Cirugía de las lesiones tendinosas y ligamentarias del codo

G. Bacle, E. Marteau, J. Laulan

En las tendinopatías de los músculos epicondíleos, el dolor es el síntoma principal, mientras que en las tendinopatías bicipitales y tricipitales, el inicio suele ser súbito, con ruptura o, en la mayoría de los casos, con avulsión tendinosa, responsable de un déficit motor. Mientras que la indicación quirúrgica es casi sistemática en las rupturas del bíceps o del tríceps, en las epicondilalgias debe ser prudente y selectiva. El tratamiento quirúrgico de la «epicondilitis» se dirige sobre todo a la zona patológica del tendón. También debe tener en cuenta una posible compresión nerviosa asociada, que puede ser del ramo profundo del nervio radial a nivel lateral o del nervio cubital a nivel medial. Para las rupturas diagnosticadas precozmente, el tratamiento quirúrgico consiste en la reinserción del tendón en posición anatómica y proporciona resultados fiables. En la práctica, las lesiones ligamentarias del codo pueden encontrarse en dos situaciones: en un contexto agudo de luxación, asociada en ocasiones a lesiones óseas, o en presencia de una inestabilidad crónica. Tras una luxación del codo, una inestabilidad importante después de la reducción puede justificar una reparación, incluso una reconstrucción del ligamento colateral lateral. En las fracturas-luxaciones, la primera etapa del tratamiento se basa en la reparación de las lesiones óseas (que no se describirá en este artículo), seguida de la del ligamento colateral lateral. La inestabilidad crónica se relaciona en la mayoría de los casos con una insuficiencia del complejo ligamentario lateral y requiere una reconstrucción de su fascículo posterior por ligamentoplastia. Las inestabilidades crónicas en valgo, por insuficiencia del ligamento colateral medial, son infrecuentes, salvo en la práctica de los deportes de lanzamiento.

© 2015 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Epicondilalgias laterales; Epicondilalgias mediales; Avulsión del tendón bicipital; Luxaciones del codo; Inestabilidad del codo; Ligamentoplastia lateral del codo

Plan

- **Cirugía de las lesiones tendinosas** **1**
  - Epicondilalgias laterales 1
  - Epicondilalgias mediales 4
  - Tendinopatías del bíceps braquial 6
  - Tendinopatías del tríceps 8
- **Cirugía de las lesiones ligamentarias del codo** **8**
  - Elementos de anatomía y de biomecánica 8
  - Lesiones y su mecanismo 10
  - Técnicas quirúrgicas 11
  - Indicaciones 14

Cirugía de las lesiones tendinosas

Epicondilalgias laterales

Reseña anatómica

Los músculos epicondíleos laterales se originan de un tendón común (Fig. 1A) constituido, en sentido anteroposterior, por el extensor radial corto del carpo (ERCC), el extensor común de los dedos (ECD), el extensor del quinto dedo y el extensor cubital del carpo (ECC); el supinador constituye la porción distal y profunda del tendón común. Hay que destacar la imbricación de las estructuras tendinofibrosas: el tendón se inserta también en parte en el ligamento colateral lateral (LCL) y el ligamento anular. El ancóneo tiene una inserción más o menos independiente por detrás del tendón común. El extensor radial largo del carpo (ERLC) envía fibras a la porción proximal de la aponeurosis del ERCC, pero su inserción ósea no se realiza directamente en el epicóndilo lateral.

