



Rigidez de codo

P. Mansat, N. Bonneville

La rigidez de codo representa un problema muy frecuente. La etiología y los mecanismos fisiopatológicos van a determinar su tratamiento y su pronóstico. Se trata de la complicación más frecuente de los traumatismos del codo. Sin embargo, esta rigidez puede también complicar la evolución de una artrosis primaria o ser el signo inicial de una artritis inflamatoria. Puede aparecer tras una inmovilización prolongada, una quemadura o tras un traumatismo craneal. El objetivo terapéutico reside en su prevención. Cuando se observa esta complicación, es fundamental realizar un estudio diagnóstico completo para ofrecer al paciente el tratamiento mejor adaptado a su tipo de rigidez. El tratamiento no quirúrgico ofrece en ocasiones buenos resultados cuando la rigidez es reciente; sin embargo, su eficacia es poco predecible. En caso de fracaso del tratamiento no quirúrgico, se puede recomendar una artrólisis artroscópica o convencional cuando el cartílago articular está preservado. Sin embargo, en caso de afectación articular extensa, se debe plantear la realización de una artroplastia de interposición o la colocación de una prótesis total de codo.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Codo; Rigidez; Artrólisis; Artroscopia; Prótesis de codo

Plan

■ Fisiopatología. Etiología	1
■ Clasificación	1
Tipo de rigidez	1
Sector de la rigidez	2
Gravedad de la rigidez	2
■ Presentación clínica	2
■ Diagnóstico	2
■ Estudio y síntesis	2
■ Procedimientos terapéuticos	3
Tratamiento no quirúrgico	3
Tratamiento quirúrgico	3
■ Indicaciones terapéuticas	9

■ Fisiopatología. Etiología

No está del todo clara la tendencia particular del codo a volverse rígido. Sin embargo, factores anatómicos pueden explicar esta particularidad^[1]. El codo es una articulación muy congruente entre la tróclea humeral y la cavidad sigmoidea mayor del olécranon. Está rodeada por una cápsula articular translúcida que se engruesa y se retrae cuando se lesiona. Esta transformación está ligada al desarrollo de fibras de colágeno hipertróficas asociado a un

aumento de la proporción de miofibroblastos^[2-7]. Se han identificado factores ligados al sexo^[8,9] y a predisposiciones genéticas^[10,11] en el marco de las retracciones capsulares postraumáticas. Se puede observar también este fenómeno tras un traumatismo de codo complicado por una hemartrosis sin verdadera afectación articular o lesiones de tejidos blandos^[12].

■ Clasificación

La clasificación del tipo y gravedad de esta rigidez es fundamental para establecer la planificación terapéutica precisa y para valorar el pronóstico.

Tipo de rigidez

Morrey describió dos tipos de rigidez de codo^[13].

- La rigidez extraarticular o extrínseca que sólo afecta a los tejidos periarticulares (cápsula, ligamentos, músculos) y respeta las superficies articulares. Las osificaciones heterotópicas pueden considerarse como una causa extraarticular de rigidez debido a que van a desarrollarse en los tejidos periarticulares respetando la articulación del codo propiamente dicha. Los traumatismos son el origen de la mayoría de estas rigideces, sobre todo las luxaciones del codo. Asimismo, se ha demostrado que una inmovilización prolongada sería un factor de rigidez postraumática. En los adultos, la rigidez de origen

no traumático suele ser generalmente de origen inflamatorio. En la artrosis debutante, se desarrolla una sinovitis moderada asociada a una fibrosis periarticular y a la formación de osteofitos. Inicialmente, la superficie articular está respetada, ya que los osteofitos se desarrollan a la altura de la punta del olécranon y de la apófisis coronoides.

- La rigidez intraarticular o intrínseca que, por el contrario, es el resultado de una alteración de las superficies articulares cartilaginosas o de adherencias intraarticulares, consecuencia de fracturas articulares. Importantes deformidades intraarticulares secundarias a una reducción defectuosa de fracturas articulares pueden también contribuir al desarrollo de una rigidez de origen intrínseco. Es capital valorar la distribución de las lesiones articulares en las distintas articulaciones del codo, así como su importancia, con el fin de recomendar el tratamiento mejor adaptado. De manera artificial, se ha fijado como umbral de gravedad lesional el 50% de afectación articular; se habla por lo tanto de menos del 50% o de más del 50% de afectación de la superficie articular^[13].

Sin embargo, en la mayoría de los casos, las lesiones intraarticulares se asocian a retracciones de origen extraarticular; la rigidez se denomina entonces «combinada» o «mixta».

