

# Luxación inveterada de codo

## Más vale prevenir que curar

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

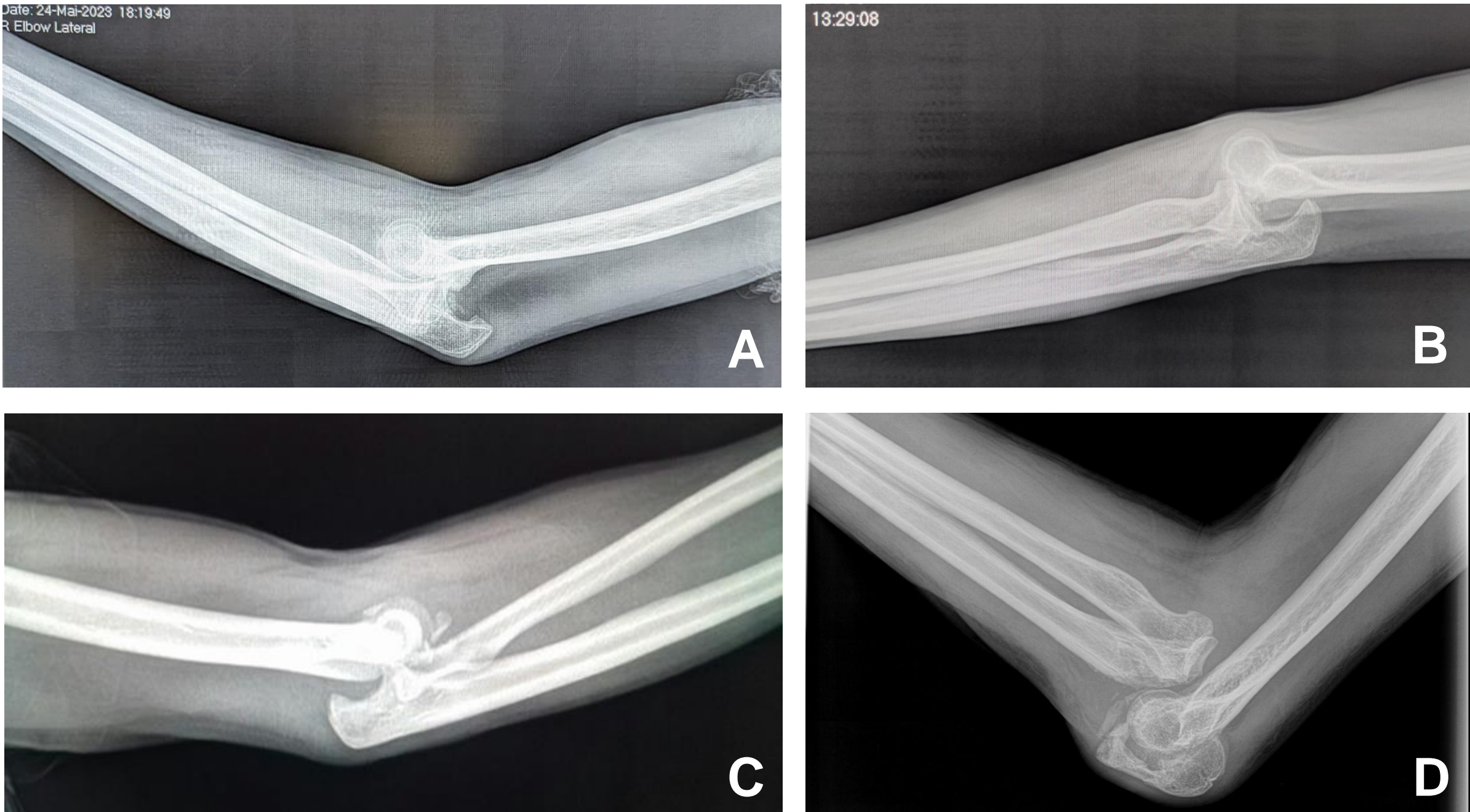
1. Tras un bloqueo anestésico infraclavicular colocamos al paciente en decúbito supino con torniquete estrecho alto en el brazo.
2. Realizamos una vía posterior amplia y se exponen ambos epicóndilos protegiendo las estructuras nerviosas.
3. Se preparan colgajos musculoligamentosos anterior y posterior 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 tricipital, 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

