

CLÍNICA QUIRÚRGICA UNIVERSITARIA. VALENCIA

Director: Prof. F. GOMAR

Luxación recidivante de codo

T. MUT OLTRA y J. GASCO

RESUMEN

Se describe un caso de luxación recidivante de codo. Se estudian los posibles mecanismos que llevan a la recidiva y las técnicas quirúrgicas para su tratamiento obteniendo un excelente resultado mediante autrotomía, extracción de cuerpos libres y transferencia del tendón del bíceps a la coronoides cubital. Finalmente se hacen recomendaciones respecto al tratamiento de la luxación inicial.

SUMMARY

A case of recurrent dislocation of elbow is reported the mechanism of the recurrent and suitable surgical treatment is considered.

Key words: Recurrent dislocation of the elbow.

El objeto de nuestro trabajo es presentar un caso de luxación recidivante de codo tratado en nuestro servicio, revisar la literatura al respecto y señalar la necesidad de un correcto tratamiento inicial de la luxación para prevenir esta complicación.

Es una afección escasamente descrita en la literatura, siendo hasta el momento actual, 53 los casos publicados.

Para considerar una luxación de codo como recidivante, deben concurrir una serie de características:

- Repetición de los accesos.
- Desencadenamiento del cuadro por traumatismos cada vez menos intensos.
- Clínica, en general, con sintomatología discreta, salvo la deformidad.
- Facilidad de la reducción, llegando incluso a la autorreducción.
- Recuperación funcional en corto plazo de tiempo.

Las posibilidades quirúrgicas para su corrección, que luego analizaremos, son múltiples y su indicación depende fundamentalmente de la correcta valoración de las alteraciones existentes, bien sean de carácter cápsulo-ligamentoso u óseo.

Caso clínico.— R. S. N. (15-IX-74). Hembra de 52 años. Hace once relata una caída casual, sufriendo fractura conminuta de la cabeza del radio izquierdo practicándosele su resección quirúrgica.

En 1971 y tras un traumatismo violento sufre una luxación de codo que es reducida bajo anestesia general y no inmovilizada. Tras este episodio inicial y ya por traumatismos mínimos sufre otros tres nuevos episodios y es en el cuarto, cuando es recibida por nosotros. La enferma es capaz de autorreducirse la luxación. Una vez reducida, clínicamente es evidente a la exploración clínica una inestabilidad posteroexterna, pero la movilidad es completa y no dolorosa. No existen signos de hiperlaxitud en otras articulaciones.

La exploración radiográfica pone de manifiesto la luxación posterior (fig. 1), el

muñón de la extremidad metafisaria radial una vez extirpada la cabeza y el aplana-
miento de la apófisis coronoides.

Unos días después se realiza la intervención a través de un abordaje anterior, practicándole la técnica de Reichenheim-King con transferencia del tendón del bíceps a través de la coronoides y suturándolo en la cara posterior subcutánea de la extremidad superior del cúbito. En la exploración intraarticular realizada se extraen dos cuerpos libres. El miembro posteriormente es inmovilizado durante tres semanas manteniendo el codo en flexión de 90°.

A los cuatro meses de la intervención la estabilidad del codo es buena y en el control radiográfico se observa la calcificación del tendón del bíceps en su base de implantación (coronoides) como haciendo de tope óseo. (fig. 2). Clínicamente la movilidad del codo es completa.

A los dos años y medio de la intervención la movilidad del codo sigue siendo completa, no tiene molestias y no han habido nuevos episodios de luxación.

Discusión

Para que se produzca la luxación es necesaria la presencia de unas lesiones que

actúen como causa predisponente. Estas pueden ser:

I. De origen óseo, pudiendo afectar a:

a) Extremidad inferior del húmero, bien sea de la tróclea o del cóndilo.

b) Extremidad superior del cúbito, pudiendo ser:

— una modificación de la cavidad sigmoidea, en el sentido de una apertura anormal de la misma como señalan MILCH y REICH.

— una fractura de la apófisis coronoides, predisponiendo a la recidiva cuando el fragmento es pequeño.

— una fractura del olécranon, sólo observable en las luxaciones anteriores.

