



TRATAMIENTO DE LUXACIÓN INVETERADA DE CODO: A PROPÓSITO DE UN CASO



Reina Rodríguez, C.; García Albea, R.;
García Frasquet, M.A.; González López, M.C.

Hospital Universitario Virgen Macarena, Sevilla, España



TRAUMATOLOGÍA
TUM

INTRODUCCIÓN

La luxación de codo es la segunda más frecuente en el adulto tras al glenohumeral. Debido a la clínica acompañante y el fácil acceso a la sanidad es poco frecuente en nuestro medio la presentación de ésta como crónica, encontrando escasa literatura científica acerca de la misma.

La luxación crónica de codo se define como aquella que permanece durante más de 2-3 semanas, durante este periodo, la remodelación ósea y de partes blandas conlleva una contracción capsular, ligamentaria y muscular, así como aparición de fibrosis articular y calcificaciones heterotópicas, todo ello, imposibilita la reducción cerrada.

El tratamiento de una luxación inveterada de codo supone un desafío quirúrgico, ya que precisa de lograr un exquisito equilibrio entre la artrolysis agresiva para conseguir la reducción y el mantenimiento de las estructuras estabilizadoras para obtener de nuevo una articulación congruente, estable y funcional.

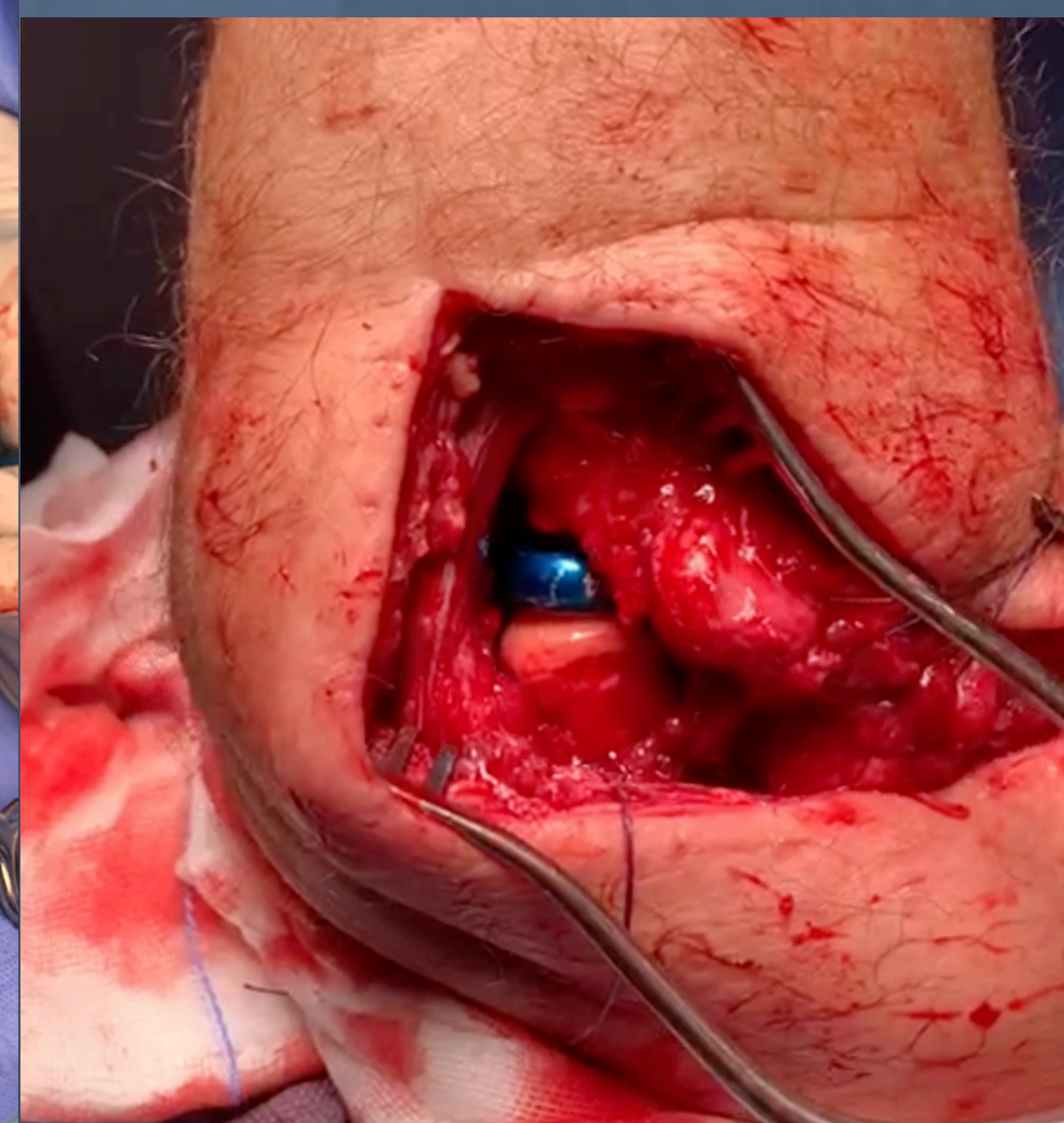
OBJETIVOS

Mostrar el manejo de una luxación inveterada de codo de 3 meses de evolución, reto quirúrgico debido a la escasa prevalencia en nuestro medio de la patología y, por tanto, a la poca literatura científica existente.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Varón de 56 años que sufre luxación posterolateral de codo traumática que pasa inadvertida en la atención de urgencias. Pasados tres meses, acude a nuestro hospital por la persistencia del dolor e impotencia funcional, objetivándose luxación inveterada de codo con fracturas de apófisis coronoides (tipo I de Regan y Morrey) y cabeza radial (tipo II de Mason). En un primer tiempo quirúrgico se intenta reducción abierta mediante doble abordaje medial y lateral con retirada de material fibrótico, capsulotomía, alargamiento de tríceps y resección de cabeza radial, sin conseguir congruencia articular completa.

En un segundo tiempo, mediante doble abordaje, se desinserta musculatura extensora y flexopronadora de epicóndilo y epitroclea respectivamente, quedando las estructuras ligamentarias estabilizadoras englobadas en la fibrosis. A partir de ahí se procede a disección subperiosteal extensa, liberando en su totalidad olecranon y húmero distal de todas sus inserciones (respetando en todo momento aparato extensor muscular) y eliminando la totalidad del tejido fibrótico existente. Una vez se comprueba la correcta congruencia articular, se procede a artroplastia de sustitución de cabeza radial. Para el cierre se reancla musculatura en epicóndilo y epitroclea mediante sutura transósea. Se transpone el nervio cubital a bolsillo subcutáneo anterior. Se coloca fijador externo bloqueando extensión a 80° y permitiendo flexión completa. Cada 2 semanas se desbloquea extensión 15°, hasta que en la semana 8 se retira fijador.



RESULTADOS

Mediante esta técnica quirúrgica se ha logrado la reducción de la luxación, preservando a su vez la estabilidad articular. El paciente a día de hoy ha logrado recuperar la funcionalidad del miembro y el balance articular, si bien aún existe déficit en la extensión.



CONCLUSIONES

Las luxaciones inveteradas de codo suponen un gran reto para el especialista, ya que la contractura de tejidos blandos y la presencia de material fibrótico hacen necesaria una artrolysis muy agresiva que puede amenazar la estabilidad articular.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA