

A propósito de una luxación inveterada de codo

Dr. JAVIER MOLINA*

Se trata de un paciente de 32 años de edad, sexo masculino, quien el día 25/1/96 ingresa al Servicio de Emergencias por presentar trauma grave de miembro superior derecho producido por accidente automovilístico.

Se efectúan estudios de rutina y radiografías de codo, antebrazo y muñeca derecha que demuestran discreta diastasis de la articulación humerocubital.

Se procede a confeccionar una férula posterior de yeso con vendaje elástico, se prescribe AINE y se deja en observación.

El día 26/1/96 se comprueba la presencia de un síndrome compartimental en la cara ventral del antebrazo, ante lo cual se decide realizar una fasciotomía amplia que en su transcurso revela la importante tensión existente a través de una hernia masiva de la masa muscular pronato-flexora. Evolución satisfactoria, buena movilidad digital y circulación distal.

El día 3/2/96 se efectúa injerto de piel sobre región de fasciotomía.

El 9/2/96 se realiza control clínico que no revela particularidades, excepto una evolución satisfactoria.

El día 23/4/96 retorna el paciente a la consulta con el codo en actitud de flexión (20 grados de flexión activa), buena movilidad y sensibilidad de la mano; y el examen radiográfico a nivel del codo demuestra una luxación posteroexterna con la presencia de incipientes osificaciones heterotópicas (Figuras 1 y 2).

Se piden exámenes de rutina con el paciente internado y se procede a la reducción quirúrgica el día 2/5/96. Esta reducción es llevada a cabo con el paciente en decúbito prono (posición de Van Goerder) y con un abordaje posterior rebatiendo una lengüeta aponeurótica del tríceps hacia distal; se remueven

obstáculos para la reducción (incluyendo regularización de la fosa olecraneana) y se efectúa la misma (técnica de Speed), agregándose una osteodesis humerocubital y humerorradial (Figuras 3 y 4). Hemostasia prolija, drenaje aspirativo, férula posterior enyesada, vendaje elástico y elevación del miembro superior. Profilaxis con indometacina (75 mg diarios). Dada el alta de sala el día 9/5/96 su evolución es satisfactoria.

DISCUSIÓN

Moderador: DR. OSCAR VARAONA

Moderador: Tenemos una luxación inveterada de codo con dos meses de evolución, que tiene su relación con el medio socioeconómico actual, por lo cual muchos pacientes no pueden concurrir a la consulta por falta de recursos económicos, familiares o sociales.

Esto es básicamente un trauma de alta energía, síndrome compartimental que nos obliga a un procedimiento compatible con la fasciotomía y finalmente con el correr del tiempo nos encontramos con una luxación inveterada.

En la radiología podemos observar algunas calcificaciones periarticulares, como se dijo; así es como se presenta el primer problema a resolver y éste es, si hacemos un tratamiento quirúrgico con reducción en forma inmediata o de lo contrario hacer estudios previos con respecto a las calcificaciones articulares.

Lo importante es entender que el pronóstico de las luxaciones inveteradas no siempre tiene las mismas características, observando dos casos:

—En uno de ellos, en donde no hay una adecuada relación a nivel de la paleta, es decir, una adecuada congruencia articular ni aún remodelándose, y una franca limitación del movimiento articular es-

* Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Interzonal "Eva Perón", San Martín, Provincia de Buenos Aires.



Fig. 1. Luxación posteroexterna de codo.

pecialmente de la flexión, lo que dificulta el uso del miembro superior incluso para realizar el aseo personal o llevar los alimentos a la boca. En la reducción se observa a nivel de la paleta un tejido de neoformación ósea que debe ser resecado.

—En el otro caso, que se contrapone, es en el cual se ha adaptado muy bien la función del codo y prácticamente la movilidad es completa.

El otro tema es cómo considerar esas calcificaciones periarticulares. Hay algunos protocolos que se han utilizado para las mismas, usando disfosfonatos, los que no han tenido mayor éxito; o el protocolo de Coventry-Scanor utilizando radioterapia, más usado para la cadera y muy poco usado para el codo, y en la actualidad el protocolo de Riter-Joel utilizando indometacina.

Cuándo usarlos o no, pedir fosfatasa, eritro, centellografía; o de acuerdo con la gravedad del caso resolver con una reducción cruenta. Básicamente éste es el tema en discusión.

¿Hay quien desee opinar? Por ejemplo, Dr. Carlos Cabrera, ¿quiere dar su parecer, ya que ha estado en un hospital de similares características a éste y ha visto muchos de estos casos?



Fig. 2. Osificaciones heterotópicas.

Dr. Carlos Cabrera: En estos momentos no recuerdo un caso similar, pero en este caso en particular creo que la decisión debería ser intervencionista, tendiendo a una reducción, habiendo otras posibilidades luego en caso que no se obtenga el resultado deseado; quizás hasta llegar a una artroplastía o remodelación con interposición de fascia como se hacía antiguamente.



Fig. 3. Vista del postoperatorio, frente.

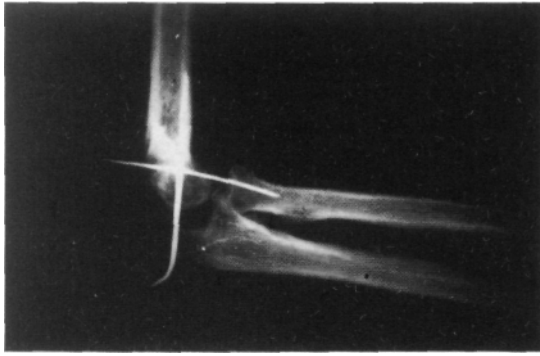


Fig. 4. Vista del postoperatorio, perfil.

