

Abordaje “triceps on” bilaterotricipital para osteosíntesis de fracturas supracondíleas de codo. Experiencia preliminar.

I. Ballesteros Miralles, J.M. Pérez Alba, P. Sánchez Arteaga

Introducción

Las fracturas de húmero distal puramente articulares son patrones de fractura infrecuentes que poseen trazos complejos en planos coronal, sagital y transversal, pero con columnas epicondíleas conservadas. El abordaje "triceps on" bilaterotricipital es uno de los más utilizados en artroplastias de codo, evitando desanclar el tríceps del cúbito, proporcionando gran estabilidad postoperatoria. Tras haber utilizado con éxito este abordaje para el manejo protésico de fracturas supracondíleas en pacientes ancianos, obteniendo visualización completa de la superficie articular y buena recuperación; nos planteamos su aplicación en pacientes jóvenes en los que dudamos entre osteosíntesis y prótesis. Revisamos la aplicación del abordaje como tratamiento de tres pacientes jóvenes con fracturas AO/OTA 13B.3.3.

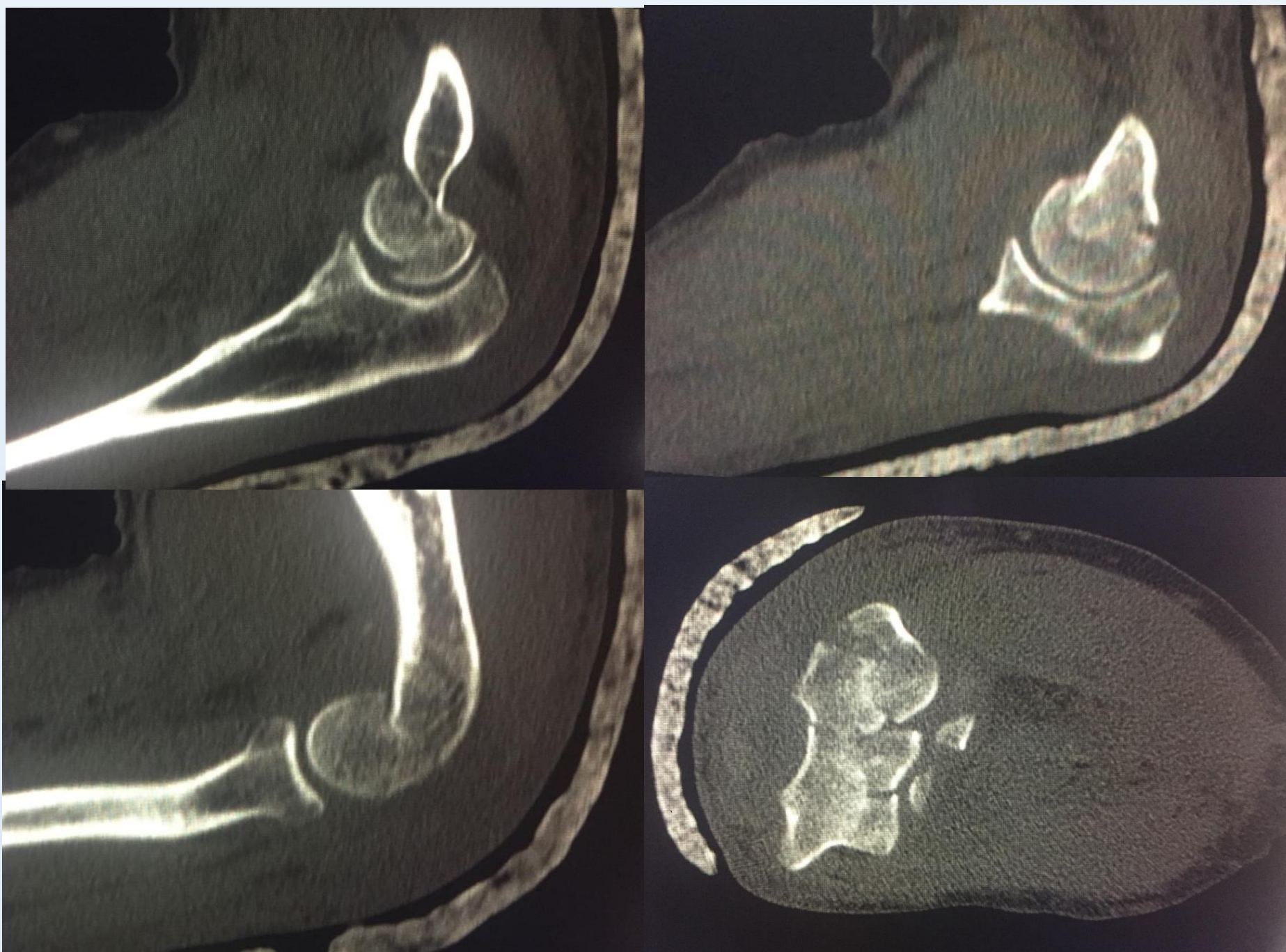


Figura 1. Imágenes radiológicas prequirúrgicas

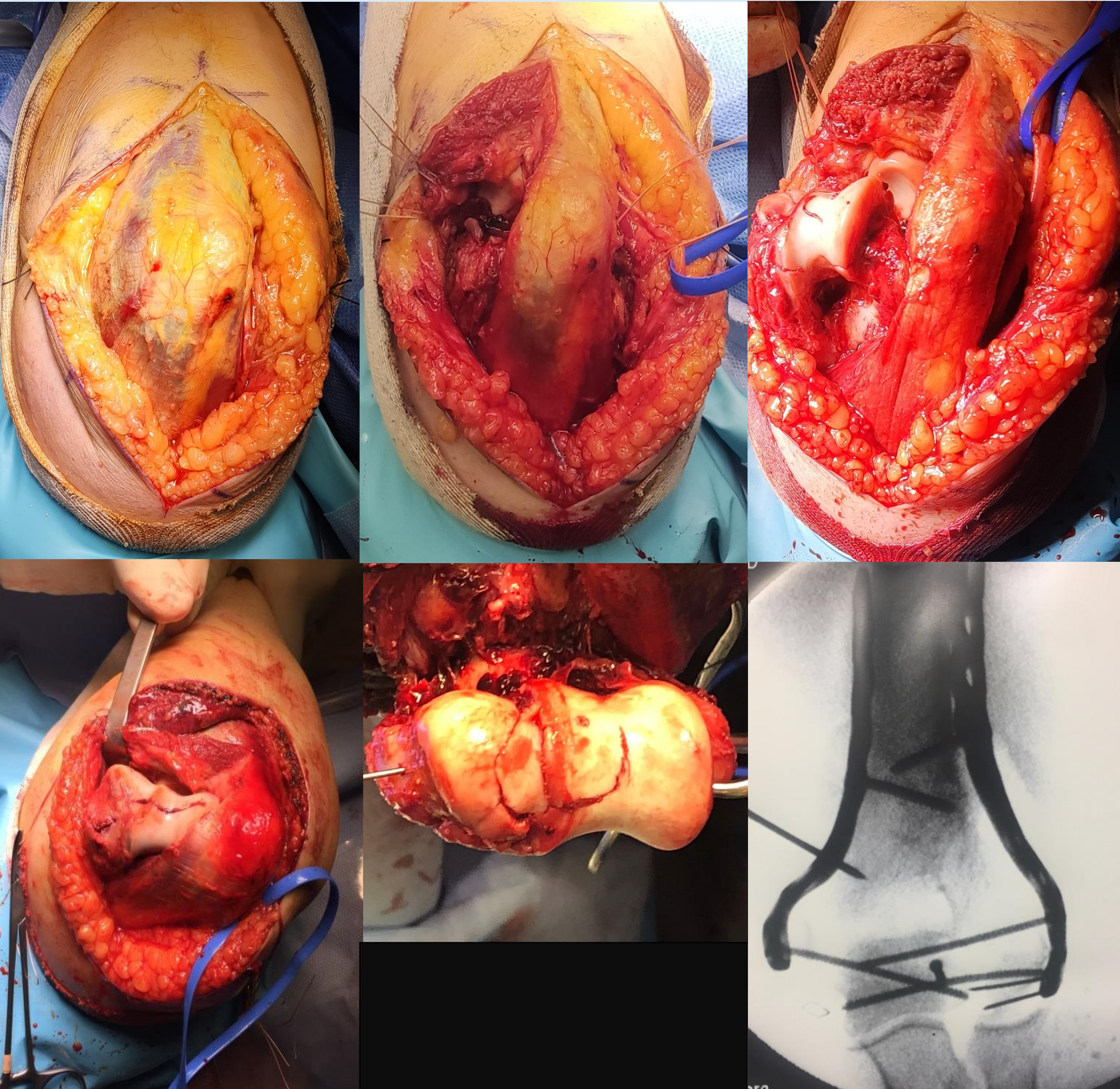


Figura 2. Imágenes intraoperatorias

Material y Métodos

Colocamos a los pacientes en decúbito supino con manguito de isquemia. Realizamos un abordaje posterior estándar en la piel y tejido celular subcutáneo. A continuación, identificamos y aislamos el nervio cubital.

