

LUXACIÓN INVETERADA DE CÚPULA RADIAL EN ADULTOS

Raya Roldán D., Muñoz Ortus J.M., Gallardo Ripoll D., González Gutiérrez J. A.,
Martínez Espinosa M.

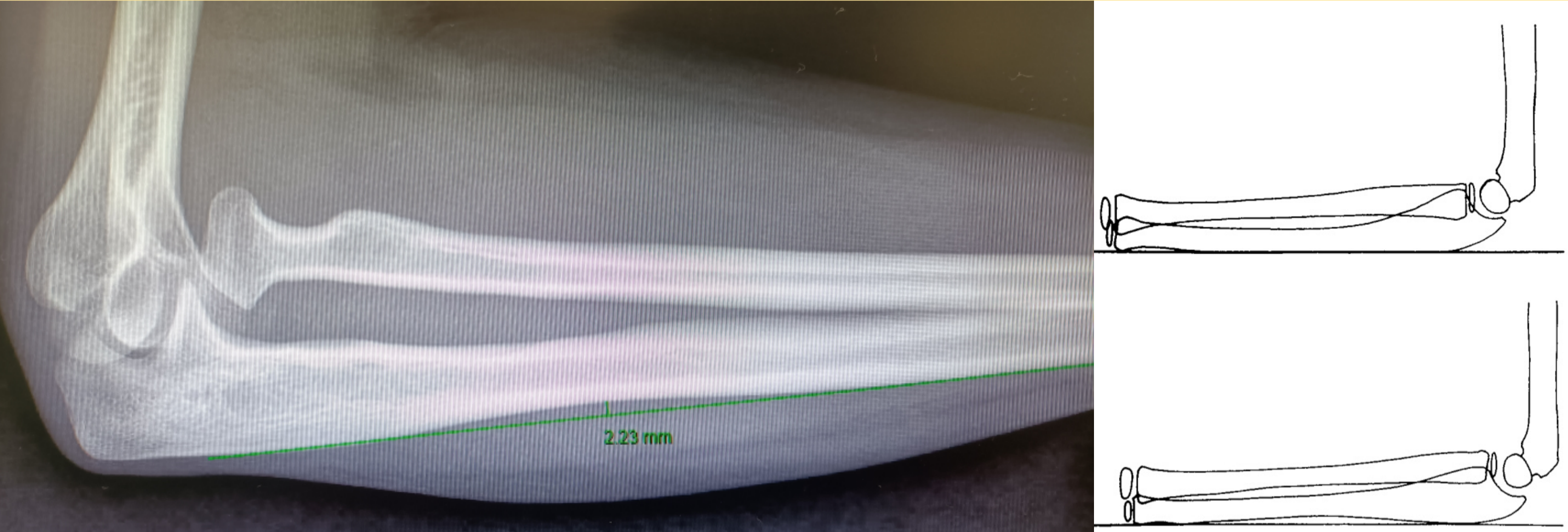
Hospital de Poniente, Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología (El Ejido, Almería).



