

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS

OPERACION DE PHEMISTER EN
LUXACION ACROMIOCLAVICULAR

SERGIO DAGOBERTO ERAZO GALEANO

CONTENIDO

- INTRODUCCION
- ANTECEDENTES
- OBJETIVOS
- CONSIDERACIONES GENERALES
- MATERIAL Y METODOS
- CLASIFICACION DE LA LUXACION Y DESCRIPCION DE LA TECNICA EMPLEADA POR PHEMISTER
- ANALISIS DE CASOS Y RESULTADOS OBTENIDOS
- CONCLUSIONES
- RECOMENDACIONES
- BIBLIOGRAFIA

Siendo la luxación acromioclavicular una patología frecuente en pacientes jóvenes, se presenta como un problema que revisa la precisión científica en su investigación.

Quizá se deba a la poca frecuencia con que se presenta esta entidad en nuestro medio que existe poco interés por efectuar estudios directos sobre esta patología trayendo como consecuencia la poca existencia de fuentes nacionales informativas sobre esta patología y, por ende, la utilización de medidas terapéuticas basadas en la experiencia ajena, y no en investigaciones que permitan tener un conocimiento más claro sobre esta.

A pesar de la existencia de numerosa literatura extranjera sobre este tipo de lesión, es útil el estudio y la investigación activa de la misma en nuestro medio, para poder así instituir una terapéutica fácil y cómoda que nos permita mejorar a quienes la padecen, y en esta forma puedan reincorporarse a su actividad diaria y llevar una vida normal.

Con la plena convicción de que se está efectuando un aporte valioso para la orientación y comprensión de lo que es la operación de PHEMISTER como un procedimiento sencillo y cómodo en comparación con otras técnicas terapéuticas existentes, el autor de este trabajo se propone hacer una revisión de los casos de luxación acromioclavicular con operación de PHEMISTER efectuados en el Hospital Roosevelt en un período de cuatro años, esperando así, hacer un aporte científico que permita un razonamiento preciso de esta operación, para situarla en el plano que le corresponde y por ende, brindar una contribución en beneficio colectivo.

ANTECEDENTES

Desde la época de Galeno, año 130-200 N.E., se hablaba de luxación de clavícula, el mismo Galeno refiere la padeció ejercitándose en el gimnasio.

Petit 1664-1741, Malgaigne 1806-1865, Velpeau 1795-1867 empleaban técnicas diferentes en la terapéutica de la luxación de la extremidad externa de la clavícula, entre ellas tenemos: reducción, empleo de torniquete y colocación de cabestrillo.

Se han usado y publicado múltiples técnicas diferentes para la reparación de la luxación acromioclavicular, de las cuales citaremos:

Técnica de Stewart N. 1860, tratamiento conservador ideado por Sir Rober Jones en 1924, Técnica de Henry modificada 1929, Técnica de Dewart y Barrington 1965, Técnica de Neviaser 1968, etc.

En referencia a publicaciones nacionales sobre esta patología hasta la fecha solo existe la tesis del doctor Abraham Eduardo Morris Cintora la cual fue realizada en IGSS. en 1977 y cuyo título es LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES.

OBJETIVOS

1. Determinar la incidencia de luxación acromioclavicular en los pacientes operados en el departamento de Traumatología y Ortopedia del hospital Roosevelt durante cuatro años.
2. Demostrar que la operación de Phemister es un procedimiento sencillo y de corto tiempo de intervención quirúrgica.
3. Demostrar que la eficacia de esta técnica obtiene resultados satisfactorios a corto plazo.
4. Dar a conocer el tratamiento y complicaciones que presenta esta operación y determinar radiológicamente que grado de luxación es más frecuente.
5. Instituir el método de Phemister como conducta a seguir en el tratamiento de luxación acromioclavicular.

CONSIDERACIONES GENERALES

ARTROLOGIA

Las articulaciones se clasifican de acuerdo con la amplitud del movimiento que son capaces de ejecutar.

A continuación se presenta un resumen de las diferentes articulaciones.

Articulaciones — conexiones que existen entre los huesos

Articulaciones
inmóviles o sin
artrosis

Los huesos están
unidos por teji-
do fibroso o car-
tílago

- 1) Suturas. Articulaciones por prolongaciones dentadas que unen estrechamente ambas superficies.
 - Suturas verdaderas
 - Sutura dentada: como las de los huesos parietales
 - Sutura aserrada: como entre las dos porciones del frontal
 - Sutura limbosa: además de quedar estrechamente entrelazadas, las superficies articulares, cortadas a bisel, se sobreponen, por ejemplo, las suturas entre los parietales y frontal
 - Suturas falsas
 - Sutura escamosa: como la que existe entre los temporales y los parietales
 - Sutura armónica: simple aposición de dos superficies rugosas, por ejemplo, la articulación entre los maxilares
- 2) Esquindilesis. Una delgada placa de hueso es recibida en la fisura o depresión de otro hueso, por ejemplo, el vómer recibido en la fisura que está entre los maxilares y entre los palatinos.
- 3) Gonfosis. Una apófisis cónica acomodada en una cavidad estrecha, por ejemplo, las raíces de los dientes en los alvéolos de los maxilares
- 4) Sincondrosis. Articulación temporal. El cartílago entre los huesos se osifica en la vida adulta; por ejemplo, entre el occipital y el esfenoides

Articulaciones
semimovibles o
anfiartrosis

Los huesos están
unidos por discos
de cartílago o por
ligamentos inter-
óseos

- 1) Sínfisis. Los huesos están unidos por una placa o un disco de fibrocartílago de considerable espesor.
- 2) Sindesmosis. Las superficies óseas se unen por un ligamento interóseo, como en la articulación tibioperonea inferior

Articulaciones
móviles o diar
trosis.

1. Cartílago hialino que cubre las extremidades adyacentes
2. Cápsula fibrosa reforzada por ligamentos
3. Membrana sinovial que tapiza la cápsula fibrosa

De acuerdo a los criterios de estructura, grado y tipo de movimientos permitidos se reconocen 3 categorías de articulación a saber:

Articulaciones fibrosas, cartilaginosas y sinoviales.

De acuerdo a esta clasificación la acromioclavicular estaría dentro de las sinoviales como una artodia.

LESIONES ACROMIOCLAVICULARES

La articulación acromioclavicular se lesiona por fuerzas aplicadas de arriba hacia abajo desde el punto del hombro. Tales lesiones son frecuentes durante los juegos rudos en donde priva el choque de un cuerpo contra otro. La frecuencia por edades coincide con la de personas que practican deportes.