Desarrollamos el intervalo entre ancóneo y cúbito, prolongándolo a nivel distal hasta la inserción del ligamento colateral cubital lateral, y continuamos este intervalo proximalmente disecando el tríceps del tabique intermuscular lateral. Desinsertamos del epicóndilo la musculatura epicondílea y el ligamento colateral lateral, referenciando los mismos.

Por el lado cubital, desarrollamos el intervalo entre el tríceps y el tabique intermuscular medial (preservando el n. cubital previamente identificado y disecado), prolongando distalmente hasta la disección de ambas cabezas del flexor carpi ulnaris. Disección y referencia de la musculatura epitroclear y del ligamento colateral medial.

Finalmente, realizamos capsulotomía posterior y anterior, que nos permitió luxar medialmente el codo para exponer completamente la superficie articular del húmero distal para su reducción y fijación.

La osteosíntesis tuvo lugar mediante tornillos canulados 2mm en dirección anteroposterior o posteroanterior de la superficie articular. El trazo supracondíleo es fijado mediante 2 placas específicas de húmero distal cortas en configuración de 180º.

Realizamos una transposición subcutánea del nervio cubital previa a la sutura por planos.

Colocamos una férula en semiextensión durante 3 días, con posterior inicio de movilización precoz evitando el estrés en varo/valgo.

Resultados

Nuestro planteamiento fue realizar un abordaje que nos permitiera una movilización precoz, buena visualización en todos los planos de la superficie articular y evitar colocar material de osteosíntesis en el cubito para disminuir las complicaciones asociadas. En sucesivos controles clínicos constatamos adecuada consolidación de las fracturas, recuperación del balance articular, ausencia de rigidez y de complicaciones relacionadas con material de osteosíntesis.