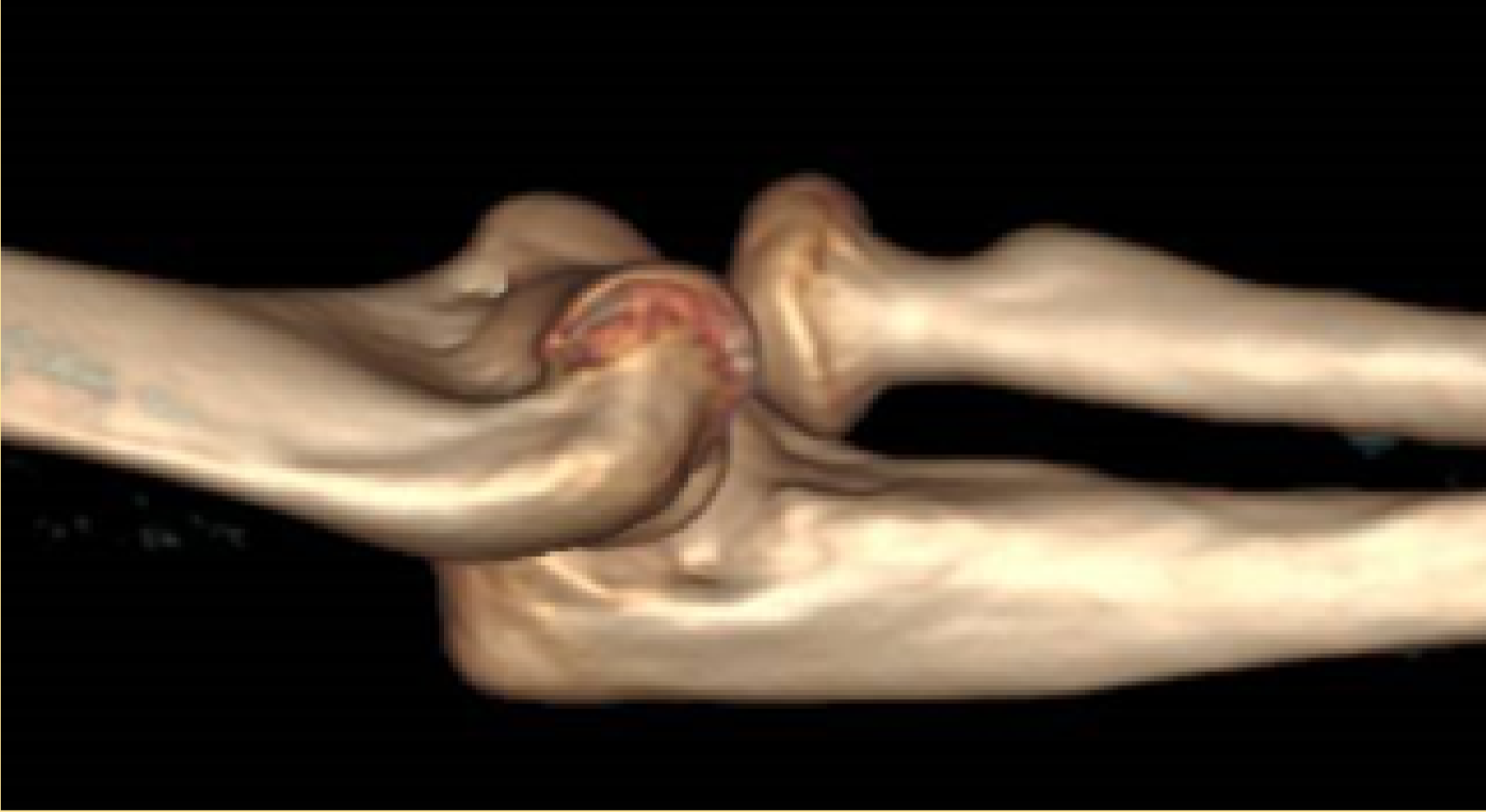
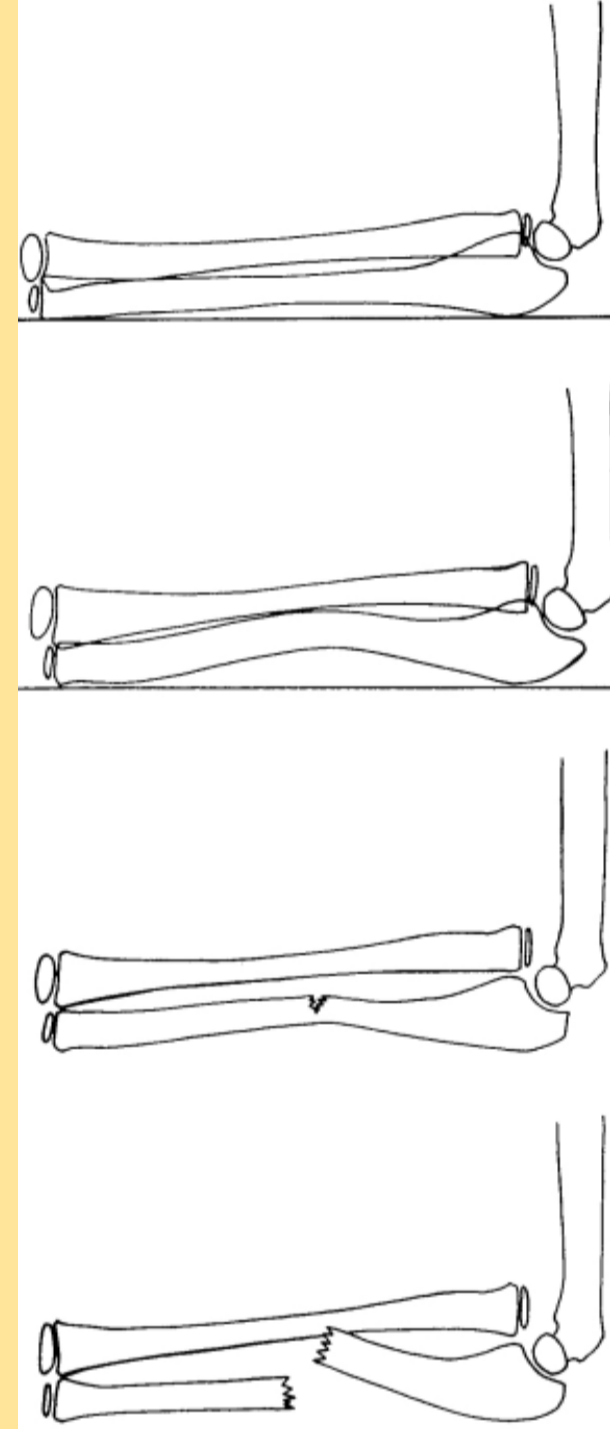
Introducción y Objetivo

