



NOTA CLÍNICA

Inestabilidad externa de codo tras el tratamiento quirúrgico de la epicondilitis. A propósito de un caso

A. Llop-Corbacho*, J. Romero-Ruiz y N. Denia-Alarcón

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Clínica Mútua Universal, Centro Médico Delfos, Barcelona, España

Recibido el 9 de julio de 2013; aceptado el 27 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 11 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Epicondilitis;
Inestabilidad del codo;
Ligamento colateral lateral

KEYWORDS

Epicondylitis;
Elbow instability;
Lateral collateral ligament

Resumen La inestabilidad de codo es una enfermedad de diagnóstico difícil en determinados casos, y puede conllevar unos problemas limitantes para la funcionalidad diaria como los bloqueos articulares, los resaltes, la debilidad muscular y el dolor persistente.

Presentamos el caso de un paciente con clínica de epicondilitis con antecedente previo de una caída sobre el brazo afecto. Tras efectuar los tratamientos convencionales no agresivos y no obtener mejoría, se realiza cirugía sobre la afectación tendinosa. El caso evoluciona hacia la persistencia del dolor, y a una clínica de inestabilidad articular que acaba por precisar cirugía reconstructiva ligamentaria sobre el complejo externo. En el control a los 6 meses de la última intervención ha desaparecido la clínica de inestabilidad, pero aún persisten las molestias en cara externa y un déficit a la extensión de 30°.

Es importante tener en consideración ante un cuadro de epicondilitis con traumatismo previo, rebelde a los tratamientos conservadores, la posibilidad de que haya una inestabilidad de codo subyacente, descartándola con una correcta exploración física y con pruebas complementarias si se precisan.

© 2013 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

External stability of the elbow after surgical treatment of epicondylitis. Presentation of a case

Abstract Elbow instability is a difficult to diagnose condition in certain cases, and could lead to some problems that limit daily functioning, such as joint blocks, bumps, projections, muscle weakness, and persistent pain.

A case is presented of a patient with a clinical picture of epicondylitis, with a previous history of a fall on the affected arm. As there was no improvement after performing conventional non-aggressive treatment, surgery was performed on the affected tendon. The outcome of this was persistent pain and clinical instability of the elbow that ended up requiring surgery to reconstruct the ligament over the external complex. In follow-up 6 months after the operation, the clinical instability had disappeared, but there was still external discomfort and a 30° extension deficit.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: allopacor@mutuauniversal.net (A. Llop-Corbacho).

When faced with a picture of epicondylitis with a previous injury that does not respond to conventional therapies, it is important to take into account the possibility of an underlying elbow instability, ruling this out with a correct physical examination and, where necessary, with the appropriate complementary tests.

© 2013 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El codo es una articulación compleja cuya estabilidad depende de un numeroso grupo de estructuras, tanto óseas como musculares y ligamentarias.

De esta manera, se consideran estabilizadores primarios del codo en varo/valgo¹⁻⁵ a la articulación húmero-cubital, al ligamento húmero-cubital medial en su porción anterior y al ligamento colateral externo cubital o húmero-cubital lateral (LCLU); mientras que como estabilizadores secundarios tenemos a la cabeza radial, la inserción de la musculatura flexora/extensora y a la cápsula articular.

Dentro de las inestabilidades de codo, el patrón más común es el de la inestabilidad posteroexterna^{1,2,4}, producida más frecuentemente por una lesión del ligamento colateral externo cubital. Su diagnóstico depende de una correcta exploración física (varo/valgo con extensión y flexión a 30°; *pivot shift lateral*) y del resultado de las pruebas complementarias (Rx, TAC o RNM).

Así mismo, la inestabilidad de codo engloba cuadros agudos y crónicos. En el primer caso, el diagnóstico precoz (importante para un tratamiento correcto de esta enfermedad) suele ser difícil salvo en las situaciones en las que se asocie un episodio de luxación de codo o fractura (en caso contrario lo más frecuente es que pasen desapercibidas). Hemos de sospecharlo ante caída con combinación de compresión axial y rotación externa del codo, de largo el mecanismo más frecuente^{1,2,4,5}. Los casos crónicos son de peor pronóstico funcional y suelen relacionarse con traumatismos agudos no tratados adecuadamente o a secuelas de cirugía en la zona^{1,4}.

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico inicial de epicondilitis, cuya evolución posterior a su tratamiento fue hacia una inestabilidad posterolateral de codo.

Caso clínico

Paciente varón de 40 años, diestro, administrativo, que inició cuadro de dolor en cara lateral del codo izquierdo con maniobras epicondíleas positivas. Tuvo como antecedente 4 meses antes una caída accidental sobre la mano afecta y un diagnóstico de fractura de coronoides grado I (fig. 1), que precisó inmovilización y rehabilitación.

Para el cuadro inflamatorio tendinoso se inició tratamiento rehabilitador, se le realizaron 2 infiltraciones de anestésico y corticoide sobre la zona de dolor y, posteriormente, 2 sesiones de ondas de choque con mejoría parcial de la clínica. Ante la persistencia de la sintomatología, se realizó RNM de estudio que informó de fractura de coronoides consolidada, así como signos de epicondilitis e imagen rarefacta sobre inserción proximal de ligamento



Figura 1 Detalle de la fractura de coronoides previa.

húmero-cubital lateral sin dejar clara rotura del mismo. Clínicamente el paciente no mencionaba bloqueos ni sensación de fallo y el varo era estable a la exploración, por lo que a los 7 meses del inicio del dolor epicondíleo se realizó intervención quirúrgica, consistente en una desinserción proximal de la musculatura extensora, decorticación epicondílea con realización de perforaciones sobre la zona, así como reinserción atensional de la musculatura desinsertada, y una inmovilización con yeso braquiopalmar 3 semanas y posterior reinicio de rehabilitación.

La evolución del cuadro fue a la persistencia del dolor, así como a la aparición de chasquidos, varo doloroso e inestable, resalte evidente durante la pronosupinación sobre la cabeza del radio y una maniobra de *pivot shift* positiva (fig. 2 a-d).

Se orientó el cuadro como una inestabilidad posterolateral. Por este motivo, a los 5 meses de la cirugía inicial, se realizó un retensado cápsulo-muscular a epicóndilo mediante puntos transóseos, reconstrucción del LCLU sobre el tejido retensado mediante aloinjerto de tibial anterior de banco (anclado con arpón a epicóndilo y a nivel de

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086489>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086489>

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