Las lesiones acromioclaviculares pueden ocurrir en edades avanzadas también, pero en estas son más frecuentes las fracturas del tercio distal de la clavícula con el mismo tipo de traumatismo.

La integridad de la articulación acromioclavicular depende principalmente de los ligamentos coracoclaviculares, conoide y trapezoide, que cursan hacia arriba, y hacia fuera de la base de la apófisis coracoides a la superficie inferior de la clavícula.

MANIFESTACIONES CLINICAS

Los signos de la acromioclavicular son aumento de tamaño y dolor a la palpación sobre la articulación y deformidad perceptible por palpación. El paciente inclina su cabeza hacia el la-

do afectado para relajar el esternocleidomastoideo y sostiene su brazo con la mano opuesta para aliviar el peso del hombro.

Cuando se hace la exploración física estando el paciente acostado puede reducirse espontáneamente una subluxación haciendo difícil el diagnóstico. Estando el paciente de pie en el obeso, o en los casos con inflamación local considerable, el diagnóstico suele no resultar aparente. Se puede llegar a una conclusión obteniendo radiografías AP. de ambas articulaciones acromioclaviculares para comparación estando el paciente de pie y con peso en las manos. En la subluxación puede bastar con que el paciente sostenga brevemente una pesa de 5 Kg, para hacer aparentes las lesiones de una articulación.

FUNCION DEL LIGAMENTO CONOIDE

Entre la clavícula y el omóplato se forma un ángulo, y al abrirse éste, el ligamento conoide se tensa y de esa manera limita el movimiento.

FUNCION DEL LIGAMENTO TRAPEZOIDE

Al cerrarse el ángulo descrito anteriormente, el ligamento Trapezoide se tensa, limitando así el movimiento.

La articulación Acromioclavicular, pertenece al Complejo Articular del Hombro, por lo que al describir la fisiología de movimientos de la misma tendremos que describir los del complejo articular al que pertenece.

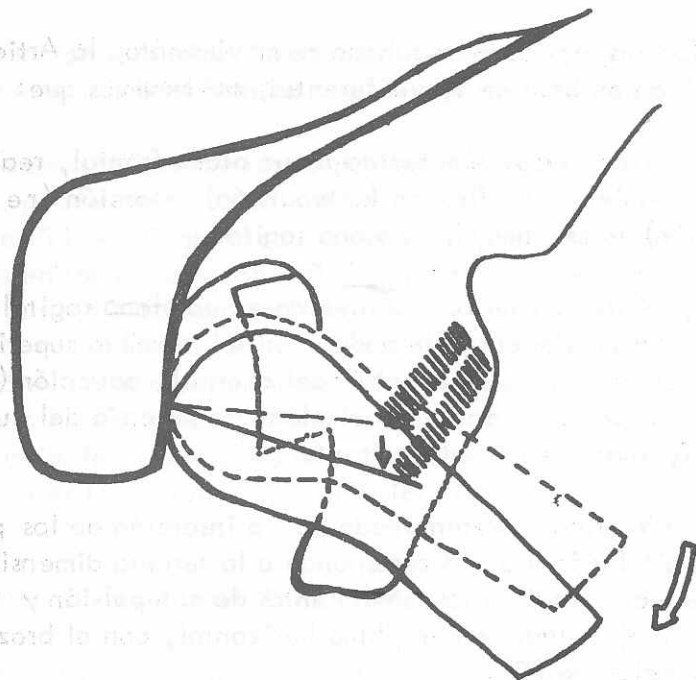
Así tenemos que presenta movimientos en tres sentidos, lo que permite la orientación en tres posiciones diferentes de espacio al miembro superior.

Con respecto a estos planos de movimiento, la Articulación los realiza con base en ejes diferentes, así tenemos que:

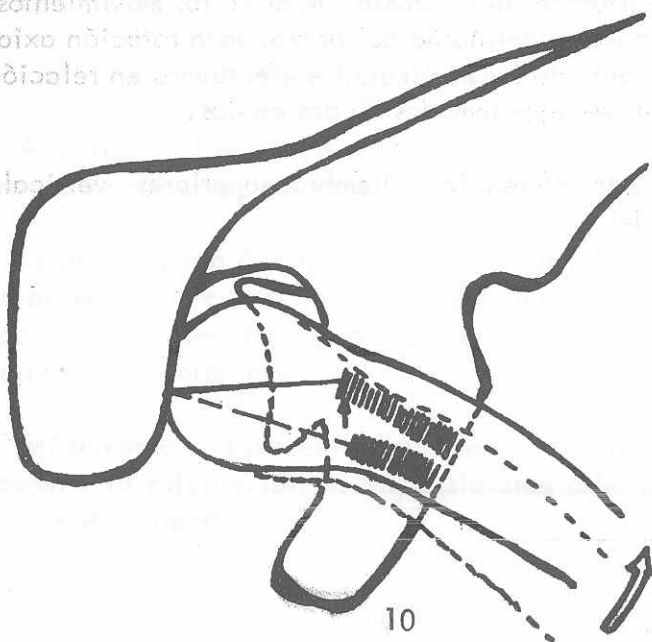
- 1.- Eje Transverso: Contenido en un plano frontal, realiza los movimientos de flexión (antepulsión) extensión (retropulsión) efectuados en un plano sagital.
- 2.- Eje Anteroposterior: Contenido en un plano sagital, realiza los movimientos de abducción (el miembro superior se aleja del plano de simetría del cuerpo); aducción (el miembro superior se aproxima al plano de simetría del cuerpo) - efectuados en un plano frontal.
- 3.- Eje Vertical: Determinado por la inserción de los planos sagital y frontal. Corresponde a la tercera dimensión del espacio, realiza los movimientos de antepulsión y retropulsión ejecutados en un plano horizontal, con el brazo en abducción de 90°.
- 4.- Eje Longitudinal del Húmero: Realiza los movimientos de rotación externa-interna del brazo, esta rotación axial es la resultante de los movimientos efectuados en relación a los otros tres ejes tomados de dos en dos.

