

Manejando casos complejos tratamiento de luxación inveterada de codo de 4 meses de evolución.

Jaime Flores Gallardo, Marcos Chico García, Tanya Fernández Fernández, Pablo Martínez Olaizola.

Objetivos:

Las luxaciones inveteradas de codo son cuadros relativamente infrecuentes, pero de difícil tratamiento.

A continuación, comentamos el manejo de las mismas, a propósito de un caso clínico.

Material y metodología:

Mujer de 25 años, con barrera idiomática que dificulta anamnesis. Acude por dolor en codo izquierdo de cronología indeterminada, refiriendo únicamente traumatismo cuatro meses atrás, con deformidad e impotencia funcional. Tras realizar radiografías, diagnosticamos de luxación posterolateral de codo.

Los intentos de reducción cerrada fueron infructuosos, por lo que decidimos efectuar una reducción abierta.

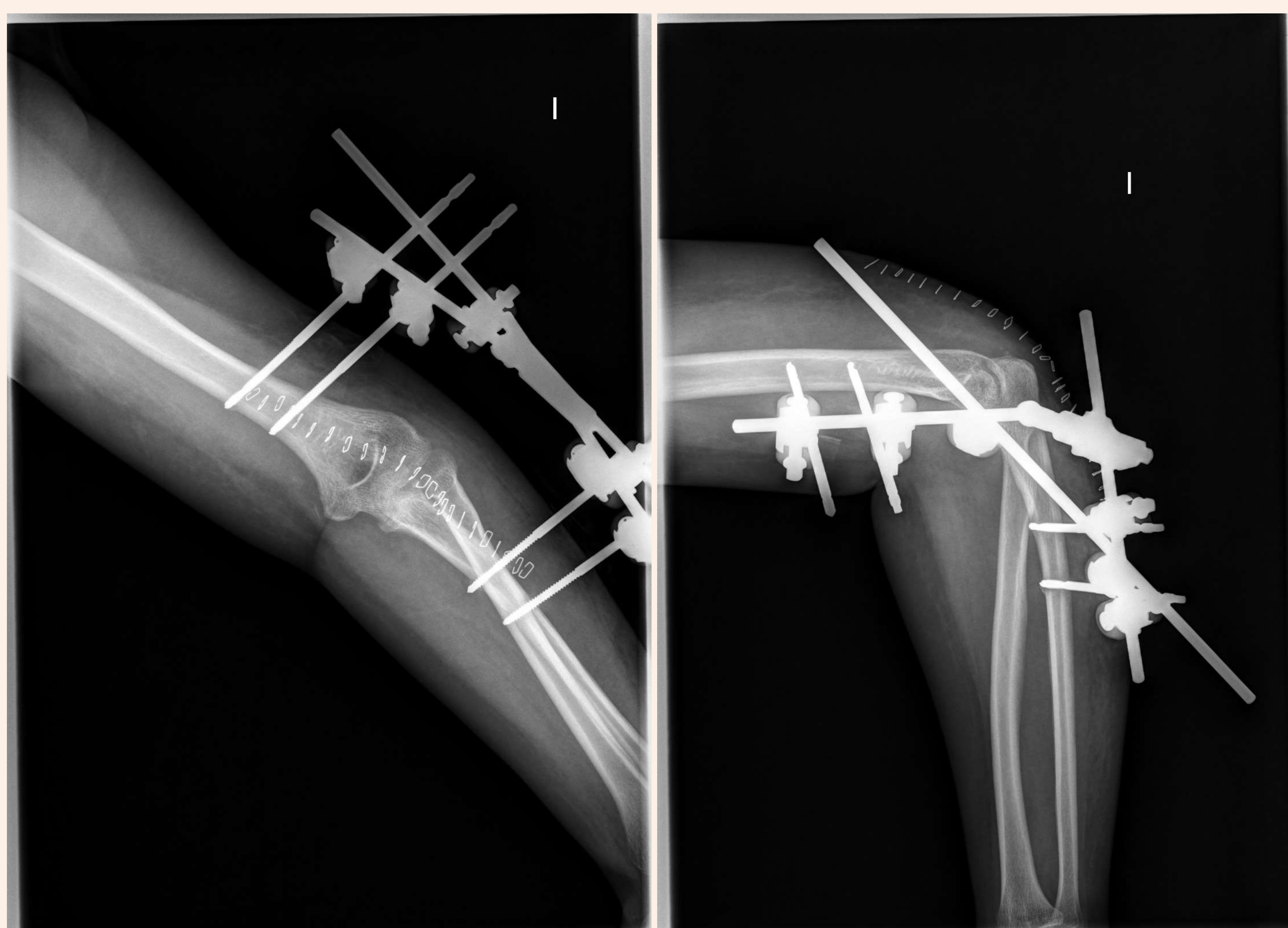
Realizamos un abordaje posterior, realizando ventanas a ambos lados del tríceps y accediendo por el intervalo de Kocher. Identificamos y protegemos el nervio cubital y su rama articular, sin efectuar transposición. Accedemos a la articulación y eliminamos el abundante tejido de granulación de la escotadura sigmoidea y fosa olecraniana. Ayudándonos de un separador tipo palanca, logramos reducir la articulación, y evidenciamos limitamos para la flexión, por lo que hacemos un despegamiento del tríceps con periostotomo de la cara posterior del humero, sin precisar de técnicas de alargamiento. No realizamos reconstrucción o plastia ligamentosa. Finalmente aplicamos un fijador externo abisagrado añadiendo una barra adicional para inmovilizar el constructo.



Resultados:

La barra adicional fue retirada a la semana, movilizándolo el codo hasta la 6ª semana, momento en el que se retiró el fijador.

La movilidad es de 5-100°, continuando la rehabilitación por el momento. No hubo complicaciones neurovasculares distales.



Conclusiones:

La relativa escasa frecuencia de esta patología hace que exista controversia acerca de la manera óptima de tratarla. Los principales puntos de discusión son la necesidad de reparar o no los ligamentos o de realizar plastias, la realización de transposición o no del nervio cubital y por último, la necesidad de alargar o no el tríceps.

Nuestro caso clínico aboga por la utilización de fijadores externos temporales hasta cicatrización de las partes blandas y ligamentos, la estrategia de despegamiento del tríceps para aumentar la longitud sin recurrir a otras maniobras (V-Y por ejemplo) y la protección sin transposición del nervio cubital. Aun así, reconocemos que sería conveniente realizar estudios con mayor n para una correcta evaluación e los resultados.

Bibliografía

1. O'Driscoll SW. Elbow instability. Hand Clin. agosto de 1994;10(3):405-15.
2. Breulmann FL, Lappen S, Ehmann Y, Bischofreiter M, Lacheta L, Siebenlist S. Treatment strategies for simple elbow dislocation - a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 16 de febrero de 2024;25(1):148.
3. Tashjian RZ, Katarincic JA. Complex Elbow Instability. Journal of the American Academy of Orthopaedic Surgeons. mayo de 2006;14(5):278-86.
4. Chen NC, Jupiter JB, Steinmann SP, Ring D. Nonacute Treatment of Elbow Fracture with Persistent Ulnohumeral Dislocation or Subluxation. Journal of Bone and Joint Surgery. 6 de agosto de 2014;96(15):1308-16.