

II CÁTEDRA DE PATOLOGÍA QUIRÚRGICA DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE SEVILLA
SERVICIO DE TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

Luxación recidivante de codo. Observación personal

C. LUNA SÁNCHEZ, F. SÁENZ LÓPEZ DE RUEDA, J. HUERTA VALDERA, F. J. FLORES GALLEGO,
P. ZAMORA NAVAS y J. A. MÉNDEZ CABALLOS

RESUMEN

Los autores describen un caso de luxación recidivante de codo, tratado quirúrgicamente con la técnica de KAPEL modificada, que consideran de aplicación en los individuos jóvenes y deportistas.

Descriptores: Luxación recidivante de codo. Luxación recidivante de codo. Técnica de KAPEL.

SUMMARY

A case of recurrent dislocation of the elbow is reported. The technique following KAPEL's modified technique is suitable, mainly in active young people.

Key words: Recurrent dislocation of the elbow. Recurrent dislocation of the elbow. Surgical treatment.

Introducción

La luxación recidivante de codo es muy poco frecuente. Desde la primera publicación de un caso en 1871 por ALBERT (1) únicamente se han descrito hasta la fecha 63 casos.

Los factores patogénicos coadyuvantes al establecimiento de la luxación habitual, se pueden agrupar en los siguientes:

- Luxaciones congénitas.
- Malformaciones de la cavidad sigmoidea mayor del cúbito.
- Laxitud articular generalizada.
- Alteraciones post-traumáticas de la artículación.

Existen algunos trabajos (FICK) (2), que han matizado la importancia de la profundidad de la cavidad sigmoidea mayor del cú-

bito, en la patogenia de este proceso. (El ángulo sectorial, medible en la radiografía lateral de codo, debe medir entre 160° y 190°; cuando dicho ángulo disminuye lo hace también la profundidad sigmoidea y se produce un menoscabo en el enganche del cúbito a la tróclea humeral). (Figura 1).

Hacemos el diagnóstico de luxación recidivante de codo, cuando se repite más de tres veces sin traumatismo concomitante. Algunos autores como RIEUNAU y LINSCHIED (5) disienten en cuanto a la frecuencia, pues publicaron en 1972 que el 1'9 por 100 de las luxaciones de codo son del tipo recidivante.

Los principios del tratamiento quirúrgico están encaminados a modificar los factores patogénicos que a su vez condicionan las alteraciones morfológicas que estabilizan el