Posición de referencia: Miembros superiores verticalmente a lo largo del

FUNCION DEL LIGAMENTO CONOIDE



FUNCION DEL LIGAMENTO TRAPEZOIDE

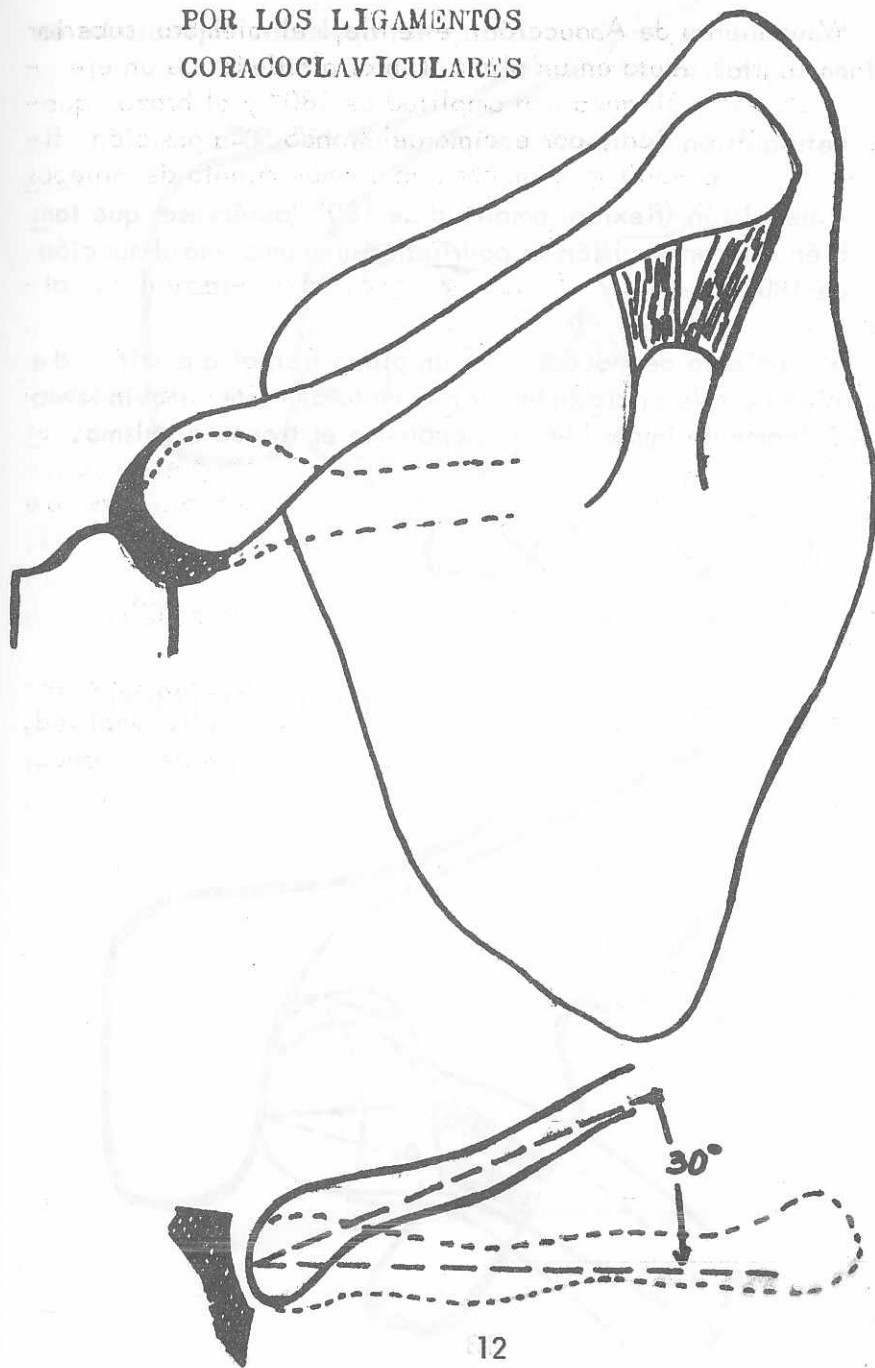


Movimientos de Antepulsión - retropulsión. Ejecutados en un plano sagital, alrededor de un eje transversal.

- Retropulsión (extensión) amplitud de 45° - 50° .
- Antepulsión (flexión) amplitud de 180° (obsérvese que también esta antepulsión se podría definir como una abducción de 180°).

Movimiento de Aducción en un plano frontal a partir de la posición de referencia (aducción completa), este movimiento es mecánicamente imposible, por oponerse el tronco al mismo.

**MOVIMIENTOS DE LA CLAVICULA LIMITADOS
POR LOS LIGAMENTOS
CORACOCCLAVICULARES**



Movimiento de Abducción: este aleja el miembro superior del tronco, se ejecuta en un plano frontal alrededor de un eje - anteroposterior. Alcanza una amplitud de 180° y el brazo queda en posición vertical, por encima del tronco. La posición final se puede conseguir igualmente con un movimiento de Antepulsión 180° .

Rotación Axial del Brazo. Este movimiento se realiza alrededor del eje longitudinal del húmero.

Para poder ser medida la amplitud del movimiento es obligatoria la flexión del Codo a 90° ; de este modo, el antebrazo está inserto en un plano sagital. Si no se adopta esta precaución, a la amplitud de los movimientos de rotación, se añadiría la de los movimientos de Pronosupinación del antebrazo.

Rotación Externa: Amplitud de 80° (no llega a 90°).

Rotación Interna: Amplitud de 95° , dato éste variable según constitución de cada individuo, para alcanzar esta amplitud, es imprescindible que el antebrazo se coloque detrás del tronco; lo cual implica cierto grado de retropulsión.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Se efectuó un estudio retrospectivo de revisión y análisis tomando en cuenta las variables más importantes sobre los casos ocurridos de Luxación Acromioclavicular con operación de PHEMISTER registrados en el departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt, en el período comprendido del 1o. de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1980.

METODO

Se efectuó revisión de papeletas en las cuales se constató: Nombre, edad, sexo, ocupación, porcentaje de incidencia en los pacientes operados en el citado departamento, causa del accidente, miembro afectado, diagnóstico radiológico, tiempo de hospitalización, tiempo transcurrido del accidente a la operación, tiempo del ingreso a la operación, tiempo de la operación al egreso, duración de la intervención quirúrgica y complicaciones.

RECURSOS HUMANOS

Departamento de investigaciones de la facultad de Ciencias Médicas, un Médico revisor, un Médico asesor, personal del departamento de archivo del hospital Roosevelt y el autor del trabajo.

RECURSOS MATERIALES

Papeletas de los pacientes a quienes se les efectuó operación de PHEMISTER, registradas en el archivo del departamento de Traumatología y Ortopedia del hospital Roosevelt durante el período del 1o. de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1980.

CLASIFICACION DE LA LUXACION

El término luxación significa: dislocación permanente de una parte especialmente de las superficies articulares, al desgarrarse los medios de sostén ya sea por traumatismo o por debilidad de los mismos.

Cuando los medios de fijación acromioclaviculares como lo son los ligamentos acromioclavicular y coracoclavicular sufren desgarr o desinserción, estamos ante una LUXACION ACROMIOCLAVICULAR COMPLETA.

