

FRACTURA-LUXACIÓN COMPLEJA DE CODO: UN RETO PARA EL CIRUJANO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Dra. María Murcia Gómez¹, Dr. Jorge Álvarez González², Dra. Ana Isabel Torres Pérez², Dr. Juan Eduardo Gil Gómez², Dra. M^a Ángeles Trigueros Rentero², Dr. Ángel María Torres Castillo², Juan Reyes Jiménez³

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena, España

¹Médico Interno Residente de Cirugía Ortopédica y Traumatología de 2º año

²Médico Adjunto de la unidad de Miembro Superior

³Jefe de Servicio

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones de codo pueden ir asociadas a fractura hasta en un 26% de los pacientes que puede ser de la cabeza de radio, la apófisis coronoides o el cóndilo humeral externo, entre otros. Si bien el tratamiento de este tipo de lesiones suele ser quirúrgico, no está estandarizado y el resultado a largo plazo del mismo es incierto debido a factores como la complejidad de la articulación, las lesiones asociadas (fracturas y lesiones musculares) y la necesidad de la participación activa del paciente que convierten esta patología en todo un reto para el cirujano.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es presentar un caso complejo de fractura luxación de codo que ilustra la dificultad en el abordaje terapéutico de este tipo de fracturas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 50 años que tras un traumatismo presenta una luxación compleja de codo izquierdo asociada a fractura de cúbito, cabeza de radio y apófisis coronoides (Imagen 1). El tratamiento comienza en Urgencias con la reducción de la luxación (Imagen 2), posteriormente de forma programada se realiza un TAC con reconstrucción 3D (imagen 3) con el que se corroboraron los hallazgos y se realizó la planificación quirúrgica. En la intervención, con el paciente colocado en decúbito lateral y mediante un abordaje posterior de codo se accedió a la fractura para llevar a cabo la reducción abierta y fijación del cúbito (Imagen 4) con una placa DHP y tornillo interfragmentario, a través del abordaje subcutáneo de Kocher colocamos una prótesis de cabeza de radio (Imagen 5) y por último se llevó a cabo la reinserción de musculatura epicondílea y ligamento lateral externo (Imagen 6) colocando implantes (Imagen 7), tras cerrar la herida quirúrgica se colocó un fijador externo con 2 pines, uno en húmero y otro en cúbito.

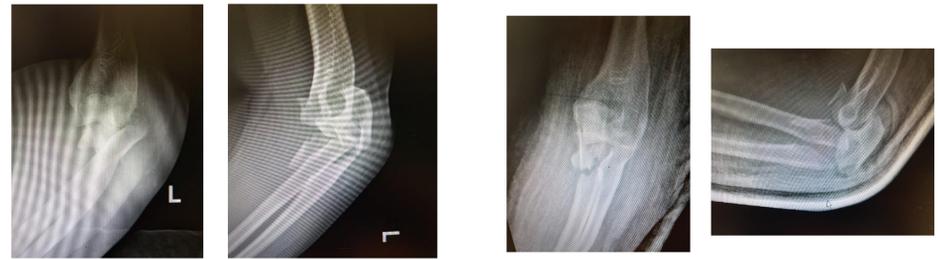


IMAGEN 1. Imagen radiológica AP y lateral de fractura luxación de codo izquierdo.

IMAGEN 2. Control radiológico tras la reducción, imágenes AP y lateral.

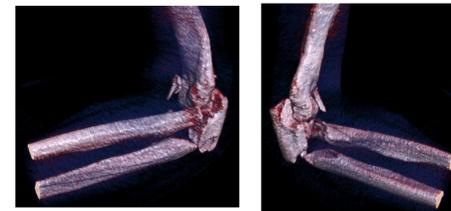


IMAGEN 3. Reconstrucción 3D de TAC previo a la cirugía, la imagen de la izquierda una visión radial y la de la derecha cubital.



IMAGEN 4. Reducción de la fractura del cúbito y colocación de tornillo interfragmentario



IMAGEN 5. Prótesis de cabeza radial.



IMAGEN 6. Reinserción de musculatura epicondílea

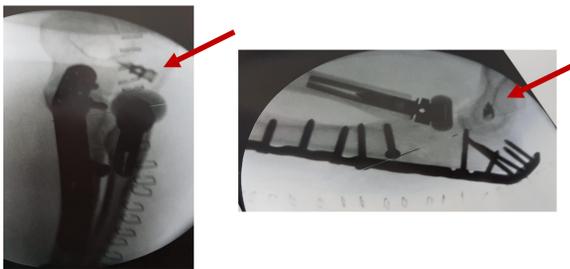


IMAGEN 7. Proyecciones AP y lateral de escopia intraoperatoria en las que se puede observar el arpón que se empleó para la reinserción de la musculatura epicondílea señalado con una flecha.

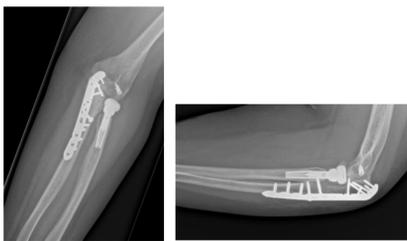


IMAGEN 9. Proyecciones AP y lateral de control radiológico a los 6 meses de la cirugía.



IMAGEN 8. Proyecciones AP y lateral de control radiológico postoperatorio en el que se ven los pines del fijador externo.

RESULTADOS

Se mantuvo el fijador externo para facilitar las curas sin riesgo de luxación. A los 25 días se retira fijador externo obteniendo -30° de extensión y 110° de flexión. Fue dada de alta a los 6 meses sin dolor y tras las sesiones de rehabilitación con lo que se obtuvo un rango de movilidad desde -30° de extensión hasta 110° de flexión.

CONCLUSIONES

Se han descrito distintas entidades clínicas que podríamos clasificar como fracturas luxaciones complejas de codo, junto al caso que nos ocupa, como son la tríada terrible de Hotchkiss, la "tétrada de codo" o las fracturas transolecránicas. Todas estas entidades son un reto para el cirujano, pues es necesario reparar todas las lesiones que se presentan para poder reconstruir la superficie articular y obtener un codo estable y funcional. Para ello se deben sintetizar las fracturas y reparar los ligamentos, además se deberá comenzar la movilidad lo antes posible, individualizando cada caso, para evitar un codo rígido.

Para obtener un buen resultado en el tratamiento de estas lesiones es importante reconstruir la superficie articular, así como reparar las lesiones musculoligamentosas y así conseguir un codo estable y funcional.

BIBLIOGRAFÍA

1. Caviglia H A, Pemoff A B, Blanchetiere H E, Cuestas N G, Álvarez R, Vergara M S. Fractura-luxación del complejo distal del codo, ¿es la tetrada terrible una nueva entidad? Rev. latinoam. cir. Ortop. 2016; 1(1):14-20
2. Lozano Moreno F J. Fractura-Luxación compleja de codo. Rev. S. And. Traum. y Ort., 2007;24-25:61-4
3. Hoppenfeld & deBoer. Abordajes en cirugía ortopédica. 105-139.
4. Ojeda Thies C, Delgado Martínez D, Cecilia López D. Luxaciones del codo. Fracturas de la cabeza de radio y olécranon. En: Delgado Martínez A D. Cirugía ortopédica y traumatología. 4o Edición. Madrid: Editorial médica panamericana; 2018. 456-468.