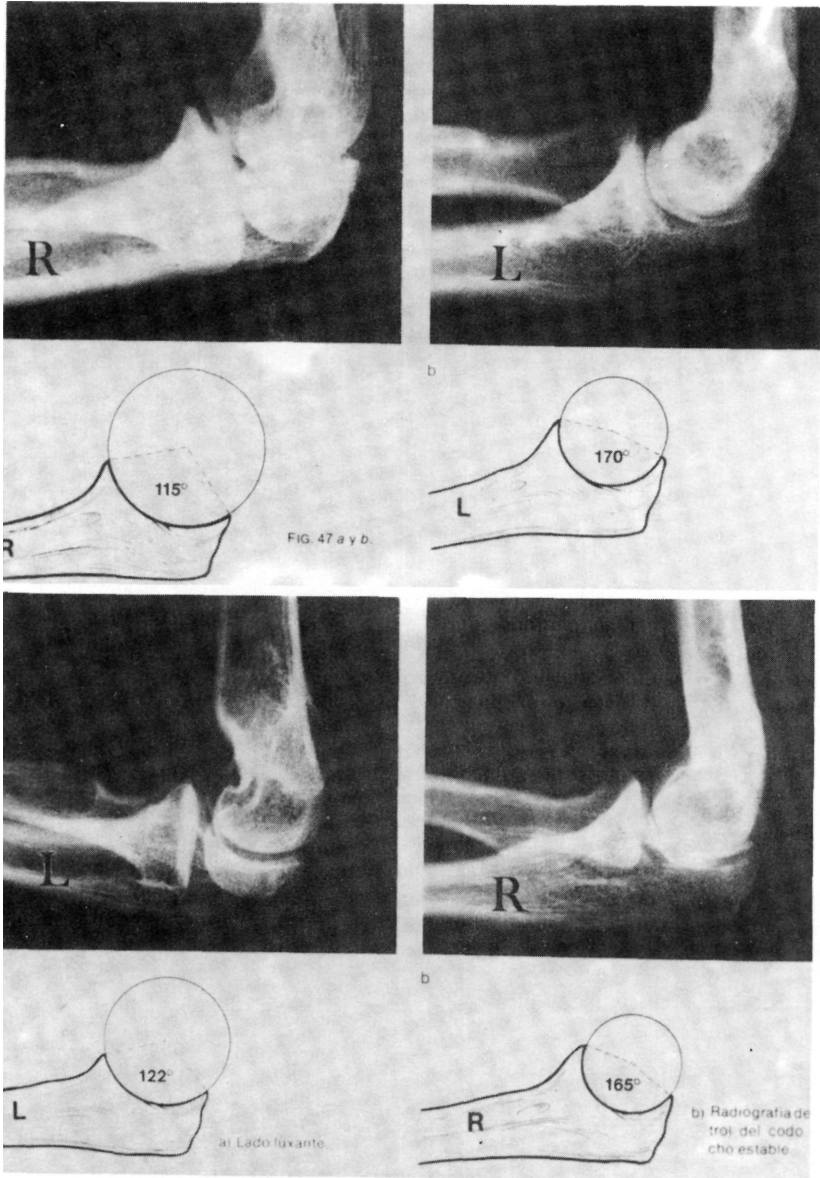


FIG. 1

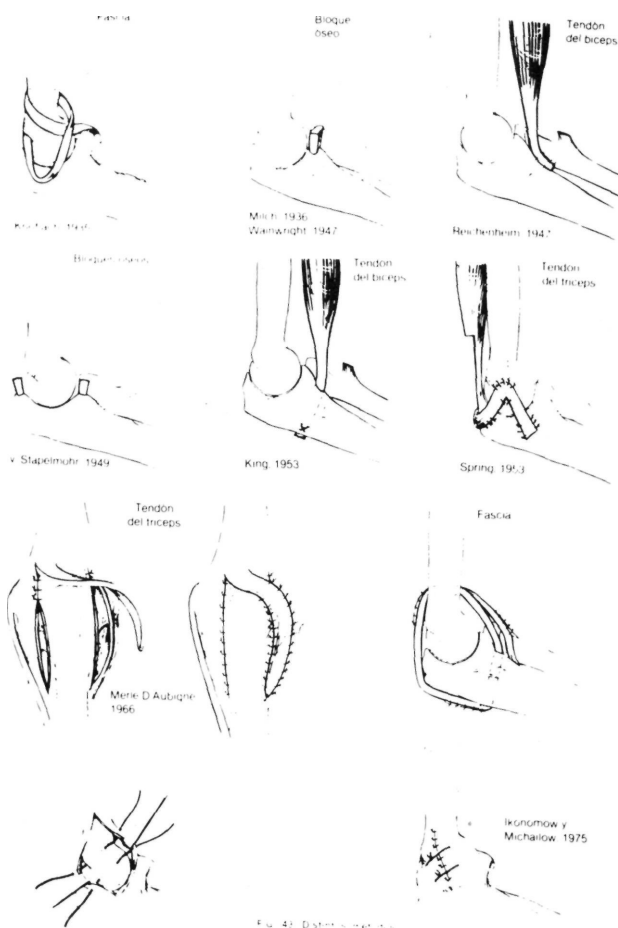


FIG. 2. Distal anemias.

FIG. 2

carácter recidivante de la luxación. Por lo tanto, los métodos operativos podemos clasificarlos en tres grupos:

a) Aquellos que tienden a aumentar el ángulo sectorial aumentando así la profundidad de la cavidad sigmoidea del cúbito.

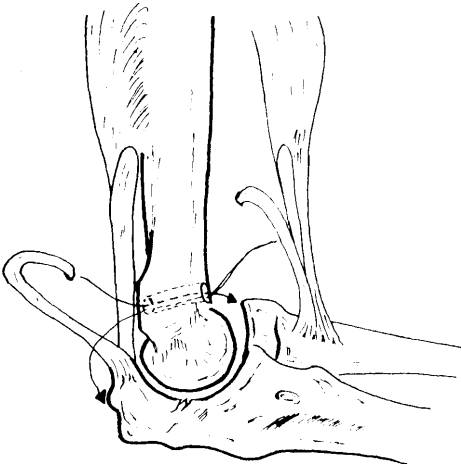
b) Aquellos que tienden a reforzar la potencia activa de los tendones adyacentes (tenodesis activa).

c) Los que actúan sobre la laxitud articular, potenciando los elementos blandos que rodean a la articulación.