La SUB-LUXACION ACROMIOCLAVICULAR únicamente presenta desgarr de los ligamentos acromioclaviculares, quedando la clavícula fijada en posición por los ligamentos coracoclaviculares.

Waver James y Dum Harold, clasifican la lesión en grados de I a III, utilizando los parámetros siguientes:

- I. Cuando es leve la deformidad y en la cápsula articular de la acromioclavicular, hay hemartrosis y esto es causa de inflamación y dolor, especialmente de incapacidad para los movimientos.
- II. Cuando la deformidad es un poco más notoria, pues hay ruptura de los ligamentos Acromioclaviculares y de su cápsula articular, permaneciendo intactos los ligamentos coracoclavicular y trapecioide.
- III. Cuando la deformidad es obvia, pues ambos ligamentos se encuentran lesionados como también la cápsula articular.

DESCRIPCION DE LA TECNICA EMPLEADA POR PHEMISTER

TECNICA

Se exponen la articulación acromioclavicular, el extremo externo de la clavícula y la coracoides a través de una incisión curva anterior.

Se examina la articulación acromioclavicular y a menudo se ve que el disco articular se halla rotado y trabado dentro de la articulación, lo cual impide reducir la luxación; se extirpa el disco o cualquier otro tejido lesionado y luego se pasan puntos en V en los ligamentos coracoclaviculares, pero sin ajustarlos. - Se colocan dos alambres de Kirschner, uno del tamaño de un alambre guía y otro más pequeño, separados en su punto de entrada por 17 mm. a través del borde externo del acromion, de manera que penetren en el centro de la carilla articular de este.

Se reduce la luxación y se introducen los alambres en la clavícula cruzando la articulación a una profundidad de 2.5 a 4 cm. se controla la posición de los alambres y se verifica la reducción mediante radiografías en posiciones anteroposterior y perfil. Si ambas son satisfactorias se doblan los alambres a 90° en el borde externo del acromion y se cortan, dejando 6 mm. en forma de gancho en la punta de cada uno, se los rota para que el gancho quede cubierto por las partes blandas vecinas al acromion.

Se separan la cápsula y los ligamentos de la acromioclavicular y se ajustan los puntos que se colocaron antes en los ligamentos coracoclaviculares. Se emplea un vendaje de Vepeau o un cabestrillo acolchado.

TRATAMIENTO POSTOPERATORIO

Las gasas y los puntos se quitan a las dos semanas y se empieza con movimientos activos. Los alambres se extraen a las ocho semanas con anestesia local, y se comienza un programa de fisioterapia activa sin necesidad de usar antibióticos.

ANALISIS DE CASOS Y RESULTADOS OBTENIDOS

REVISION DE 20 CASOS DE LUXACION ACROMIOCLAVICULAR CON OPERACION DE PHEMISTER REALIZADOS EN EL DEPARTAMENTO DE TRAUMATOLOGIA Y ORTOPEDIA DEL HOSPITAL ROOSEVELT, EN EL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1º DE ENERO DE 1977; AL 31 DE DICIEMBRE DE 1980.

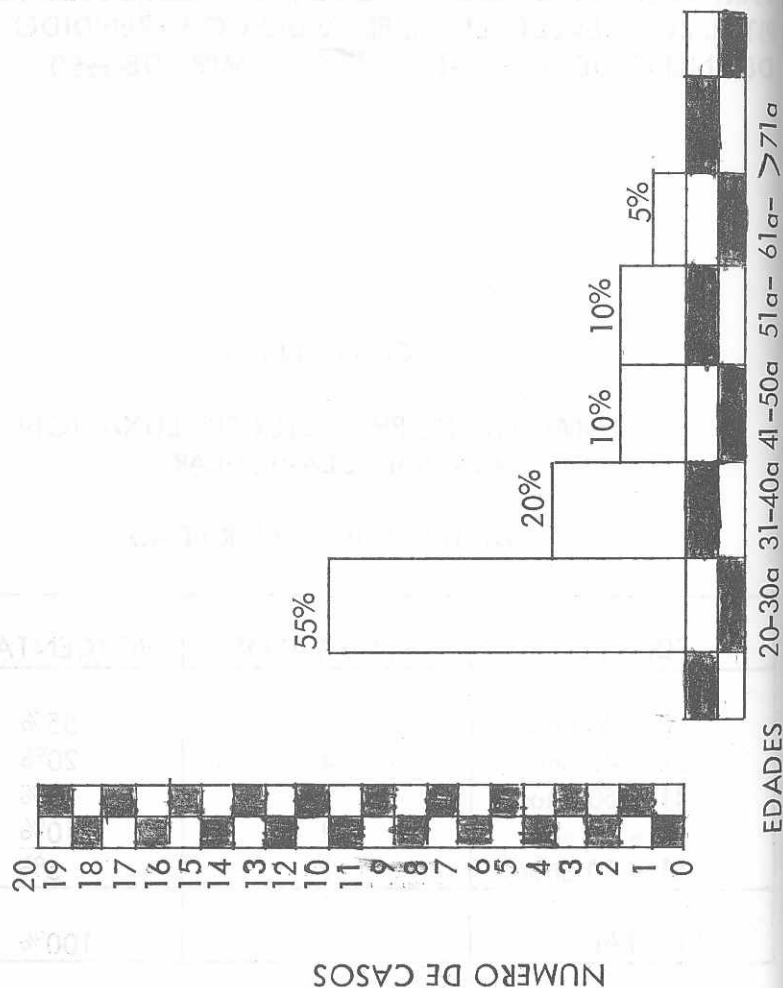
Cuadro No. 1

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR EDAD

EDADES	No. DE CASOS	PORCENTAJE
20 - 30 años	11	55%
31 - 40 años	4	20%
41 - 50 años	2	10%
51 - 60 años	2	10%
61 - 70 años	1	5%
TOTAL	20	100%

DISTRIBUCION POR EDAD Y PORCENTAJE



La edad de los pacientes osciló entre 20 años el menor y 70 años el mayor.

El grupo etáreo más afectado fue el comprendido entre los 20 y los 30 años, (55%) seguido ascendentemente de 20% para la edad de 31 a 40 años; 10% para la edad de 51 a 60 años y 5% para la edad de 61 a 70 años.

Hacemos la observación de que a mayor edad menor incidencia, creemos que esto se debe a que a mayor edad hay menor actividad física.

Si a la edad de 20 a 30 años le sumamos la de 31 a 40 años, el porcentaje aumenta notablemente en un 75%, lo cual nos da un índice de la susceptibilidad de este grupo.