Las fracturas-luxaciones de Monteggia son las lesiones que con mayor frecuencia pasan desapercibidas en los niños, pudiendo la luxación de la cabeza radial estar asociada a una deformidad plástica o tallo verde del cúbito. Aunque la mayoría permanecen asintomáticos, con el paso de los años pueden comenzar con clínica, apareciendo ésta incluso en el adulto.

Es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial para poder decidir el mejor tratamiento posible, ya que cuanto más tiempo pase desde la lesión se producirán deformidades en la articulación que ensombrecen el pronóstico final.



Rx lateral que muestra el abombamiento de la cortical del cúbito así como la luxación anterior con displasia de la cúpula radial



En la imagen de la izquierda se muestran los distintos tipos de lesión del cúbito en un Monteggia tipo I de Bado.
La imagen de arriba corresponde a una reconstrucción 3D de nuestra paciente mostrando la pérdida de concavidad de la cúpula radial

Conclusiones

Una luxación de la cúpula radial atraumática en un adulto es una entidad rara que frecuentemente corresponde a una Fx-Lux de Monteggia no tratada en edad pediátrica. Las tipo I de Bado con luxación anterior son las más frecuentes en niños. Pueden pasar años asintomáticas hasta la aparición de clínica con limitación de movilidad, dolor y claudicación al coger pesos e incluso atrapamientos nerviosos debido a la deformidad progresiva de la cúpula radial luxada. También puede presentarse inestabilidad y cambios artrósicos tempranos.

