



CASO CLÍNICO

Artrolysis en la rigidez postraumática del codo. A propósito de un caso

J. M. López Zamorano, Q. Areta Marigo, J. B. González Camacho,
J. M. Prieto Chocarro, M. Á. Rodríguez Vilan

Centro Asistencial. Mutua Universal de Huelva

Correspondencia:

Dr. Juan Manuel López Zamorano

Correo electrónico: jlopezza@mutuauniversal.net

Recibido el 8 de enero de 2018

Aceptado el 24 de octubre de 2018

Disponible en Internet: noviembre de 2018

RESUMEN

La rigidez postraumática del codo se define como la pérdida del arco de movilidad del codo y no es una lesión infrecuente. Su desconocimiento puede llevar a malos resultados. Las causas de su aparición son desconocidas, existiendo cierta predisposición en algunos individuos; la limitación funcional derivada de ella es variable. La existencia de procedimientos quirúrgicos eficaces ha aumentado la sensibilidad de los especialistas para tratar este problema.

Morrey ha descrito 2 tipos de rigidez del codo, la extraarticular y la intraarticular⁽¹⁾.

La rigidez extraarticular o extrínseca solo afecta a los tejidos periarticulares y respeta las superficies articulares. Las osificaciones ectópicas también pueden considerarse una causa extraarticular de rigidez.

La rigidez intraarticular o intrínseca, por el contrario, se debe a una alteración de las superficies articulares como consecuencia de fracturas articulares.

Por último, en algunos casos, una osificación extraarticular puede asociarse a la presencia de lesiones intraarticulares, en cuyo caso se habla de rigidez combinada o mixta⁽¹⁾.

Palabras clave: Codo. Rigidez. Tratamiento. Cirugía.

ABSTRACT

**Arthrolysis for post-traumatic stiffness of the elbow.
About a case**

Post-traumatic stiffness of the elbow is a common injury involving loss of elbow mobility. If left untreated it can lead to undesired outcomes. The causes of its appearance are unknown, although there is a certain predisposition in some individuals. The resulting functional limitation is variable. The existence of effective surgical procedures has increased interest among specialists in treating this problem.

Morrey has described 2 types of elbow stiffness, extra-articular and intra-articular.

Extra-articular or extrinsic stiffness only affects peri-articular tissues, not surfaces. This kind of stiffness may also be due to ectopic ossifications. Intra-articular or intrinsic rigidity is, by contrast, due to a change in joint surfaces. Finally, in some cases, an extra-articular ossification may be associated with the presence of intra-articular injuries, in which case it is referred to as combined or mixed stiffness⁽¹⁾.

Key words: Elbow. Stiffness. Treatment. Surgery.



<https://doi.org/10.24129/j.retla.01202.fs1801002>

© 2018 Sociedad Española de Traumatología Laboral. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Introducción

La rigidez del codo es un problema muy frecuente, que en la mayoría de las ocasiones aparece tras traumatismo: fracturas de húmero distal, de antebrazo proximal, entre las que se encuentran las fracturas de la cabeza del radio⁽¹⁾. Las fracturas de la cabeza del radio son unas de las fracturas más frecuentes del adulto, suponen entre el 1,7 y el 5,4% de todas las fracturas y un 17-19% de los traumatismos del codo, correspondiéndose con en torno al 33% de las fracturas de esta articulación⁽¹⁾.

Mason las clasificó en 3 tipos⁽¹⁾:

- Tipo I: no desplazadas.
- Tipo II: marginal con desplazamiento.
- Tipo III: conminutas.

Johnston añadió otro tipo:

- Tipo IV: las asociadas a luxación del codo⁽¹⁾.

Objetivo

Dar a conocer un caso clínico, así como el tratamiento llevado a cabo y su evolución.

Material y método

Se presenta el caso clínico de un varón de 47 años, diestro, agricultor, que refiere caída accidental con traumatismo en el codo derecho. Valorado inicialmente en un centro de salud, fue derivado al hospital público, donde se le diagnosticó de fractura de cabeza del radio.