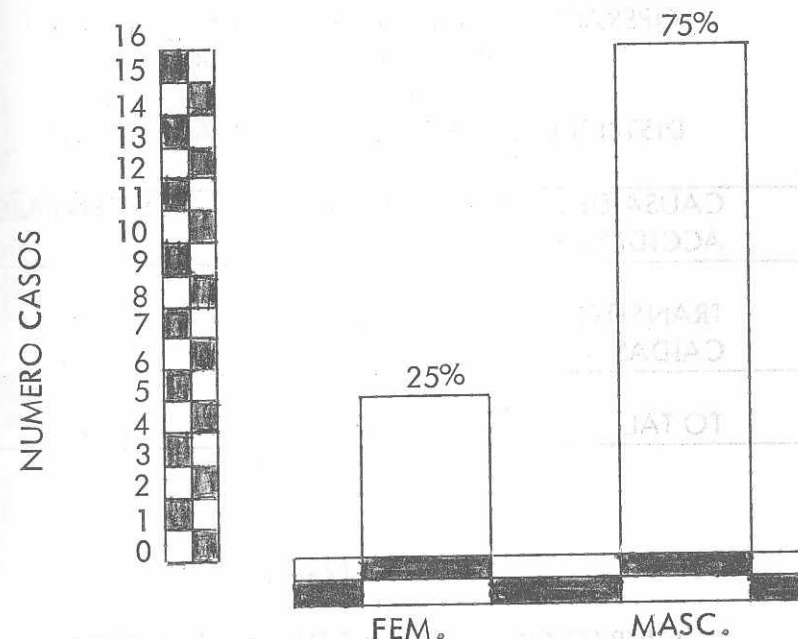
Cuadro No. 2

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR SEXO

SEXO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
FEMENINO	5	25%
MASCULINO	15	75%
TOTAL	20	100%

DISTRIBUCION POR SEXO Y PORCENTAJE



Se encontró que el 75% de las operaciones fue realizada - en pacientes del sexo masculino con 15 casos. Correspondiendo un 25% (5 casos) para el sexo femenino.

La razón por la cual el estudio arrojó esas proporciones es difícil de establecer, ya que considerando la causa del accidente (cuadro número 3) el 65% de los casos (15 pacientes) fue debida a accidentes de tránsito y el 35% restantes fue por caídas bruscas.

Cuadro No. 3

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR CAUSA DEL ACCIDENTE

CAUSA DEL ACCIDENTE	No. DE CASOS	PORCENTAJE
TRANSITO	13	65%
CAIDAS	7	35%
TOTAL	20	100%

Cuadro No. 4

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR OCUPACION

OCUPACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
ESTUDIANTES	5	25%
OF. DOMESTICOS	5	25%
AGRICULTORES	3	15%
CHOFERES	2	10%
MECANICOS	2	10%
OTROS	3	15%
TOTAL	20	100%

De la variedad de ocupaciones que se presentan destacan los estudiantes con un 25% y los oficios domésticos con otro 25%, el resto se encontraron distribuidos en forma más o menos uniforme.

El 90% de los pacientes sufrieron el accidente fuera de su trabajo, esto refleja la poca relación que existe entre la ocupación y la causa del accidente.

Cuadro No. 5

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR MIEMBRO AFECTADO

MIEMBRO AFECTADO	No. DE CASOS	PORCENTAJE
DERECHO	12	60%
IZQUIERDO	8	40%
TOTAL	20	100%

El cuadro número 5 muestra un predominio de afección para el miembro derecho (60%) y un 40% para el izquierdo, hecho que se explica porque en su mayoría los pacientes son diestros y al momento de ocurrir el accidente antepusieron el miembro derecho en resguardo de su integridad física.

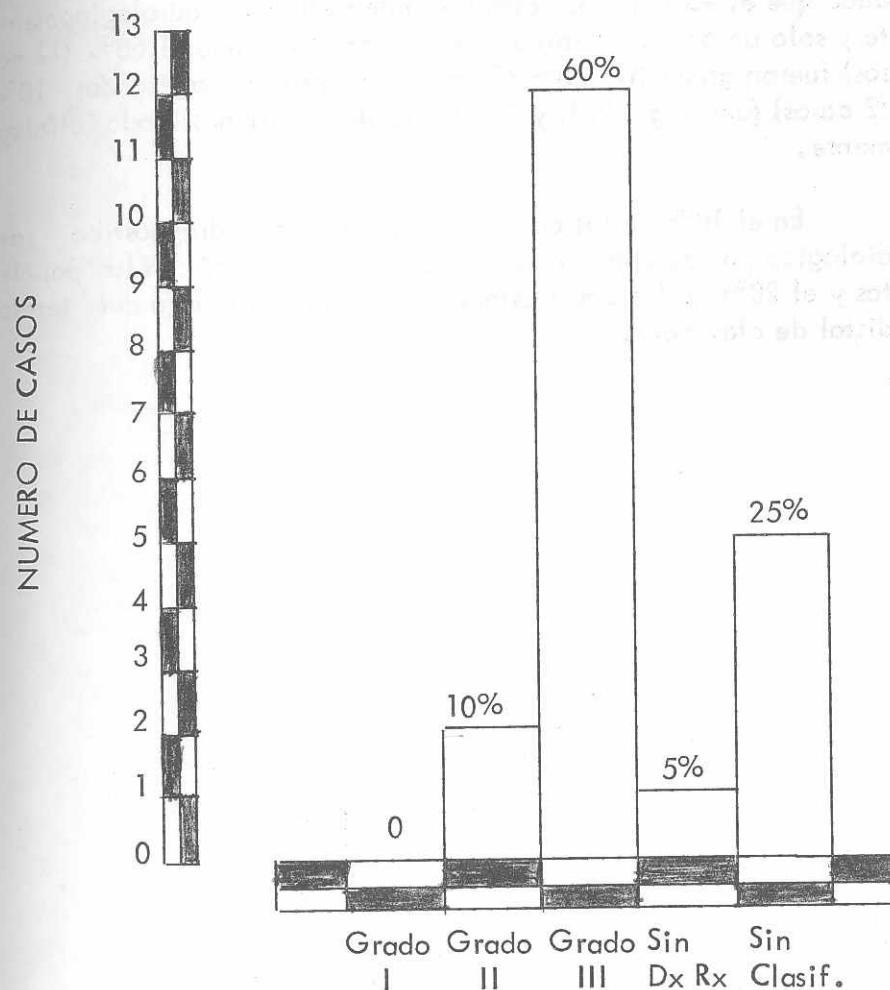
Cuadro No. 6

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR DIAGNOSTICO RADIOLOGICO

CLASIFICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJES
GRADO I	0	0%
GRADO II	2	10%
GRADO III	12	60%
SIN CLASIFICAR	5	25%
SIN DX RADIOLOGICO	1	5%
TOTAL	20	100%

CLASIFICACION SEGUN DIAGNOSTICO RADIOLOGICO Y
PORCENTAJE



Respecto al cuadro anterior cabe hacer la mención de que la clasificación por grados de luxación se hizo por conveniencia, dado que el 95% de los casos fue diagnosticado radiológicamente y solo un 5% por clínica. Así encontramos que el 60% (12 casos) fueron grado III, 25% (5 casos) no estaban clasificados, 10% (2 casos) fueron grado II y 5% (1 caso) fue diagnosticado clínicamente.

