrgico o conservador, como la técnica más adecuada.

# MATERIAL Y MÉTODOS

- ◆ Presentamos nuestros **resultados a corto-medio plazo** con el **implante ZipTight (Biomet)** para las LAC agudas.



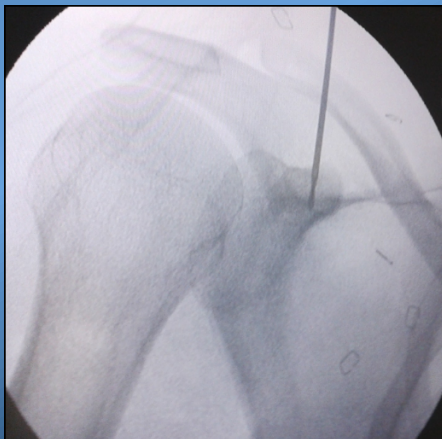
## TECNICA QUIRÚRGICA:

- ◆ Con el paciente en decúbito supino, realizamos **dos incisiones longitudinales**:
- ◆ Localizamos la base de la coracoides a través del surco deltopectoral.

Incisión de 1cm sobre clavícula a 2,5 cm. de la AAC



Incisión de 3-4 cm. sobre apófisis coracoides

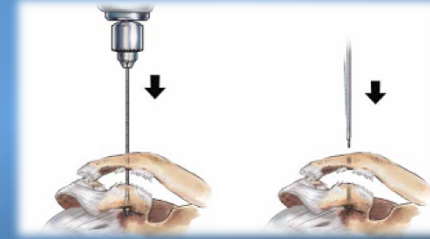


- ◆ Se introduce una aguja guía en el tercio distal de la clavícula a través de la primera incisión y la dirigimos hacia la apófisis coracoides.

Se debe comprobar **el centrado de la aguja** a través de la segunda incisión, de lo contrario se podría comprometer la **integridad de las corticales**, impidiendo la sujeción del implante

# MATERIAL Y MÉTODOS

- ◆ Brocamos a través de la aguja mediante una broca canulada de 4'5mm, utilizando una cucharilla como límite para evitar la introducción excesiva de la



- ◆ Se introduce el implante a través de los dos túneles



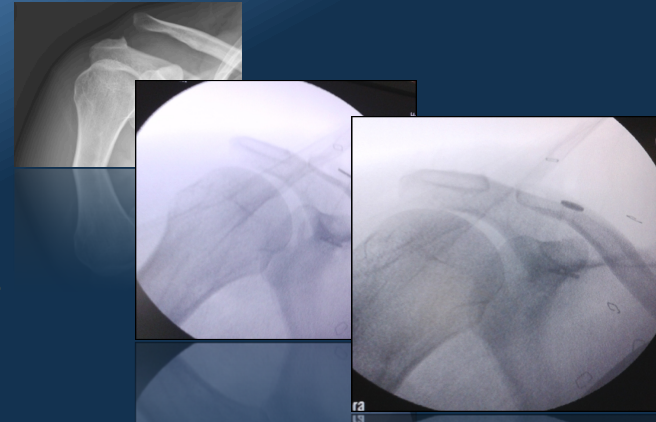
Botón superior → encima de la clavícula  
Botón inferior → por debajo de la coracoides

- ◆ Se tracciona de los dos cabos, dando la tensión necesaria al sistema para el cierre del bucle y la **reducción de la luxación acromioclavicular.**

## PROTOCOLO REHABILITADOR

- ◆ Se inmoviliza el brazo con **cabestrillo** y se realizan:

- Inicio -3º semana: **ejercicios pendulares**
- 3º-6º semana: **ejercicios pasivos y activos asistidos**
- > 6º semana: **ejercicios activos** y potenciación muscular progresiva



# RESULTADOS

- ◆ Tanto la evaluación del **dolor** como los **resultados funcionales** fueron similares a los obtenidos con otras técnicas clásicas realizadas en nuestro servicio.

PAC.	T. EVOLUCION	EVA	CONSTANT	COMPLICACIONES	RX CONTROL ACTUAL
1	9 meses	0	90	Ninguna	Subluxación grado II
2	6 meses	3	85	Ninguna	Subluxación grado II, osteolisis alrededor del botón
3	5 meses	5	69.7	Infección material de osteosíntesis → EMO	Correcta congruencia articular tras EMO del botón clavicular
4	4 meses	1	95.5	Ninguna	Correcta congruencia articular
5	3 meses	0-1	89	Ninguna	Correcta congruencia articular
6	1'5 meses	8	29.6	Ninguna	Correcta congruencia articular

No hubo otras complicaciones ni fracturas coracoideas por la posición o la tensión excesiva del implante.

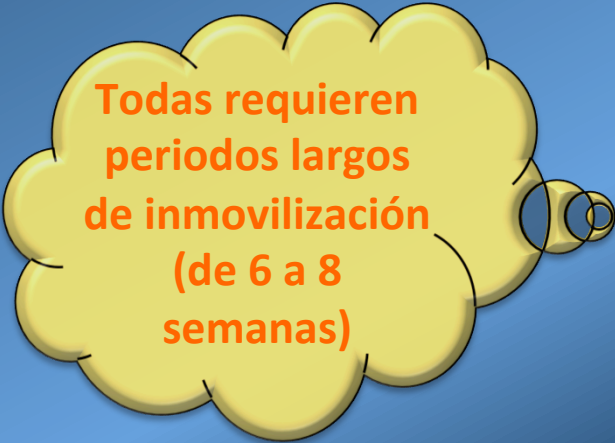
- ◆ Durante el seguimiento postoperatorio se observó:
  - ❖ Una **pérdida de reducción parcial** en dos de los casos sin repercusión clínica.
  - ❖ Una **infección** que obligó a retirar el material de osteosíntesis de forma temprana, pero sin pérdida de congruencia articular.



# CONCLUSIONES

## La fijación de las LAC agudas mediante el sistema ZipTight por técnica mínimamente invasiva:

- ✓ Ofrece **buenos resultados**, similares a técnicas clásicas, pero evitando ciertos inconvenientes:



Todas requieren periodos largos de inmovilización (de 6 a 8 semanas)

- **Agujas K:** migración de las agujas e infección del trayecto de las mismas.
- **Placa-gancho, Bosworth:** segunda intervención obligatoria para retirada de material.
- **Weaver-Dunn:** precisa amplios abordajes y disecciones.

- ✓ La consideramos una **buena alternativa** a otras técnicas, ya que es rápida, relativamente sencilla y permite una **rehabilitación precoz** consiguiendo una **movilidad completa o casi completa a las 6-8 semanas de la intervención.**