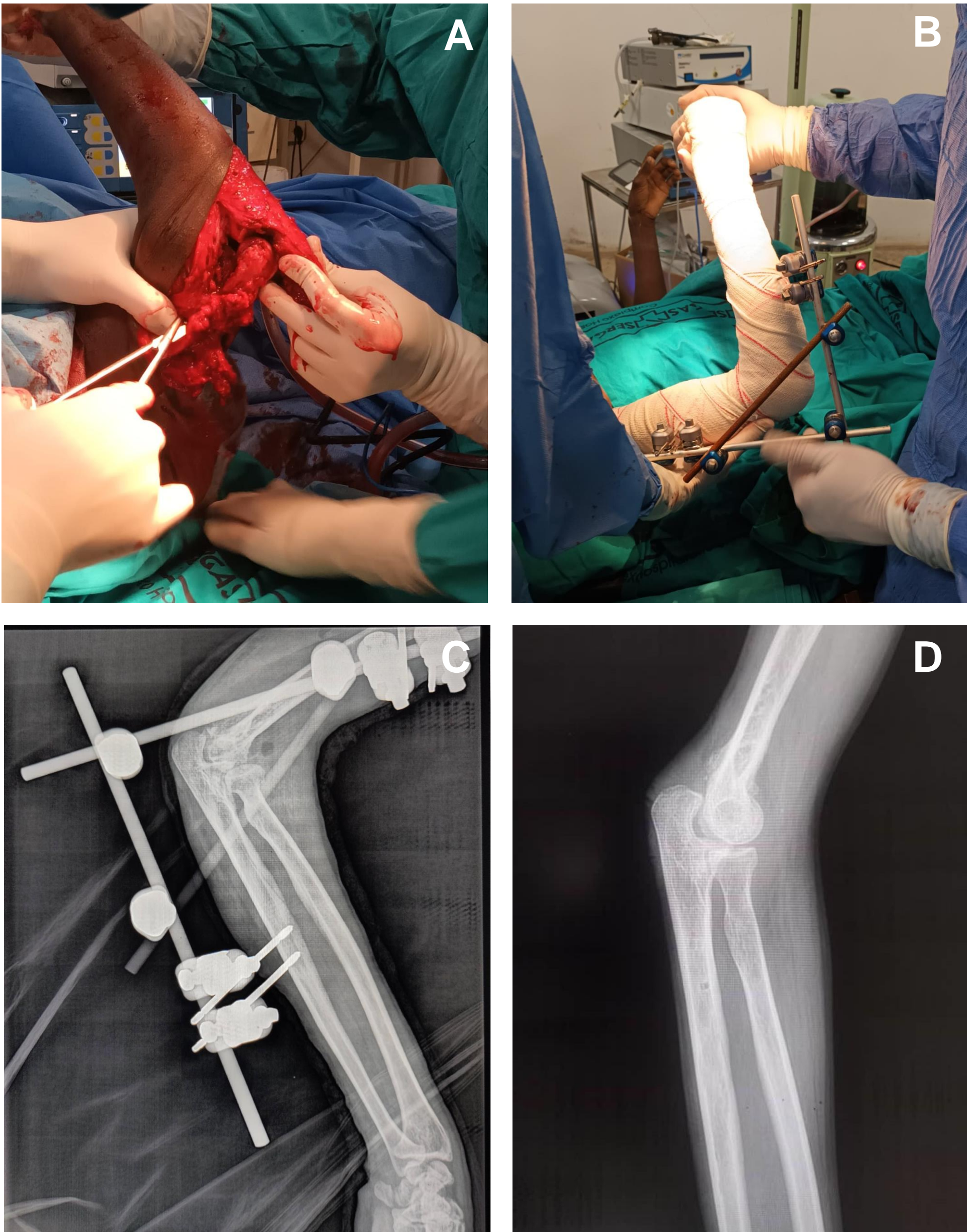
El fijador externo se retiró bajo sedación a las 6 semanas. En la radiografía de control a los 3 meses observamos una congruencia articular preservada. A los 12 meses todos presentaban un rango articular de codo funcional. Un paciente presentó dehiscencia de la herida que precisó curas prolongadas hasta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

### Discusión

La luxación crónica de codo puede ser tratada mediante reducción abierta, alargamiento tricipital 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 tricipital (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.