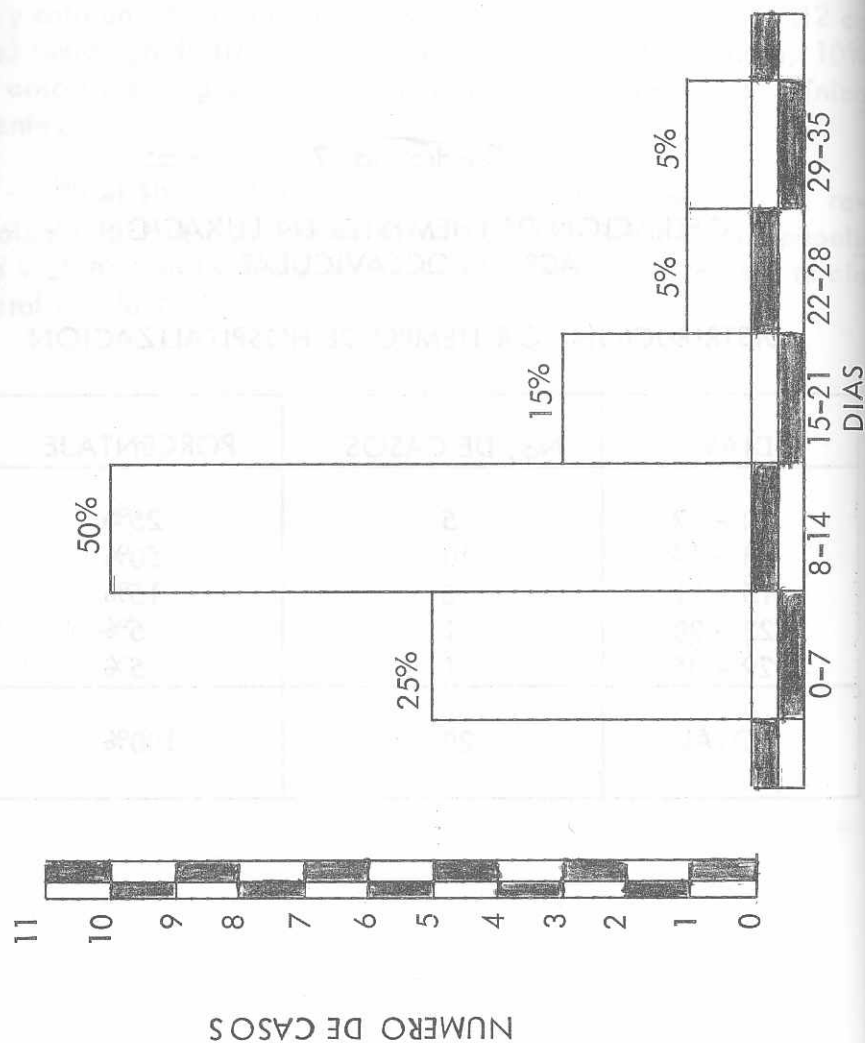
En el 10% de los casos no se comprobó el diagnóstico radiológico por no aparecer el número de radiografía en las papeletas y el 20% de los casos estaban asociados a fractura del tercio distal de clavícula.

Cuadro No. 7

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR TIEMPO DE HOSPITALIZACION

DÍAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 7	5	25%
8 - 14	10	50%
15 - 21	3	15%
22 - 28	1	5%
29 - 35	1	5%
TOTAL	20	100%



El cuadro anterior revela que el tiempo de hospitalización en el 50% de los pacientes estuvo comprendido entre los 8 a 14 días, el 25% corresponde a pacientes hospitalizados de 0 a 7 días; sumando estos dos períodos encontraremos que el 75% de pacientes permanecieron en el hospital por un período no mayor de 14 días.

No se encontró razón por la cual el 15% de los pacientes permanecieran hospitalizados de 15 a 21 días. El 10% restante que comprenden los períodos de 22 a 28 y 29 a 35 días, fueron pacientes politraumatizados.

El tiempo máximo de hospitalización fue de 35 días y el mínimo de 2, encontrándose un tiempo promedio de 13 días de hospitalización para cada paciente.

Cuadro No. 8

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR TIEMPO TRANSCURRIDO DEL
ACCIDENTE A LA OPERACION

DIAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
0 - 7	5	25%
8 - 14	7	35%
15 - 21	3	15%
22 - 28	3	15%
29 - 35 y más	2	10%
TOTAL	20	100%

Los resultados obtenidos en el cuadro número 8 nos parecen razonables tomando en consideración que algunos de los pacientes ya fuere por desconocimiento de la lesión u otros factores no acuden a consulta hospitalaria en un período de tiempo prudente. Así encontramos que el 45% fueron operados en un tiempo mayor de 14 días del accidente, siendo el tiempo mínimo 2 días, el máximo 113 y el tiempo promedio de 18 días para cada paciente.