II. De origen cápsulo-ligamentoso.

En la cara posteroexterna del codo existe en estos casos, según OSBORNE y COTTERILL (1966), un receso cápsulo-ligamentoso, comparable a la cúpula de Gregoire en el hombro, donde se aloja la cabeza radial tras la recidiva. Se trata de



FIG. 1. — Radiografía anteroposterior y perfil del codo izquierdo de la paciente mostrando el cuarto episodio de luxación, en la que se observa el desplazamiento posterior y la escasa prominencia de la apófisis coronoides.

que el plano cápsulo-sinovial en lugar de insertarse casi a nivel del borde posterior de la superficie cartilaginosa del cóndilo humeral, lo hace 1 ó 2 cm. por arriba. Dichas lesiones eran evidentes en las artrografías realizadas por EPPRIGHT y WILKINS (1975).

El ligamento lateral externo suele estar desinsertado, elongado o bien existe una laxitud ligamentosa constitucional como señalan HASSMAN y cols. (1975) y SYMEONIDES y cols. (1975), diciendo que son los principales causantes de la recidiva.

En nuestro caso el aplanamiento de la apófisis coronoides junto a la inestabilidad cápsulo-ligamentosa es lo que condujo al mecanismo de la recidiva. Pensamos, pues, que aunque estas últimas lesiones sean las más importantes, pueden ir asociadas a las lesiones óseas previamente enunciadas.

Para el tratamiento de la afección se han descrito numerosas técnicas pensando en las causas anteriormente dichas.

1. Unas intervenciones serán de tipo óseo y así:

— MILCH (1936), coloca un injerto en «boomerang» que prolonga la superficie articular a nivel de la coronoides.

— GOSMAN (1943), lo hace con un injerto extraarticular y de forma rectangular.

— VON STAPLEMOHR (1949), sitúa un injerto en la coronoides y otro olecraniano que limita la extensión y, por tanto, la posición favorecedora para la recidiva.

2. Otros realizan sindesmoplastias que actúan reforzando cápsula y ligamentos, así:

— KAPEL (1951), crea unos ligamentos cruzados que desprendidos del tendón del bíceps y tríceps se insertarán en el olécranon y coronoides, respectivamente.

— OSBORNE y COTTERILL (1966), efectúan un tensado de la porción externa cápsulo-ligamentosa mediante la realización de perforaciones en la base de implantación del epicóndilo. Tanto HASSMANN y colaboradores (1975) como SYMEONIDES y cola-

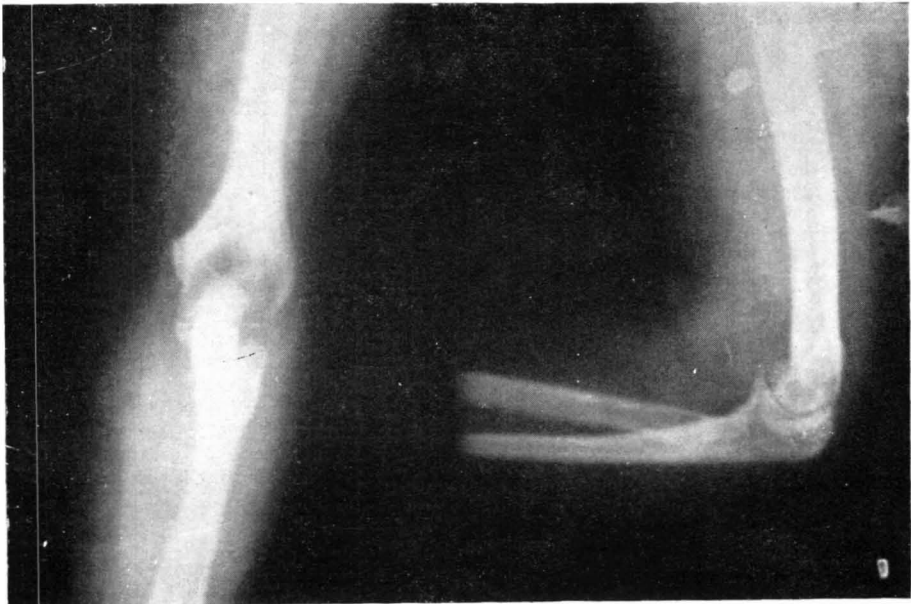


FIG. 2. — Radiografía de control a los cuatro meses de la intervención observándose calcificación de la base del tendón bicipital que hace a la coronoides más prominente.

boradores (1975), obtienen buenos resultados con esta técnica.