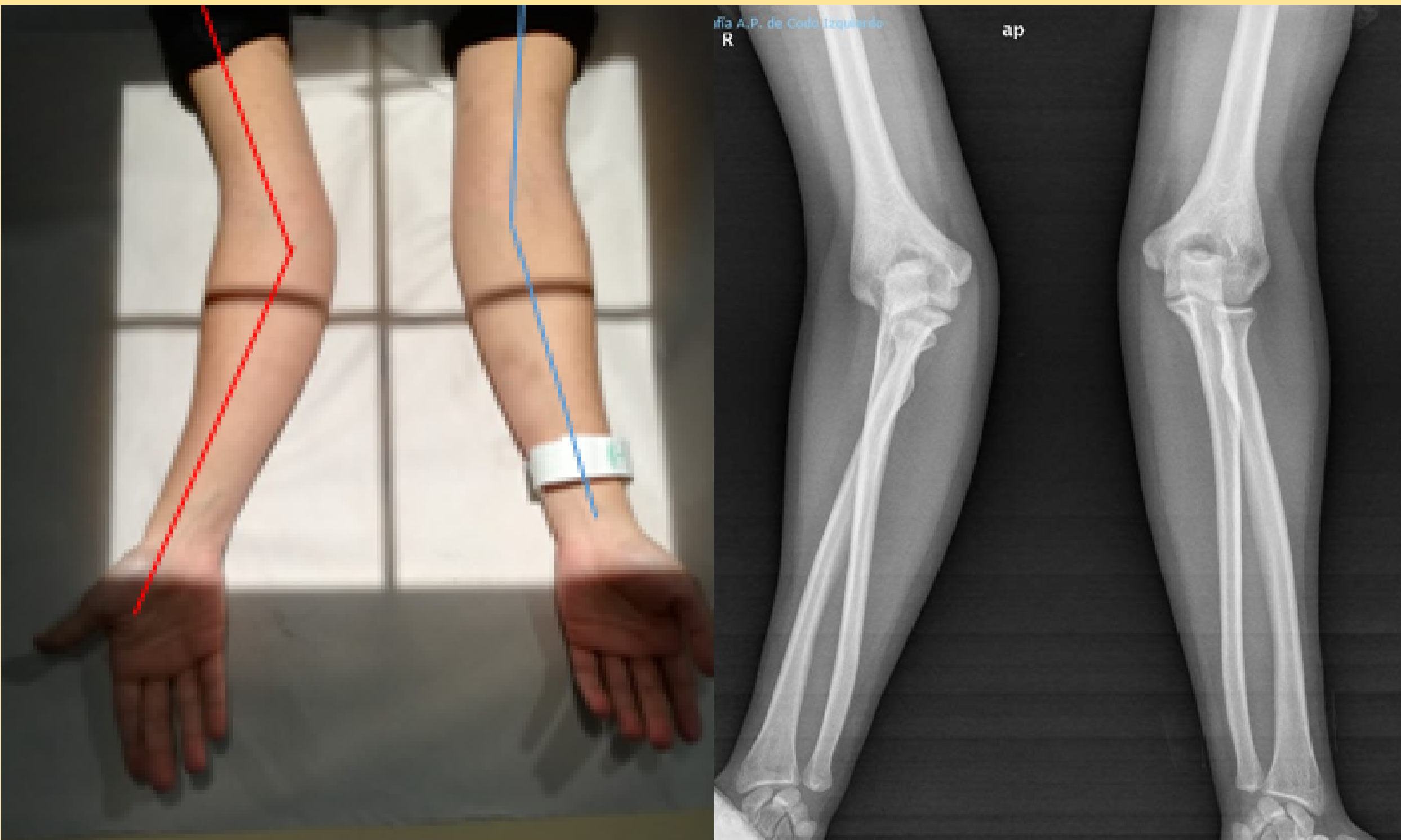
Algunos autores creen que la bilateralidad y simetría de la displasia radiocapitelar pueden ser los factores más importantes en el diagnóstico de la luxación congénita, ya que en las traumáticas también se desarrolla displasia, sobretudo a partir del 3er año desde el traumatismo. Una lesión unilateral es casi siempre postraumática y la ausencia de traumatismo no es fiable, especialmente en edad pediátrica, teniendo en cuenta que la lesión en el cúbito puede ser una deformidad plástica o un tallo verde. Es por esto que debemos descartar un abombamiento de la cortical dorsal del cúbito mediante una línea recta a lo largo del borde dorsal del cúbito desde olecranon a la metáfisis distal. Posteriormente se mide la máxima distancia perpendicular entre esta línea y la diáfisis ulnar, normalmente cerca de la mitad del cúbito. Un codo no lesionado muestra una distancia de >0.01 +/- 0.1 mm. Si la distancia es mayor debemos descartar un Monteggia con mínima lesión en cúbito y subluxación de la cúpula radial.