Todos ellos podemos resumirlos en la figura 2 tomada de JAGER y WIRTH (1983) (3).

El caso que nos ocupa es el siguiente:

Enferma de 14 años de edad, que es atendida de urgencia en noviembre de 1983 por haber sufrido una luxación de codo izquierdo tras haber hecho un movimiento de flexoextensión del mismo mientras hacía las camas de su domicilio. La luxación se redujo con facilidad bajo anestesia de plexo braquial. Mediante la anamnesis supimos que era la décima vez que sufría el citado traumatismo, la primera vez fue hace tres años, siendo tratada en este episodio inicial con reducción bajo



anestesia general e inmovilización por férula posterior braquial, la cual le fue retirada a los siete días. El episodio siguiente le ocurrió a los tres meses, desde entonces los ha venido padeciendo con intervalos cada vez más cortos y con motivo de traumatismos cada vez más ligeros, hasta el punto que los dos últimos se han producido sin trauma alguno, sino con movimientos de flexoextensión del codo más o menos bruscos. La enferma era una chica de hábito asténico, con notable laxitud ligamentosa generalizada, no atrofia muscular en el miembro superior izquierdo, siendo la movilidad del codo completamente normal. Dadas las características de la enferma y el carácter progresivo, con repercusión cada vez mayor en la actividad normal de la chica, sentamos la indicación quirúrgica.

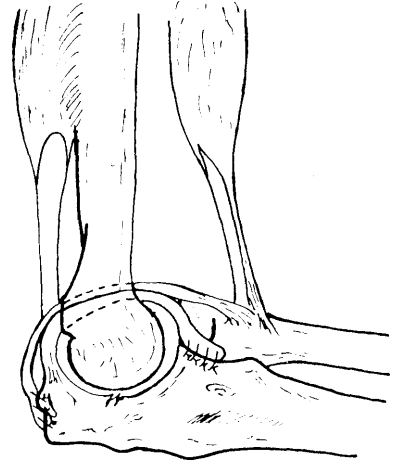


FIG. 3

Método

Nosotros, tras revisar la literatura existente, llegamos a la conclusión que el procedimiento quirúrgico más fisiopatológico era el descrito por KAPEL en 1951 (4), basado en el principio de la tenodesis activa y cuyas características técnicas esenciales se pueden apreciar resumidas en la figura 3.

Como podemos apreciar, la técnica consiste en la creación de unos ligamentos cruzados activos intraarticulares, a expensas de parte del tendón del tríceps y del bíceps que son pasados a través de una perforación del húmero distal.

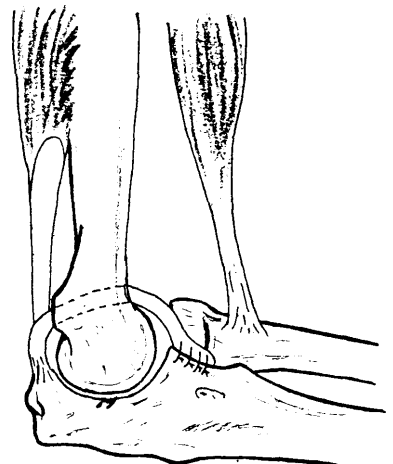
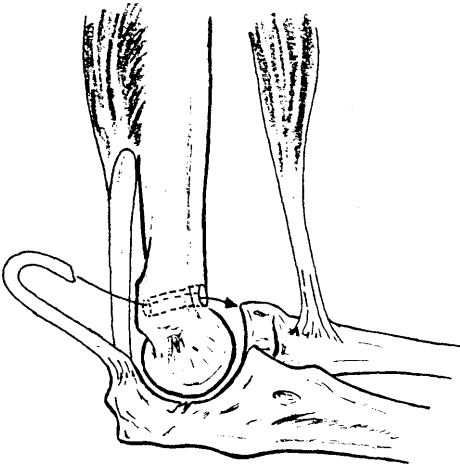


FIG. 4

Nosotros merced a los resultados obtenidos por JAGER y WIRTH en 1983 (3), empleamos la técnica de KAPEL, pero modificada en el sentido de limitarnos a la tenodesis a expensa del tendón del triceps, omitiendo el tiempo bicipital, dadas las características de la paciente, sobre todo su juventud (la modificación la expresamos resumida en la figura 4).