El abordaje descrito aporta una estabilidad inmediata a la flexoextensión gracias a la congruencia intrínseca de las superficies articulares del codo implementado por la preservación del aparato extensor. Disminuye la posibilidad de complicaciones asociadas a la osteotomía de olécranon, como la no unión de la osteotomía o las relacionadas con material de osteosíntesis. Como desventaja resulta la necesidad de desinsertar los ligamentos colaterales, lo que puede incrementar la inestabilidad varo/valgo. Lo resolvimos reinsertándolos en su punto anatómico mediante implantes tipo arpón con suturas, y protegiendo el estrés en varo y valgo durante el postoperatorio.

Conclusiones

Mediante este abordaje obtuvimos una visualización en 360º de la superficie articular que nos permitió una reducción anatómica óptima. Los pacientes mostraron adecuada consolidación ósea, buena evolución clínica y recuperación funcional precoz.

Bibliografía

1. Sanchez-Sotelo J. Primary elbow arthroplasty: problems and solutions. *Shoulder Elbow*. 2017;9(1):61-70.
2. Zhang C, Zhong B, Luo CF. Comparing approaches to expose type C fractures of the distal humerus for ORIF in elderly patients: six years clinical experience with both the triceps-sparing approach and olecranon osteotomy. *Arch Orthop Trauma Surg*. 2014;134(6):803-811.



Figura 3. Control clínico radiológico a los 3 meses tras intervención