Dr. Tristan Moreno: Creo que lo primero que deberíamos preguntar es si no se detectó antes la luxación, porque en un momento se habla de una ligera diastasis articular, saber si no se la sospechó y si se hizo algo al respecto. Creo que éste es el verdadero problema inicial.

Presentador: En la evaluación clínica de ingreso no se observó luxación; las radiografías mostraron diastasis, nadie realizó ningún tipo de maniobra de reducción ni siquiera el paciente refiere haber padecido una luxación ni que alguien le haya reducido el codo. Lo que se trató fue el gran trauma que tenía con edema, se lo inmovilizó y en ningún momento se pensó que podía haber estado o se hubiera luxado.

Dr. Tristán Moreno: Evidentemente hubieron lesiones que después facilitaron la luxación y por la gravedad del caso pasaron desapercibidas. ¿La observación sería por qué no se sospechó?

Dr. Zelman Simonovich: Estoy de acuerdo con lo dicho por el Dr. Tristán Moreno. Indiscutiblemente hubo una luxación en momentos del accidente inicial. Como consecuencia de la luxación y por falta de reducción se producen muy frecuentemente, en cualquier región del organismo a los pocos días, síndromes compartimentales por compresión.

Esto es importante de ser comentado, para que los médicos jóvenes lo tengan presente y realicen exámenes exhaustivos del traumatismo inicial.

Dr. Pascual Amato: Este es un caso muy complejo con un traumatismo muy importante, con un síndrome compartimental como mínimo, que si no se intervenía hubiera culminado en un Volkmann severo.

En los casos menos complejos, en los que sólo ha habido traumatismo del codo, me hacen acordar con cierta similitud a esas rodillas en las cuales cuando uno incide en la piel ve el cartílago; es decir que está totalmente rota la estructura capsular medial. Entonces, posiblemente en ese momento no había luxación pero posteriormente, con el enfermo que no vuelve a la consulta, o que habiendo tenido una valva se la saca o no, llega a una luxación secundaria. Por lo tanto el mecanismo por el cual se produjo la luxación bien pudo haber sido la rotura capsular media y no hay que asombrarse si a continuación se observa una parálisis cubital.

La parálisis cubital, en una época determinada, fue más frecuente cuando intentábamos hacer la transposición anterior del cubital que cuando lo dejábamos sin hacer.

Moderador: Para dejar aclarado este punto, podemos decir que en los exámenes posteriores no había ningún tipo de luxación, no porque no se hubiera hecho evaluación radiográfica del codo. Lo único que se observó en la placa inicial fue la diastasis entre de la tróclea y la cavidad sigmoidea mayor del cubito.

Dr. Arturo Otaño Sabores: No deseo opinar sobre los probables o posibles mecanismos de luxación del codo, porque sería entrar en el terreno de las conjeturas. El hecho real es que un hombre joven, de 32 años de edad, con una luxación inveterada, que ha superado las alternativas de un síndrome compartimental, actualmente tiene una luxación de codo con osificaciones heterotópicas.

Deseo dar mi opinión sobre el tratamiento posible, para lo cual creo que es indispensable saber qué tipo de actividad laboral desarrolla el paciente, probablemente por su medio social sea un trabajo de fuerza o manual. Por esto, considero que el tratamiento aconsejable sería la artrodesis del codo en posición funcional; no intentaría siquiera una reducción porque sería meramente radiográfica, sin ninguna mejoría funcional.

Si es un trabajo manual le realizaría una artrodesis; de no ser así, siendo un trabajador más sedentario, como por ejemplo un administrativo que necesitaría la funcionalidad del codo para trabajar sobre su escritorio, entonces sí se podría plantear una artroplastía.

Moderador: Debemos aclarar que el paciente desarrolla actividad laboral de tipo mediano sin requerimiento mayor de fuerza.

Dr. Arturo Otaño Sabores: Aún así, creo que la mejor intervención es la artrodesis del codo.

Dr. Salomón Schachter: Pienso que en la situación actual el primer aspecto a considerar es la reducción y sobre las osificaciones heterotópicas que ya están constituidas es poco lo que se puede hacer en la profilaxis; yo no he visto que éstas retrograden porque muchas veces llegan a tener la forma de hueso maduro a nivel de la cadera como en otras articulaciones.

De todas maneras, la reducción quirúrgica y dejar con funcionalidad el codo es el primer paso; lo más probable es que con los antecedentes del paciente termine con una anquilosis fibrosa.

Pienso que la artrodesis del codo es muy invalidante para cualquier tipo de trabajador manual; y la cirugía movilizadora del codo la dejaría para una

segunda etapa, donde se plantearía una artroplastía o una interposición de la fascia.

No tengo experiencia en prótesis de codo, pero sé que hay quienes la han usado con buenos resultados.

Dr. E. Maturana Bascope (Chile): Es un caso bastante raro de luxación inveterada de codo; no tengo experiencia en este tipo de casos, pero sí la tengo sobre dos casos tratados con artroplastias totales en secuelas invalidantes de codo por lesiones muy antiguas, en especial uno de ellos con un seguimiento de 15 años, el que aún hoy día posee buena funcionalidad.

Pienso, como dijo el Dr. Schachter, que si tuviera que enfrentarme a un caso como éste, creo que haría la reducción cruenta, para luego ver si hay que darle mayor movilidad o no, con algún tipo de artroplastía.