Fue remitido a nuestro centro asistencial para completar el tratamiento y seguir la evolución. En las pruebas complementarias realizadas, estudio radiológico convencional y tomografía axial computarizada (TAC) de codo, se aprecia defecto óseo en el margen posterolateral de la cabeza del radio en relación con fractura arrancamiento óseo y desplazamiento de fragmento óseo junto al margen lateral del cuello radial, fractura arrancamiento de fragmento óseo en margen posterior de cóndilo humeral y en epitroclea se observa foco de osificación posiblemente heterotópico. En estudio mediante resonancia magnética del codo derecho se aprecian cambios inflamatorios contusivos circundantes a la articulación del codo, derrame articular y edema difuso de los vientres musculares periarticulares, así como pequeño fragmento óseo adyacente a la cabeza radial en relación con fractura de la misma.

Seguimiento y resultados

Se procedió a una inmovilización con férula braquiopalmar que se mantuvo durante 3 semanas, aproximadamente. Tras la retirada de la férula, se inició tratamiento

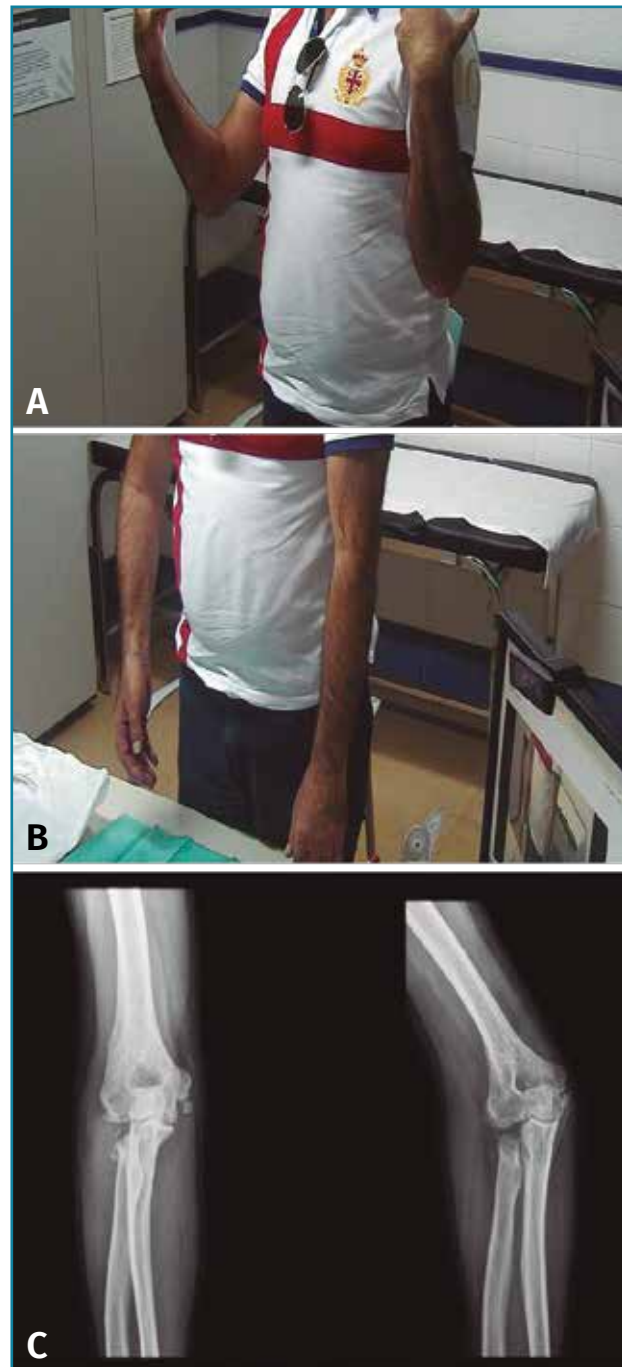


Figura 1. Movilidad antes de la intervención quirúrgica y estudio radiológico después de la artrolysis.

fisioterapéutico. Tras 7 meses de tratamiento conservador se remitió a nuestro centro hospitalario de referencia (Área de Control Hospitalario Delfos-Barcelona) para la valoración de artrolysis quirúrgica. La movilidad del codo derecho antes de la intervención era F-E 125-55°/P-S 20-70° (Figura 1).



Figura 2. Movilidad articular del codo derecho después de la artrolysis y la finalización de las sesiones de fisioterapia.

