

Francisco de Borja Sobrón Caminero, Maria Berta Alonso Polo, Eudaldo Gallo del Valle

Fundación Hospital Mayo Rey, Rey Bouba (Camerún)

Introducción

La luxación inveterada de codo es una de las secuelas traumáticas más invalidantes del miembro superior. En el medio rural camerunés son habitualmente tratadas por la medicina tradicional, y en los centros sanitarios es frecuente que el personal no esté capacitado para su reducción en el momento agudo.

El **objetivo** de este trabajo es describir nuestro manejo de las luxaciones inveteradas de codo en un contexto de escasos recursos y resaltar la importancia de los talleres de capacitación del personal para prevenirlas.

Material y Métodos

Presentamos una serie de 4 casos intervenidos en nuestro centro desde 2019, 3 con diagnóstico de luxación crónica pura y 1 de pseudoartrosis-luxación transolecraniana. Todos los pacientes consultaban por dolor mecánico e impotencia funcional con el codo bloqueado en extensión, salvo el de la pseudoartrosis-luxación cuyo bloqueo era en flexión media.

TÉCNICA QUIRÚRGICA

1. Tras un bloqueo anestésico infraclavicular colocamos al paciente en decúbito supino con torniquete estrecho alto en el brazo.
2. Realizamos una vía posterior amplia y se exponen ambos epicóndilos protegiendo las estructuras nerviosas.
3. Se preparan colgajos musculoligamentosos anterior y posterior tanto en medial como en lateral.
4. Liberamos la fosa olecraniana y la articulación radiocapitelar de la fibrosis.
5. En caso de no ser factible la reducción, realizamos una plastia V-Y para alargar el tendón tricpital, habitualmente acortado.
6. Colocamos un fijador externo monolateral con 2 pines a húmero y 2 pines al cúbito para mantener el codo a 90°.
7. Finalmente se realiza un reanclaje transóseo a los epicóndilos de los colgajos musculotendinosos con sutura no reabsorbible trenzada.
8. La piel suele requerir incisiones de descarga para completar el cierre.

Resultados

El fijador externo se retiró bajo sedación a las 6 semanas. En la radiografía de control a los 3 meses observamos una congruencia articular preservada. A los 12 meses todos presentaban un rango articular de codo funcional. Un paciente presentó dehiscencia de la herida que precisó curas prolongadas hasta el cierre por segunda intención.

Discusión

La luxación crónica de codo puede ser tratada mediante reducción abierta, alargamiento tricpital y fijación externa con un buen resultado funcional. Sin embargo, **los talleres de capacitación del personal local para reducir esta frecuente lesión pueden tener un impacto mucho mayor** en la salud de la población que nuestras intervenciones quirúrgicas.

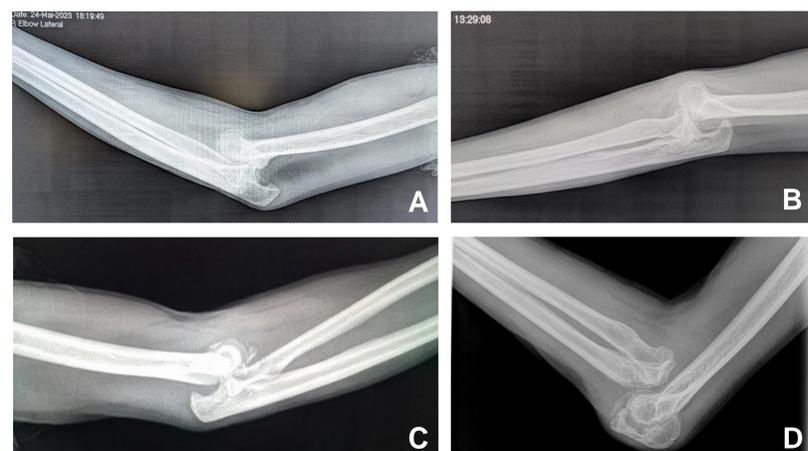


Fig 1 A-D. Radiografía lateral preoperatoria de los 4 casos intervenidos, con diagnóstico de luxación inveterada de codo. La última (D), con pseudoartrosis de olécranon asociada.

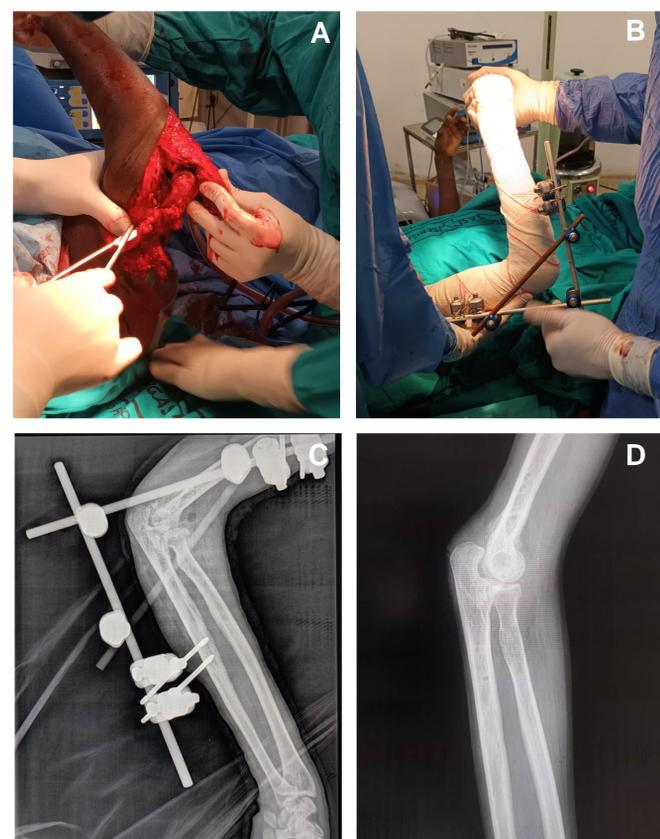


Fig 2 A-D. A) Reducción abierta tras alargamiento tricpital (Imagen intraoperatoria). B) Fijador externo monolateral para mantener el codo a 90° durante 6 semanas (Imagen intraoperatoria). C) Radiografía lateral postoperatoria inmediata. D) Radiografía lateral de control al año de la intervención, mantiene reducción concéntrica de la articulación.



Fig 3 A-B. Rango articular funcional de codo derecho, un año tras la intervención. El codo es estable en todo el arco de movilidad y no refiere dolor en su actividad cotidiana.

Fig 4. Talleres de formación para el personal camerunés del hospital Mayo Rey: Maniobras de reducción, retirada de Fijador Externo bajo sedación, técnicas de inmovilización con yeso.

