

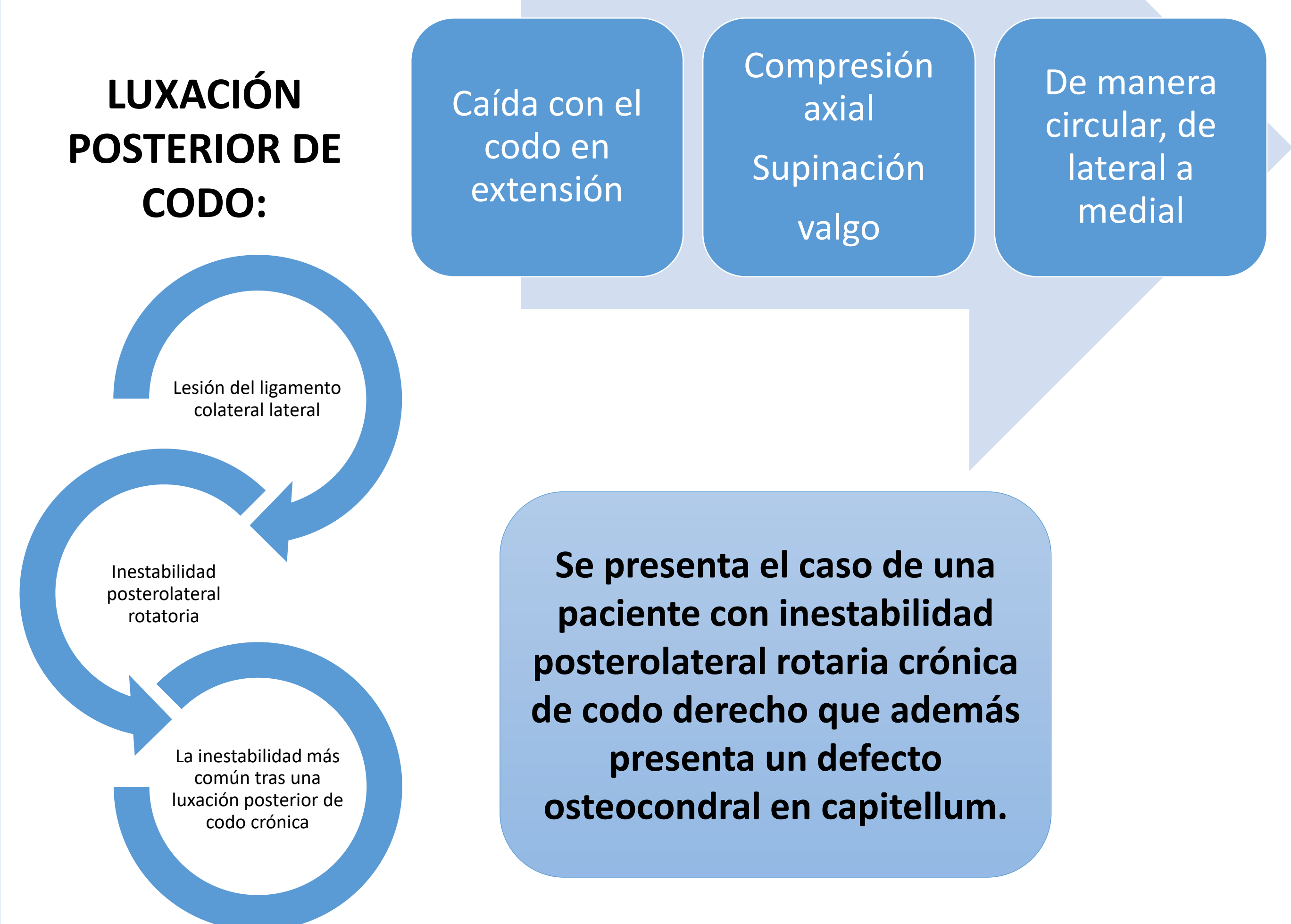
Defecto óseo en la inestabilidad posterolateral

rotatoria de codo, a propósito de un caso

M^a Mercedes Batista Hernández, R5 CHUB Badajoz

Santos Moros Marco, Jose Luis Ávila Lafuente, Oscar Jacobo Edo, Hospital MAZ
Zaragoza

INTRODUCCIÓN



MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 53 años, con obesidad, que sufre el 16.04.21 caída con traumatismo en codo derecho. La paciente refiere que ha caído apoyando sobre MSD extendido y en rotación externa.

Es diagnosticada en urgencias de luxación posterior de codo. La luxación es reducida ese mismo día e inmovilizada con férula braquioplamar. A las tres semanas se revisa en CCEE, donde la paciente comienza un protocolo de Rehabilitación de 8 semanas, en las cuales hace una ganancia rápida del balance articular (0-120°).

A las 12 semanas, es vista en el Hospital MAZ por sensación de fallos y dolor en la región lateral, y chasquidos a la pronación.

Exploración física: chasquidos del codo derecho, con pivot shift positivo, y bostezo en varo.