Sector de la rigidez

Para la mayor parte de las actividades diarias, no se emplea todo el arco de movilidad. La pérdida de grados en el sector de la flexión parece ser más invalidante que la pérdida de los mismos grados en extensión. Morrey ha descrito un sector de movilidad útil analizando el arco de movilidad necesario para realizar 15 actividades de la vida diaria^[14]. Ha definido un sector útil de 100° en flexión-extensión que se extiende desde 30° de déficit de extensión hasta 130° de flexión (0-30-130°). Se ha definido un sector también de 100° en rotación de 50° de pronación a 50° de supinación (50-0-50°). Se evalúa el sector de movilidad residual en relación con este sector útil. La rigidez se reparte en cuatro sectores:

- sector funcional, definido por una extensión inferior o igual a 30° y una flexión superior o igual a 130°;
- rigidez en flexión cuando la extensión es superior a 30° con una flexión superior o igual a 130°;
- rigidez en extensión con una extensión inferior o igual a 30° y una flexión inferior a 130°;
- rigidez combinada cuando la extensión es superior a 30° y la flexión es inferior a 130°.

Gravedad de la rigidez

Se debe también valorar la consecuencia sobre la función de la pérdida de movilidad, en función de la importancia de la rigidez^[15]. Se denomina a la rigidez «muy grave» cuando el arco de movilidad es inferior a 30°, grave cuando está comprendido entre 31 y 61°, moderada cuando se sitúa entre 61 y 90°, y mínima cuando el arco de movilidad total es superior a 90°.

■ Presentación clínica

La rigidez postraumática puede aparecer independientemente de la edad del paciente, pero se observa con frecuencia en el paciente joven y activo. Aunque se trate casi siempre de una rigidez intrínseca, se puede asociar a lesiones extrínsecas y provocar una rigidez mixta. La artrosis de codo, por el contrario, se observa sobre todo en pacientes mayores de 50 años, casi siempre de sexo masculino. Al inicio, las lesiones son periarticulares y provocan una rigidez que puede considerarse como extrínseca. El

paciente que presenta una rigidez extrínseca se queja de una pérdida de extensión, sin una verdadera limitación de su actividad. Presenta dolor al final de la extensión, pero el arco medio de movilidad generalmente no es doloroso, lo que confirma el origen extraarticular de la rigidez. En ocasiones, puede haber dolor en flexión máxima. En presencia de una rigidez intrínseca, hay dolor a lo largo de todo el arco de movilidad del codo con una limitación de las amplitudes articulares. Por supuesto, en los casos extremos, se puede tratar de una verdadera anquilosis del codo, por definición no dolorosa, en la cual sólo los estudios complementarios permiten precisar la responsabilidad del origen extra o intraarticular.

■ Diagnóstico

El diagnóstico de una rigidez se basa en la anamnesis y la exploración física. Se debe valorar la piel, sobre todo la existencia de una cicatriz retráctil, de adherencias o de pérdida de la integridad cutánea. Se debe medir el arco de movilidad en pasivo y en activo, tanto en flexoextensión como en pronosupinación. En teoría, una interrupción «blanda» del movimiento indica una rigidez tisular, mientras que una interrupción «dura» corresponde a una rigidez de origen óseo. Se debe realizar una exploración neurovascular completa del codo. La afectación articular se confirma por la realización de radiografías estándar del codo. La realización de un estudio inflamatorio permite descartar un proceso reumatoideo^[13,16]. La placa anteroposterior permite visualizar la interlínea articular, y la placa lateral permite detectar osteofitos a la altura de la apófisis coronoides o de la punta del olécranon. En caso de rigidez importante, las radiografías del antebrazo y del húmero permiten valorar mejor la interlínea articular. Una proyección oblicua lateral de 45° o de la cabeza radial permite detectar la interlínea condilorradiar y radiocubital proximal. En caso de limitación de la pronosupinación, se debe realizar estudio radiológico del antebrazo y de la muñeca a la búsqueda de una lesión del mecanismo pronosupinador. Se determina la importancia de la afectación articular mediante la realización de una artrotomografía computarizada. Los cortes tomográficos permiten visualizar bien la localización de los osteofitos, los cuerpos extraños óseos intraarticulares y las posibles modificaciones de la estructura ósea y de las relaciones anatómicas. Permiten así mismo analizar bien los límites de una osificación heterotópica^[17].

La artrografía permite delimitar la afectación cartilaginosa y precisar la extensión de las lesiones. Según la experiencia de los autores de este artículo, la resonancia magnética (RM) es poco resolutive en este estudio. No hay que olvidar sin embargo la gammagrafía isotópica, que en algunos casos de rigidez «espontánea», con un estudio radiológico estándar normal, ausencia de síndrome inflamatorio analítico y estudio tomográfico poco contributivo, puede demostrar a través de una hipercaptación significativa la existencia de una formación activa como, por ejemplo, un osteoma osteoide que suele producir rigidez a la altura del codo.

■ Estudio y síntesis

Tras este estudio se deben determinar: la edad del paciente, su miembro dominante, su actividad, sus antecedentes, la historia de su rigidez y el tiempo de evolución, los tratamientos realizados, el arco de movilidad, el tipo de dolor, los síntomas asociados, la existencia o no de lesiones articulares, el tipo de articulación afectada, la importancia de las lesiones articulares y la existencia de osificaciones periarticulares. De esta forma se establece: la etiología de la rigidez, el tipo de rigidez, la gravedad de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4053347>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4053347>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)