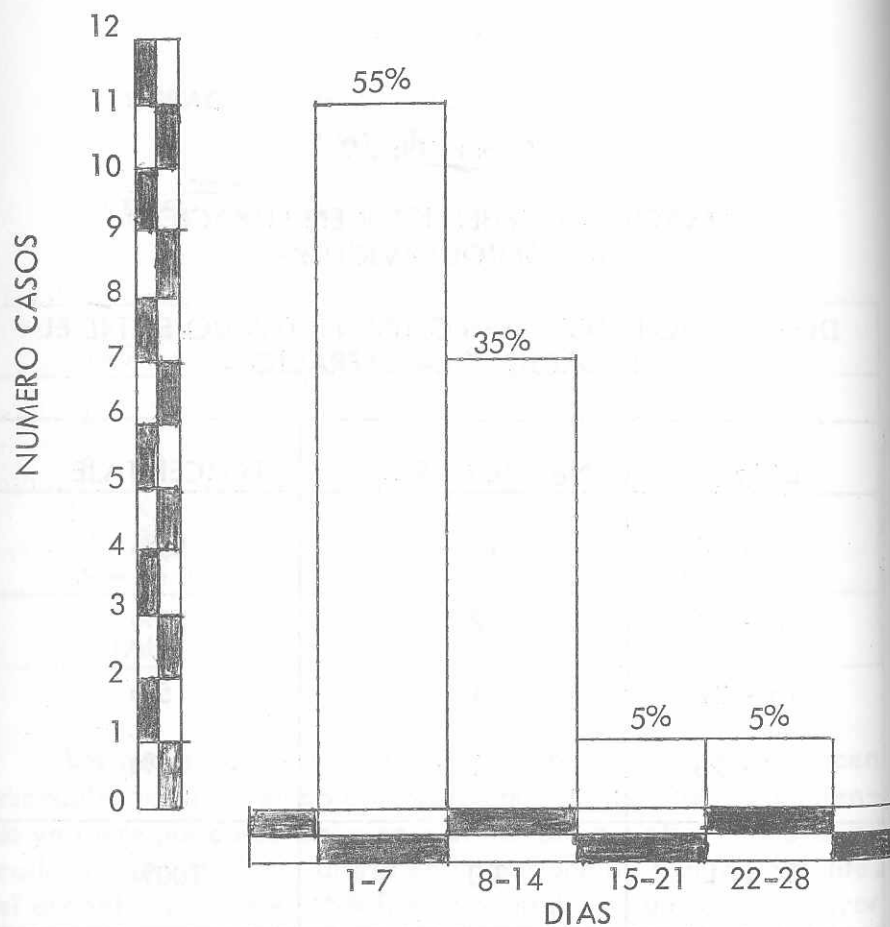
Cuadro No. 9

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE EL
INGRESO Y LA OPERACION

DIAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1 - 7	11	55%
8 - 14	7	35%
15 - 21	1	5%
22 - 28	1	5%
TOTAL	20	100%

TIEMPO TRANSCURRIDO ENTRE INGRESO Y OPERACION



El cuadro número 9 muestra que el 55% de los casos fue intervenido en un tiempo no mayor de 7 días a su ingreso.

Cabe mencionar que aparte de considerar algunos factores como ser: Pacientes politraumatizados con lesiones de mayor im portancia médica que la luxación, estado general del paciente, completación de laboratorios pre-operatorio y suspensión de la intervención por falta de tiempo en el quirófano; las otras razones por las cuales un paciente tardare más de 7 días a su ingreso para ser intervenido se desconocen.

El tiempo mínimo entre el ingreso y la operación fue de 1 día, el máximo de 22 (correspondió a un paciente politraumatizado) y el tiempo promedio fue de 7 días para cada paciente.

Cuadro No. 10

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR TIEMPO TRANSCURRIDO DE LA
OPERACION AL EGRESO

DIAS	No. DE CASOS	PORCENTAJES
0 - 7	16	80%
8 - 14	2	10%
15 - 21	1	5%
22 - 28	1	5%
TOTAL	20	100%

El cuadro número 10 revela que el 80% de los casos fue egresado a los 7 días post-operatorios, el tiempo mínimo de hospitalización post-operatoria fue de 1 día, el máximo de 26, con un promedio de 5 días para cada paciente,

A excepción de 1 paciente (5%) cuya hospitalización post-operatoria duró 26 días por haberse infectado, se desconoce la causa por la cual el 15% restante permaneciera más de 7 días.

Cuadro No. 11

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR DURACION DE LA
INTERVENCION QUIRURGICA

HORAS	No. DE CASOS	PORCENTAJE
1/2 - 1	4	20%
1 - 1-1/2	8	40%
1-1/2 - 2	6	30%
2 - y más	2	10%
TOTAL	20	100%

El cuadro número 11 muestra que el 60% de las operaciones duraron de media a una hora y media, el 40% restante duró de hora y media a más de dos horas.

Cabría considerar la habilidad del cirujano para operar, el estado de la región al momento de ser operada así como también el tiempo del accidente a la operación, pues a mayor tiempo habrá más fibrosis y por consiguiente más dificultad operatoria.

El tiempo mínimo de operación fue de 45 minutos, el máximo de 129 y el tiempo promedio para cada intervención fue de 84 minutos.

Cuadro No. 12

OPERACION DE PHEMISTER EN LUXACION
ACROMIOCLAVICULAR

DISTRIBUCION POR COMPLICACION

COMPLICACION	No. DE CASOS	PORCENTAJE
OSTEOMIELITIS	1	5%
REDUCCION INSATISFACTORIA	2	10%
DOLOR A LA ABDUCCION	1	5%
SIN COMPLICACION	16	80%
TOTAL	20	100%

Como se observa en el cuadro número 12, 4 pacientes (20%) tuvieron complicación, de estos, 1 paciente politraumatizado cuya reducción fue considerada insatisfactoria, se complicó dentro del hospital (se infectó con estafilococo aureus). Los 3 restantes se complicaron fuera del hospital.

El 80% de los casos (16 pacientes) tuvieron evolución satisfactoria.

SUMARIO DE CONCLUSIONES

SUMARIO

El presente trabajo se llevó a cabo en el departamento de Traumatología y Ortopedia del hospital Roosevelt.

Se efectuó un estudio de pacientes con Luxación Acromioclavicular operados con la técnica de Pheemister en el período comprendido del 1o. de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1980.

Se encontró un total de 37 paciente con Luxación Acromioclavicular de los cuales 20 fueron operados con la técnica de Pheemister.

De cada caso se estudió edad, sexo, ocupación, porcentaje de incidencia en los pacientes operados en el citado departamento, causa del accidente, miembro afectado, diagnóstico radiológico, tiempo de hospitalización, tiempo transcurrido del accidente a la operación, tiempo del ingreso a la operación, tiempo de la operación al egreso, duración de la intervención quirúrgica y complicaciones.

Del citado trabajo se extrajo las conclusiones que a continuación se presentan.