El especialista optó por realizar tratamiento quirúrgico y se practicó artrolysis por vía lateral con exéresis de la cabeza radial y liberación de la cápsula ligamentosa lateral, así como liberación de la interlínea húmero-cubital, liberación capsular anterior, posterior y plano ligamentoso medial, obteniéndose una movilidad intraoperatoria de F-E 140-15-55° y P-S 90-0-70°, colocándose catéter axilar para la realización de rehabilitación. Al alta hospitalaria se mantenía el balance articular obtenido.

Tras 310 días de incapacidad temporal y realizar el tratamiento rehabilitador con aceptable evolución, se extendió el alta laboral con informe de propuesta al Instituto Nacional de la Seguridad Social por lesión permanente no invalidante con el siguiente balance articular del codo derecho: F-E 135-0-15°, P-S libre (**Figura 2**).

El Instituto Nacional de la Seguridad Social declaró lesiones permanentes no invalidantes recogidas en el baremo 73: limitación movilidad del codo derecho en menos del 50%, argumento coincidente con lo expuesto por el equipo médico de Mutua Universal.

Conclusiones

La rigidez de la articulación del codo es una patología frecuente que afecta a personas activas y ocasiona graves trastornos funcionales⁽²⁾. Las causas son variables e incluyen el traumatismo como el factor más importante, pero también artrosis, artritis, secuelas de quemaduras o alteraciones congénitas pueden ser las responsables de la rigidez⁽¹⁾.

El fin de todo tipo de tratamiento es tratar de obtener un arco funcional de movimiento (30-130° aproximadamente), ya que lograr una movilidad completa no siempre es posible ni necesario⁽¹⁻³⁾.

A pesar de que el tratamiento conservador ofrece con frecuencia buenos resultados, su eficacia es impredecible⁽²⁾.

En algunas series publicadas por Duke *et al.*⁽⁴⁾, obtuvieron mejoría en el arco de movilidad en 6 de 11 pacientes después de la movilización bajo anestesia, no recomendable en procesos de larga evolución porque puede predisponer a la formación de hematomas, cicatrización y osificación heterotópica⁽²⁾.

El tratamiento quirúrgico ha demostrado ser muy útil en esta patología. La artrolysis a cielo abierto es el método más utilizado⁽²⁾.

La posibilidad de utilización de diferentes abordajes para su realización ofrece alternativas para solucionar patologías de distinta índole.

El abordaje anterior ha caído hoy en día en desuso, debido a la vulnerabilidad de las estructuras neurovasculares y a la imposibilidad de llegar a la cápsula posterior⁽²⁾. El abordaje medial parece una excelente alternativa en rigideces asociadas con patología del nervio cubital, ofrece un fácil acceso a la cápsula anterior y posterior, y permite la resección de osteofitos en los casos en que sea necesario⁽²⁾. El abordaje lateral es el más utilizado, permite ganancias de 35-46° en el arco de movimiento con un bajo índice de complicaciones⁽²⁾.

El abordaje lateral ha permitido una ganancia de 50° en el arco de movimiento, fácil acceso a la cápsula anterior y posterior, no se ha tenido alteración del nervio cubital, el grado de morbilidad ha sido mínimo y no se ha observado alteración de la estabilidad articular, aunque sería necesario un estudio con una muestra suficiente de pacientes⁽²⁾.

Tras la realización de la artrolysis y completar las sesiones de fisioterapia, se ha obtenido una mejoría funcional, disminución del dolor y satisfacción del paciente, que ha permitido la reincorporación a su trabajo habitual.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación. Los autores declaran que este trabajo no ha sido financiado.

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Mansat M. Técnicas Quirúrgicas ortopedia-traumatología del adulto. Cirugía del hombro y del codo. Elsevier-Masson; 2007.
2. Gallucci GL, Gallucci JL, de Carli P, Maignon GD. Abordaje lateral para el tratamiento de las rigideces del codo. Rev Asoc Argent Ortop Traumatol. 2003; 68:27-32.
3. Medina M, Navarro Navarro R, Foucher GM, Eliot D, Medina Henríquez JA. Fractura de la cabeza radial. XX Jornadas de COT 2006. Canarias Médica y Quirúrgica. Septiembre-diciembre 2006.
4. Duke J, Tessler R, Dell P. Manipulation of the stiff elbow with patient under anesthesia. Am J Hand Surg. 1991;16:19-24.