La enferma fue hospitalizada a principio de enero de 1984, siendo intervenida bajo anestesia general con isquemia, realizamos incisión según la figura 5, para exponer el plano de flexión efectuamos incisión curvilínea en la dirección del tendón del biceps, penetramos a través del braquial anterior por disección roma, practicando a continuación un orificio anteroposterior a través del húmero en la parte superior de la fosita coronoidea, inmediatamente antes de la inserción capsular, el diámetro del orificio de

aproximación 7 milímetros. A través de la incisión posterior, exponemos el tendón del triceps, de él separamos un hemitendón de 1 centímetro de ancho y 10 centímetros de largo, pediculado en su porción distal, luego lo pasamos por la perforación hecha previamente y lo fijamos en las fibras profundas del braquial anterior lo más cerca posible de la apofisis coronoideas, la sutura la efectuamos manteniendo el codo en flexión de 90°. La zona cruenta de la que separamos el hemitendón, la cerramos con puntos separados. A continuación quitamos el manguito de isquemia, para revisar hemostasia y cerrar. Seguidamente inmovilizamos mediante yeso braquial completo con el codo en 90° de flexión y pronosupinación intermedia. Mantuvimos a la paciente tres días en el hospital, al cabo de los cuales, tras asegurarnos de la adecuada sensibilidad y motilidad de los dedos, la dimos de alta. Seguimos

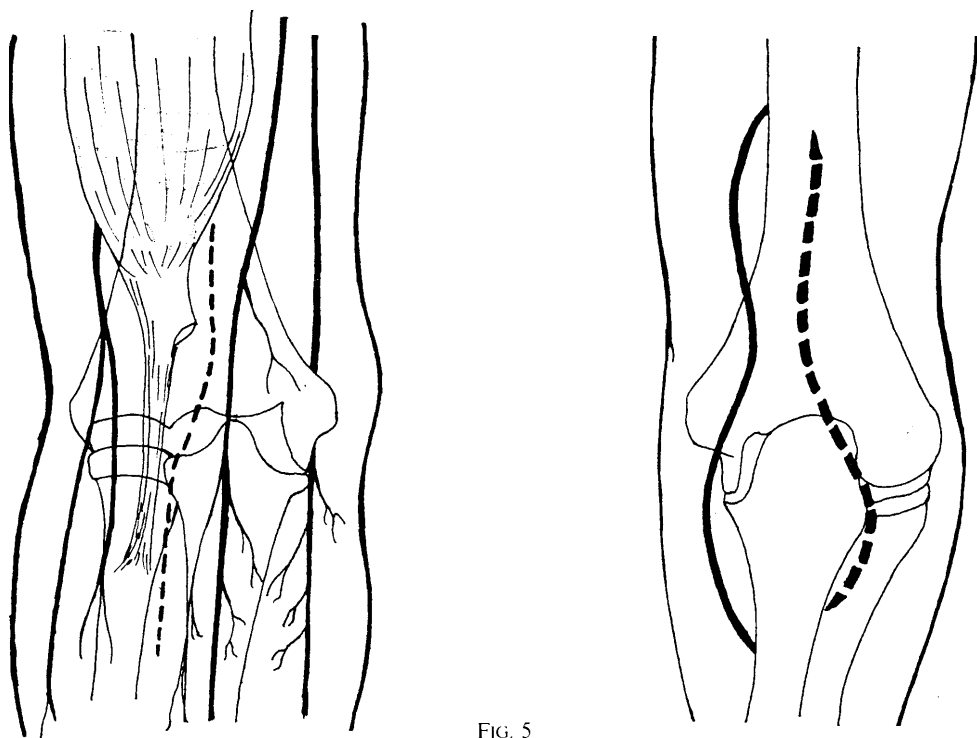


FIG. 5

controlándola ambulatoriamente durante el período de inmovilización que duró seis semanas.