CONCLUSIONES

1. En relación a Luxación Acromioclavicular es el segundo trabajo de tesis que se realiza en Guatemala.
2. De las 3857 operaciones realizadas en el departamento de Traumatología y Ortopedia del Hospital Roosevelt durante el período comprendido del 1.º de enero de 1977 al 31 de diciembre de 1980, solo 37 (0.95%) fueron por Luxación Acromioclavicular y solo en 20 (0.5%) se empleó la técnica de Phemister.
3. La mayoría de las operaciones de Phemister se efectuaron en pacientes entre los 20 a 30 años de edad, encontrándose que a mayor edad menor incidencia de operaciones.
4. El 75% de las operaciones estudiadas se efectuó en pacientes del sexo masculino.
5. La mayoría de las operaciones estudiadas (65%) se efectuó en pacientes que habían sufrido accidentes de tránsito.
6. La ocupación de los casos estudiados no influyó, pues en su mayoría (90%) el accidente ocurrió fuera del trabajo.
7. El miembro mayormente afectado fue el derecho (60%).
8. El 95% del diagnóstico del estudio fue por radiografía, clasificándose la mayoría de casos (60%) como Luxación grado III y detectándose un 20% asociado a fractura del tercio distal de la clavícula.

9. El 75% de los casos estudiados estuvo hospitalizado por un período no mayor de 14 días. El tiempo mínimo de hospitalización fue de 2 días, el máximo fue de 35; correspondiendo a un paciente politraumatizado e infectado.
10. El 60% del estudio fue operado en un tiempo no mayor de 14 días del accidente. El tiempo máximo del accidente a la operación fue de 113 días, lo cual se explica porque algunos pacientes ya fueron por desconocimiento de la lesión u otros factores no acuden a consulta hospitalaria en un tiempo prudencial.
11. La mayoría de los casos estudiados fueron operados en un período de tiempo no mayor de 7 días a su ingreso.
12. El 80% de los casos fue egresado a los 7 días postoperatorios, llevándose el tiempo máximo de la operación al egreso (26 días) un paciente politraumatizado complicado con infección.
13. El tiempo promedio de operación para cada paciente fue de 84 minutos, teniendo el 60% de los casos una duración de 45 a 90 minutos.
- No se reportó ninguna complicación durante la intervención.
14. 4 de los casos estudiados (20%) sufrió complicación, siendo la infección la más frecuente (2 casos).

RECOMENDACIONES

1. Que el médico al hacer un diagnóstico radiológico de Luxación Acromioclavicular haga también una buena evaluación clínica para un mejor aprendizaje, además de poner especial cuidado en la recolección de datos tales como edad, ocupación y actividad física para decidir el tratamiento.
2. Evaluar a conciencia el estado del paciente a su egreso, para detectar con mayor seguridad las complicaciones y de esa manera atacarlas a tiempo y/o evitarlas en mayor proporción.
3. Dar cita a la consulta externa a todos los pacientes post-operados en un período no mayor de 10 días, para su seguimiento y detección de secuelas; esto redundará en beneficio del paciente y para el hospital.
4. Instituir un tratamiento de rehabilitación del paciente por medio de fisioterapeutas especializados, o al menos con bastante experiencia en este tipo de lesión.
5. Medir grado de función del hombro antes de operar y grados de función del hombro operado al dar de alta al paciente como comparación y rehabilitación de la función del hombro.

BIBLIOGRAFIA

1. Schwartz
PATOLOGIA QUIRURGICA
1a. Reimpresión
Editorial Fournier
México D.F. 1976
2. Campbell
CIRUGIA ORTOPEDICA
5a. Edición
Volumen 1
Editorial Intermédica
Buenos Aires, Argentina 1975
3. Lockart R.D., Hamilton G F, Five F.W.
ANATOMIA HUMANA
1a. Edición
Nueva Editorial Interamericana S.A.
México, D.F. 1965
4. Munford, E.B.
ACROMIOCLAVICULAR DISLOCATION
A New Operative Treatment
J. Bone and Joint Surg Oct.
5. Kapandji I.A
THE PHYSIOLOGY OF THE JOINTS
Volumen 1
Printed 1970
In Great Britain

6. Waver James K., M.D.
TREATMEN OF ACROMIOCLAVICULAR INJURIES ESPE-
CIALY
Complete Acromioclavicular Separation
J. of Bone and Joint Surg, Sept. 72
7. Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas
Cardenal, L.
Cuarta Edición 1970
Salvat Editores S.A.
8. Crouch, James, Mc Clintic, Robert.
PRINCIPIOS DE ANATOMIA HUMANA
Bases Morfológicas y correlación fisiológica
Argentina, Buenos Aires 1975
9. Padilla, T. Cossio
SEMIOLOGIA GENERAL
5a. Edición
Editorial El Ateneo
Buenos Aires, Argentina, 1957
10. TRAUMATOLOGIA CLINICA
Decoux, P.
Razemon, J. P.
2a. Edición
Toray Masson
Barcelona, España, 1970
11. Sabiston, Jr. David C.
TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA
10a. Edición 1974.
Editorial Interamericana
México, D.F. 1974

12. Fleming, Richard E., Jr M.D.
AN OPERATI E REPAIR OF ACROMIOCLAVICULAR SEPA-
RATION.
Volumen 18 No. 10, Octubre 1978
13. Crawford Adams, John
MANUAL DE FRACTURAS Y DE LESIONES ARTICULARES
Tercera Edición 1974
Ediciones Toray S.A.
Barcelona, España.
14. Morris Cintora, Abraham Eduardo
LUXACIONES ACROMIOCLAVICULARES
Tesis de Graduación
Guatemala, Mayo 1977.

Br.


Sergio Dagoberto Erazo Galeano.

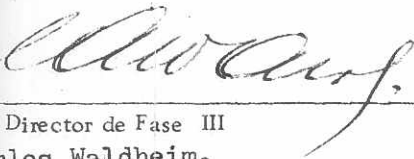

Asesor.

Dr. Enio Fabian

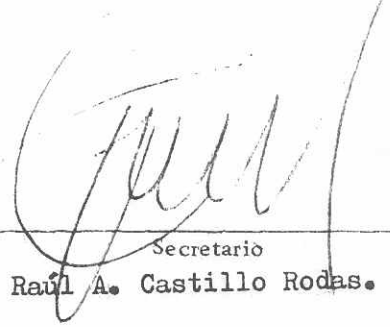
Dr.


Revisor.

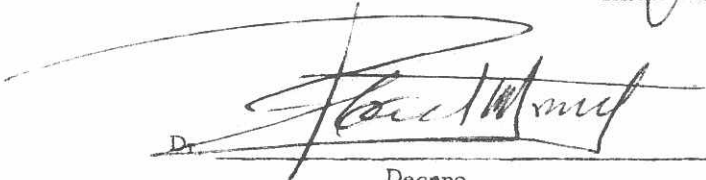
Dr. Armando Pendaña


Director de Fase III
Carlos Waldheim.

Dr.


Secretario

Raúl A. Castillo Rodas.


Dr.

Decano.

Rolando Castillo Montalvo.