3. Mediante mioplastias, buscando lograr una mayor protección articular actuando sobre los elementos musculares vecinos.

— REICHENHEIM (1947), hace transferencia del tendón del bíceps a la coronoides.
— KING (1953), modifica la técnica anterior pasando el tendón del bíceps por un túnel óseo que labra atravesando la coronoides y llegando a la base del olécranon donde lo sutura en la cara posterior del mismo (fig. 3). Esta fue la técnica utilizada en nuestro caso.

— MERLE D'AUBIGNE y cols. (1966), realizan capsulorrafia interna y transferencia externa del colgajo músculo-aponeurótico interno.

La elección de la técnica se debe realizar tras una cuidadosa valoración clínica de la estabilidad y radiográfica de las alteraciones óseas. Si estas últimas están ausentes o la clínica es poco llamativa creemos es recomendable realizar una artrografía, como hacen EPPRIGHT y WILKINS (1975), con objeto de poner en evidencia la causa de la recidiva.

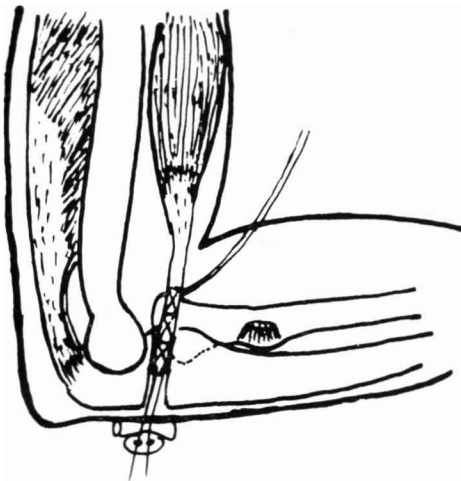


FIG. 3.—Esquema de la intervención de Reichenheim modificada por King, realizada a nuestra paciente.

Quizá podemos concluir diciendo que la inmovilización incorrecta favorece la aparición de las lesiones necesarias para la recidiva, pues daría pie para que se organizase una bolsa cápsulo-ligamentosa posteroexterna que junto a la elongación del ligamento lateral externo o las causas óseas, si la hubiere, darían lugar a la recidiva. Por tanto, el período de inmovilización tras la reducción de una luxación aguda debe ser de tres semanas con el codo en flexión, para conseguir que los tejidos blandos dañados puedan cicatrizar y proporcionar estabilidad al codo.

BIBLIOGRAFIA

- EPPRIGHT, R. H. y WILKINS, K. E. (1975): Fractures and dislocations of the elbow en *Fractures*. Rockwood y Green. Vol 1. J. B. Lippincott.
- GOSMAN, J. A. (1943): Recurrent dislocation of the ulna at the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 25, 448-449.
- HASSMANN, C. C.; BRUNN, F., y NEER, Ch. S. (1975): Recurrent dislocation of the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 57 A, 1.080-1.084.
- KAPEL, O. (1956): Operation for habitual dislocation of the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 33 A, 707-710.
- KING, THOMAS (1953): Recurrent dislocation of the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 35 B, 50-54.
- MERLE D'AUBIGNE; R. VAILLANT, J. M. y DE BURGE, A. (1966): Un cas de luxation du coude recidivante et invétérée opérée par plastie capsulo-musculaire. *Rev. Chir. Orthop.*, 52, 697-899.
- MILCH, H. (1936): Bilateral dislocation of the ulna at the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 18, 777-780.
- OSBORNE, G. y COTTERILL, P. (1966): Recurrent dislocation of the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 48 B, 340-346.
- REICHENHEIM, P. (1947): Transplantation of the biceps tendon as a treatment for recurrent dislocation of the elbow. *British J. Surg.*, 35, 201-204.
- SYMEONIDES, P. P.; PASCHALOGLOU, C.; STAVROU, Z., y PANGALIDES, Th. (1975): Recurrent dislocation of the elbow. *J. Bone and Joint Surg.*, 57 A, 1.084-1.086.
- STAPELMOHR, Sten Von (1949): Über luxatio habitualis cubiti posterior. *Acta Chir. Scand.*, 98, 511-522.