Resultados

Transcurridas las 6 semanas, le retiramos la escayola, encontrándose la incisión en perfectas condiciones de cicatrización, por lo cual comenzó la enferma el período de rehabilitación activa, controlada directamente por nosotros. Dicho período se prolongó durante 4 semanas más, al cabo de las cuales la enferma no tenía molestia dolorosa alguna, la luxación no había recidivado y únicamente existía una limitación de la extensión de unos 15°, siendo la pronosupinación y la flexión completas.

En el momento actual, a los seis meses de la intervención, no se ha reproducido la luxación a pesar de que la enferma lleva una vida completamente normal, hasta el punto de que practica con regularidad el

deporte del tenis de mesa, no existen molestias subjetivas en el sentido de dolor y desde el punto de vista objetivo, como podemos apreciar en la fotografía de la figura 6, no existe ningún tipo de limitación a la extensión, siendo el resto de la movilidad completa y normal.

Conclusiones

La luxación recidivante de codo, es una afección infrecuente, que no obstante se diagnostica mucho menos de lo que existe en realidad. Si se realizara un seguimiento de las luxaciones primarias de codo atendidas en los servicios hospitalarios de urgencia, probablemente la frecuencia aumentaría. Por otra parte, pensamos que se trata de una entidad traumática muy invalidante, sobre todo cuando afecta a individuos jóvenes que tienen que desarrollar una actividad física más o menos intensa, lo cual se acentúa en el caso de deportistas.

Hemos de resaltar también el hecho importante, sobre todo desde el punto de vista de la medicina preventiva, que en prácticamente todos los casos (nosotros además de comprobarlo en el caso que nos ocupa, lo

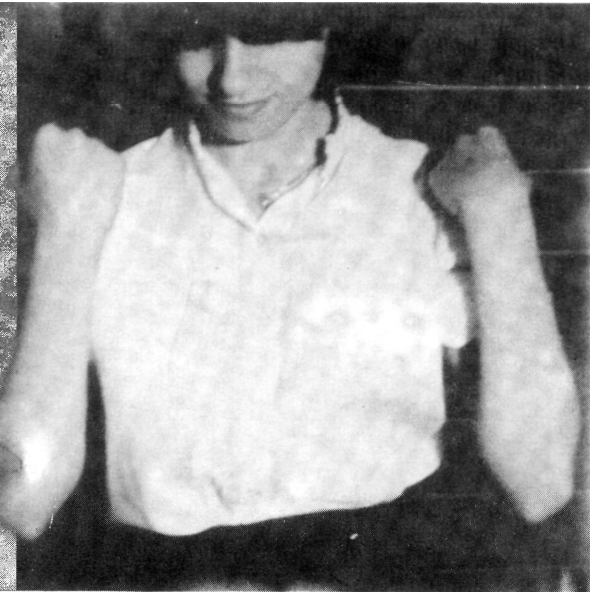


FIG. 6-A



FIG. 6-B



FIG. 6-C



FIG. 6-D

hemos hecho en los casos de JAGER y WIRTH -1983- (3), es prácticamente constante la insuficiente inmovilización en cuanto al tiempo de la luxación primaria, en todos los casos menos de tres semanas.

Aunque nuestra experiencia es parca, y el tiempo transcurrido no lo suficientemente prolongado, pensamos que este caso es ilustrativo en una doble vertiente: tratar adecuadamente la luxación primaria de codo, y establecer cuando esté indicado (más de tres veces) el diagnóstico de luxación recidivante, pues el tratamiento quirúrgico es técnicamente sencillo, bastante exento de compli-

caciones y sus resultados permiten a los pacientes jóvenes sobre todo recobrar una actividad física prácticamente normal.

BIBLIOGRAFIA

1. ALBERT, E. (1871): Ein sehr seltener Fall von Ellenbogenluxation. *Wien. Med. Presse*. 12.
2. FICK (1983): Citado por JAGER y WIRTH, 69.
3. JAGER, M.; WIRTH, C. J. (1983): Lesiones capsuloligamentosas. 68, 69.
4. KAPEL, O. (1951): Operation for habitual dislocation of the elbow. *J. Bone Joint Surg.* 33-A: 707.
5. RIENAU, G. (1972): Luxation recidivante du coude. *Rev. Chir. Orthop.* 58, 1.