En un Monteggia no tratado se puede desarrollar la angulación del cúbito y acortarse con respecto al radio lo que promueve la persistencia de la luxación radiocapitelar. Corregir esta deformidad del cúbito mediante osteotomía se considera la piedra angular del tratamiento.

El tratamiento ideal debe ir dirigido a corregir todos los componentes de la deformidad: corrección de la longitud y angulación del cúbito mediante osteotomía, reducción de la luxación de la cúpula radial y reconstrucción del ligamento anular. La cantidad de pérdida de concavidad de la cúpula radial, la edad del paciente y el tiempo transcurrido desde el traumatismo han sido relacionados directamente con los resultados tras el tratamiento quirúrgico, sabiéndose que los resultados son muy pobres si hay más de 6 años de evolución.

En nuestro caso pasaron 17 años desde la lesión con severas deformidades en la articulación radiocapitelar. Tras explicar a la paciente el planteamiento quirúrgico y las potenciales complicaciones que pueden aparecer en este tipo de tratamiento la paciente rechazó la intervención y se decidió seguimiento en consultas.

Es importante destacar la necesidad de un diagnóstico y tratamiento precoz de las lesiones de Monteggia ya que los resultados se ven comprometidos seriamente por el tiempo transcurrido desde la lesión.



Rx comparativas que muestran la unilateralidad de la lesión y la deformidad en valgo del codo derecho.

Material y Resultado

Acude a nuestras consultas una paciente de 22 años vista en urgencias por claudicación y dolor en la cara anterior del codo derecho (mano dominante) tras carga de peso en el trabajo sin traumatismo previo. Refiere notarse una tumoración en la flexura de dicha articulación. Como antecedente de interés refiere haber sufrido una fractura tras caída a los 5 años en mismo codo tratada de forma conservadora.

Observamos una deformidad en valgo comparado con la extremidad contralateral, palpándose una tumoración dura en cara anterior del codo. El balance articular activo y pasivo era completo y las pruebas de Milk y estrés en valgo fueron positivas haciendo sospechar de una inestabilidad medial del codo. No presentaba alteraciones neurovasculares en la exploración.

En las radiografías comparativas observamos:

- Lesión unilateral con deformidad en valgo de codo derecho
- Luxación anterior de la cúpula radial
- Abombamiento de la cortical dorsal del cúbito
- Displasia de la cúpula radial confirmada con la TAC y RNM además de displasia de capitellum y pérdida de concavidad de la cabeza radial.

Con estos datos llegamos al diagnóstico de fractura-luxación de Monteggia tipo I de Bado crónica.

1.

Langenberg L, Beumer A, The B, Koenraadt K, Eygendaal D. Surgical treatment of chronic anterior radial head dislocations in missed Monteggia lesions in children: A rationale for treatment and pearls and pitfalls of surgery. Shoulder & Elbow. 2020;12(6):422-431.

2.

Song KS, Ramnani K, Bae KC, Cho CH, Lee KJ, Son ES. Indirect reduction of the radial head in children with chronic Monteggia lesions. J Orthop Trauma 2012; 26:597 – 601

3.

Goyal T, Arora SS, Banerjee S, Kandwal P. Neglected Monteggia fracture dislocations in children: a systematic review. Journal of Pediatric orthopedics. Part B. 2015.

4.

Lincoln TL, Mubarak SJ. "Isolated" traumatic radial-head dislocation. J Pediatr Orthop. 1994 Jul-Aug;14(4):454-7.

5.

Kim HT, Conjares JN, Suh JT, Yoo CI. Chronic radial head dislocation in children, Part 1: pathologic changes preventing stable reduction and surgical correction. J Pediatr Orthop. 2002 Sep-Oct;22(5):583-90.

6.

Beaty JH, Kasser JR. Rockwood and Wilkins'. Fractures in children (7ª Ed). Philadelphia: Lippincott WW; 2010