Volume 7 > n°1 > marzo 2015
http://dx.doi.org/10.1016/S2211-033X(15)70123-4

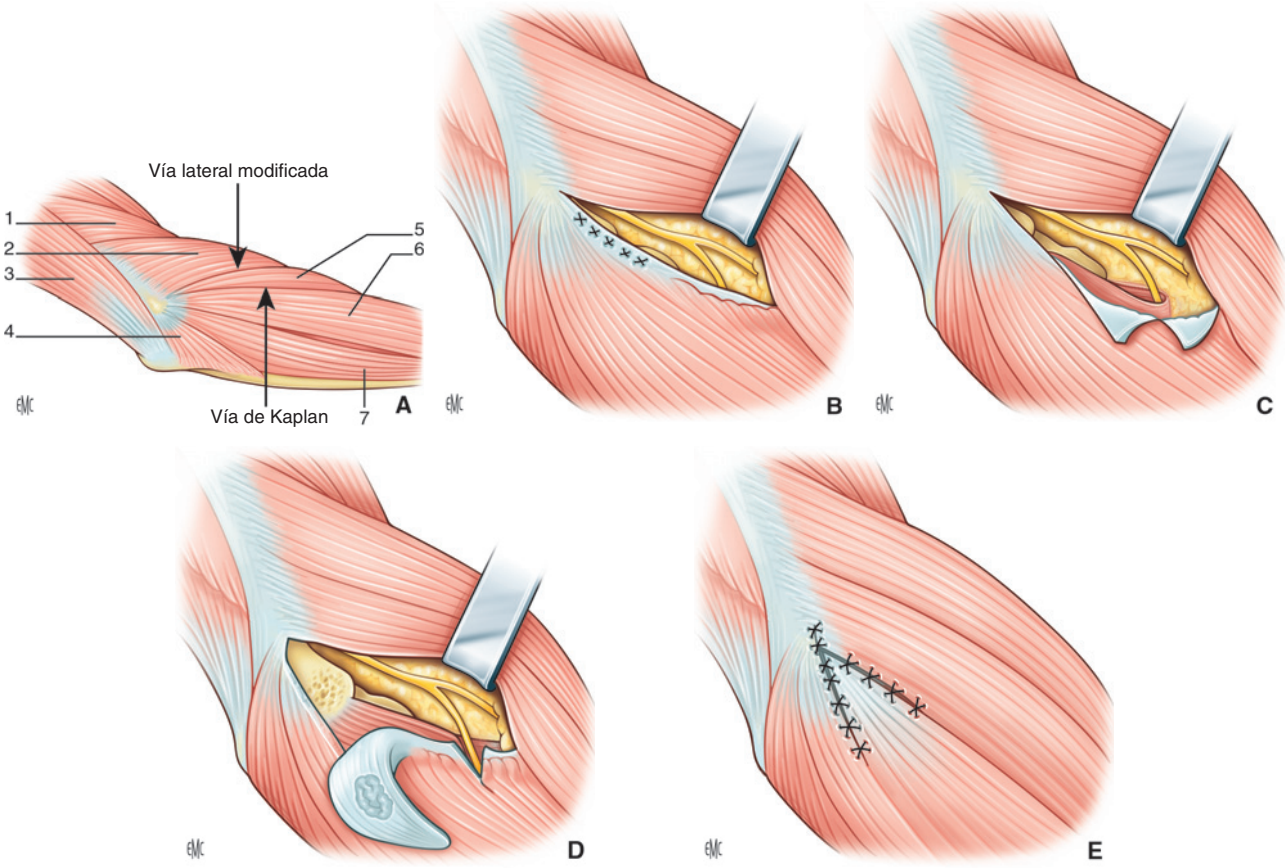

Figura 1. Vía de acceso y tratamiento de la epicondilalgia lateral. 1. Braquiorradial; 2. extensor radial largo del carpo; 3. tríceps braquial; 4. ancóneo; 5. extensor radial corto del carpo; 6. extensor de los dedos; 7. extensor cubital del carpo.
A. La vía de acceso pasa entre los extensores radiales largo y corto del carpo.
B. Abertura del intervalo entre los extensores radiales largo y corto del carpo para acceder a la arcada del extensor radial corto del carpo y a los ramos de división del nervio radial.
C. Sección de la arcada del extensor radial corto del carpo, que permite acceder al supinador (este tiempo no se realiza si no hay síntomas neurológicos).
D. Desinserción del extensor radial corto del carpo, con exposición de las lesiones en la cara profunda del tendón.
E. Después de la escisión de los tejidos patológicos y el reavivamiento óseo, el extensor radial corto del carpo se reinserta con un ligero efecto de distensión (plastia en V-Y).

El ramo profundo del nervio radial (RPNR) cruza por debajo los músculos epicondíleos laterales. Su paso bajo la arcada del supinador, o arcada de Fröhse, es bien conocido, pero también presenta unas relaciones casi constantes con el borde medial, fibroso, del ERCC [1]. Este borde fibroso corresponde al límite medial de la aponeurosis profunda del ERCC, que es una estructura gruesa susceptible de sufrir modificaciones por los fenómenos crónicos simultáneos a la tendinopatía.

La cara lateral de la articulación está inervada por el nervio radial. La inervación superficial procede del ramo cutáneo lateral del nervio radial y depende de la raíz C6.

Conceptos fisiopatológicos

Tendinopatía

El término de epicondilitis es inadecuado, porque en los estudios histológicos no se observan células inflamatorias ni en la fase aguda ni en la crónica [2]. Se trata de un proceso degenerativo, que asocia microrrupturas del colágeno con un proceso cicatricial incompleto [3]. También existen anomalías de la unión hueso-tendón [4]. Las lesiones predominan a nivel de la inserción del ERCC, pero también afectan al ECD en un tercio de los casos [2]. Estas lesiones, tanto si actúan a través de las terminaciones nerviosas libres como de mediadores locales, son señaladas por muchos autores como el origen del dolor [2, 3, 5].

Otras estructuras locales implicadas

Se trata, por una parte, de la articulación humerorradial, tanto a nivel de las estructuras periféricas (LCL, ligamento anular), intraarticulares (sinoviales) o del cartílago [6–9]; estas lesiones podrían ser secundarias a la tendinopatía [5, 9, 10] y, por otra parte, del RPNR, cuya compresión provoca el síndrome del túnel radial [11, 12]. Esta compresión nerviosa también puede ser secundaria a la tendinopatía [1, 5].

La columna vertebral cervical o un síndrome del desfiladero toracobraquial (SDTB) puede ser el origen del dolor en la región lateral del codo [5].

Técnicas quirúrgicas

En la práctica, los numerosos planteamientos fisiopatológicos han dado lugar a otras tantas técnicas quirúrgicas. Estas intervenciones pueden clasificarse en cuatro categorías.

- Las intervenciones que se realizan directamente sobre la zona patológica de la inserción tendinosa, basadas en la escisión de los tejidos cicatriciales, en la cara profunda de la inserción del ERCC [3, 13], que también puede efectuarse mediante artroscopia [14]. Se le pueden asociar procedimientos a cielo abierto de reparación del tendón y la reinserción suele efectuarse tras reavivar el epicóndilo por decorticación y perforaciones [4, 13] e incluso mediante epicondilectomía parcial [15]. El

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4053331

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4053331

Daneshyari.com