En la RNM se ve un defecto óseo en capitellum de 10x8x3 y una rotura distal del ligamento colateral lateral cubital y proximal del ligamento colateral radial, además de rotura parcial de ligamento anular:



En total sufre la paciente en estas semanas 4 episodios más de subluxación. Dada la gran inestabilidad se optó por un tratamiento quirúrgico:

Ligamentoplastia tipo Docking con injerto autólogo de recto interno de rodilla derecha y mosaicoplastia de 8,5mm de diámetro con injerto autólogo de la misma rodilla, el 28.10.21



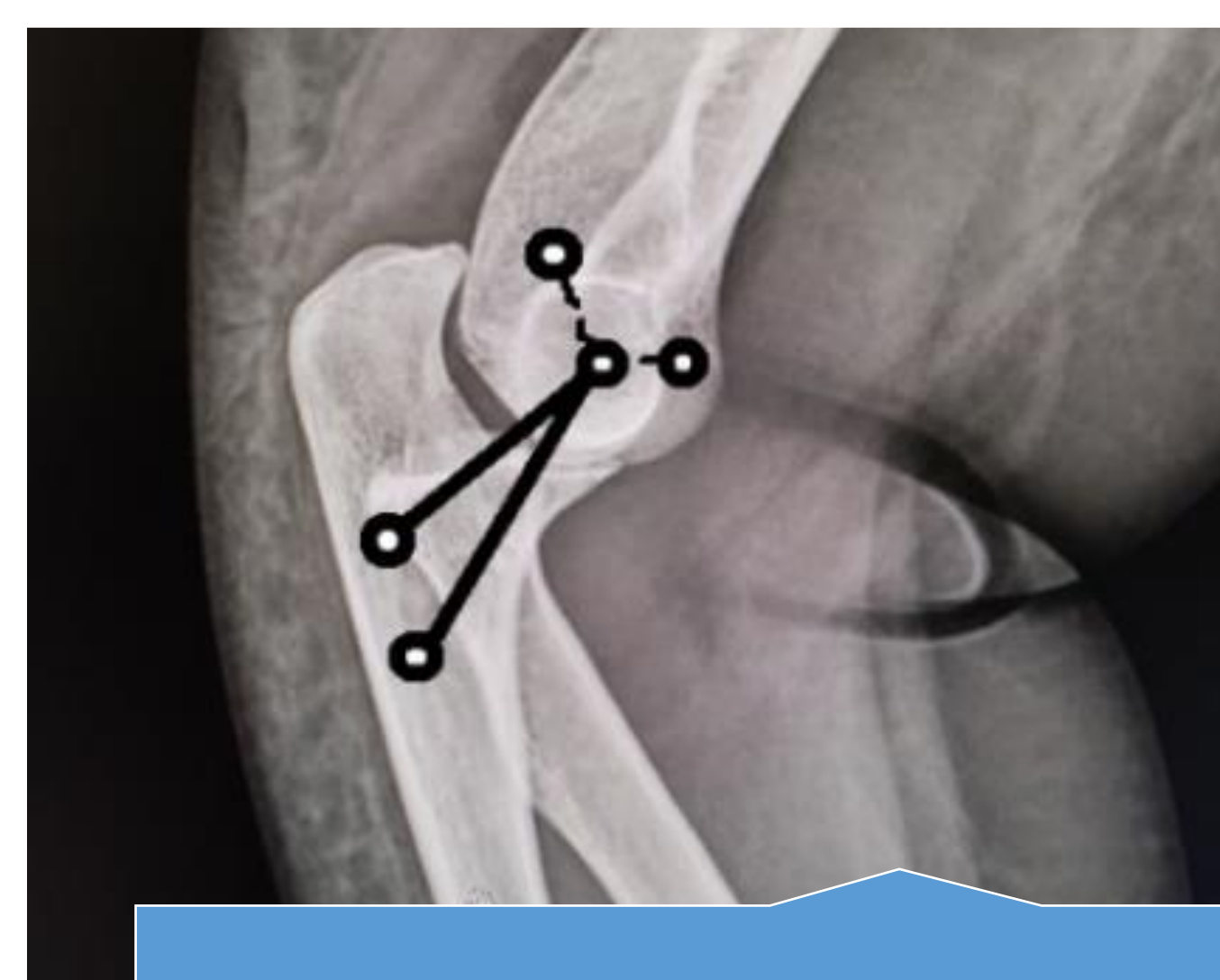
Se realiza incisión longitudinal sobre columna lateral de húmero y abordaje de Kocher entre anconeo y extensor carpi ulnaris



El lecho óseo de la zona receptora (capitellum) tenía 8x3mm de profundidad. Se prepara el lecho para implantar un cilindro de injerto de troclea femoral externa.



Injerto de troclea femoral en forma de cilindro que se impacta en la zona receptora.



Esquema de los túneles del cúbito, para el paso del injerto tendinoso (de recto interno)



Una vez pasado el ligamento por los túneles, cruzamos nuestra plastia entre cúbito y húmero. Fijamos los mismos mediante sutura con ethibond con codo en flexión de 90° y pronación.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La luxación posterior de codo crónica que precise de tratamiento quirúrgico es infrecuente, por lo que implica un reto para el traumatólogo. Por tanto, una mejor comprensión de las características del codo (es decir, dirección de la luxación, patrones de lesión de partes blandas y estabilidad después de la reducción) es importante para determinar la opción más eficaz de tratamiento. No nos solemos enfrentar en la práctica clínica a una inestabilidad posterolateral rotatoria tras un manejo conservador de una luxación posterior, sin embargo, es una entidad quirúrgica que debemos manejar. La cirugía con plastias para reconstruir el complejo lateral, además del uso de injertos osteocondrales para la reparación de defectos articulares, constituye un tratamiento válido, no exentos de una técnica quirúrgica exigente, que tiene buenos resultados finales a largo plazo en el paciente.