



Artrosis del codo

M. Chammas, A. Toffoli, M.-O. Gauci, H. Lenoir

La artrosis del codo es poco frecuente y se caracteriza por una frecuente disociación radioclínica, con la presencia variable de dolor y rigidez en los casos sintomáticos. Esta artrosis es secundaria la mayoría de las veces a un sobreuso, a secuelas traumáticas del adulto o infantiles, a secuelas de una osteocondritis disecante, a una osteocondromatosis, a una artropatía microcristalina, a las secuelas de una artritis séptica o se produce en el marco de una hemofilia. El tratamiento médico es suficiente en las formas poco sintomáticas. En los casos refractarios, la decisión del tratamiento quirúrgico se toma de forma individualizada basándose en la localización y la gravedad de la artrosis, que se evalúan mediante artrotomografía computarizada (artro-TC), pero también en función de la edad, del nivel de actividad, de las molestias y de las exigencias del paciente. Este estudio se completa con la evaluación de una inestabilidad o de una subluxación. La artrosis del codo en las personas jóvenes plantea problemas terapéuticos difíciles. El objetivo del tratamiento consiste en obtener un codo poco doloroso con un sector de movilidad funcional, que no impida la realización de otros tratamientos y que retrase al máximo la decisión de colocar una prótesis articular. En la artrosis humerocubital inicial, puede estar indicado realizar una artrólisis artroscópica o una artrólisis transhumeral con resección de los conflictos osteofíticos. En caso de artrosis grave, la prótesis total de codo debe reservarse a los pacientes ancianos con una demanda funcional limitada. En los pacientes jóvenes con artrosis sintomática grave, se debe plantear una artroplastia con interposición o una desnervación articular.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Artrosis; Codo; Artrosis postraumática; Deporte; Prótesis de codo; Artroscopia; Artrólisis

Plan

■ Introducción	1
■ Anatomía y biomecánica	1
■ Etiologías y epidemiología	2
Artrosis primaria del codo	2
Artrosis microtraumática por hipersolicitación en deportistas	3
Artrosis por condromatosis sinovial primaria	3
Artrosis postosteocondritis disecante	3
Artrosis postraumáticas	3
■ Evaluación	4
Evaluación clínica	4
Pruebas complementarias	5
■ Tratamiento	6
Tratamiento no quirúrgico	6
Tratamiento quirúrgico	7
■ Perspectivas	11
Trasplante osteocondral	11
Desnervación del codo	11

que afecta a todos los tejidos de la articulación (cartílago, hueso subcondral, sinovial, cápsula, ligamentos) es secundaria en la mayoría de los casos a un sobreuso profesional o deportivo, a secuelas traumáticas del adulto o infantiles (fracturas articulares, luxaciones, esguinces), a secuelas de una osteocondritis disecante, a una osteocondromatosis, a una artropatía microcristalina, a las secuelas de una artritis séptica o se produce en el marco de una hemofilia. Las lesiones articulares secundarias a una artritis inflamatoria, en particular a la artritis reumatoide, se salen del marco de este artículo debido a las particularidades fisiopatológicas y diagnósticas (sobre todo mediante pruebas de imagen) y terapéuticas. Por otra parte, existe una disociación radioclínica frecuente que explica una buena tolerancia prolongada.

■ Anatomía y biomecánica

La articulación del codo es en realidad un complejo articular constituido por tres articulaciones que realizan movimientos de flexión-extensión y de pronosupinación: la articulación humerocubital troclear (ginglino) con 1° de libertad, la articulación humerorradial (elipsoide) con 2° de libertad y la articulación radiocubital proximal (trocoide) con 1° de libertad, que está integrada en el marco antebraquial. Los principales elementos de estabilidad son óseos (olécranon, apófisis coronoides, cabeza radial) y

■ Introducción

La artrosis del codo es mucho menos frecuente que sus homólogas en los miembros superiores. Esta artrosis,

ligamentarios (ligamentos colaterales radial y cubital). El grosor cartilaginoso en el codo es variable, predomina en la parte medial de la articulación y es menor que en la rodilla (1,27 mm en promedio frente a 1,90 mm para las zonas de cartilago más finas de la rodilla) [1].

La movilidad del codo es de 0° de extensión y de 140-150° de flexión. La pronosupinación es de 80-90°/80-90°. El sector de movilidad funcional que permite realizar la mayoría de los gestos de la vida diaria es de -30° de extensión, 130° de flexión, 50° de pronación y 50° de supinación [2]. Vasen et al [3] han estudiado el sector funcional mínimo permitido por compensaciones de las otras articulaciones, con limitación de la movilidad del codo con una férula ajustable. Según este autor, este sector funcional mínimo oscila de -75° de extensión a 120° de flexión.

Aunque el codo es una articulación que no está sometida a carga, las tensiones que se le aplican son importantes, pues la fuerza resultante generada en la articulación humerocubital puede ser de hasta 0,3-0,5 veces el peso del cuerpo durante la realización de actividades diarias [4] y puede llegar a 3 veces el peso del cuerpo en las articulaciones humerocubital y humerorradial en caso de actividad de fuerza [5].

■ Etiologías y epidemiología

Artrosis primaria del codo

La artrosis primaria del codo es infrecuente respecto a las otras localizaciones artrósicas y su frecuencia se estima en el 1-2% [6]. Su origen es multifactorial, pero suele identificarse un sobreuso del codo. Stanley ha estudiado a

1.000 personas que consultaron en traumatología y ha observado un 2% de artrosis del codo y una relación con el trabajo de fuerza [7]. Según Doherty y Preston [8], el 7% de 225 pacientes que consultaron por artrosis de una articulación de gran tamaño presentaban esta afectación del codo. En esta serie, el 71% de los varones también tenían una artrosis metacarpofalángica, sugestiva de una exposición a un trabajo manual intenso. La asociación se ha denominado síndrome metacarpiano de Missouri.

La utilización de instrumentos vibratorios aumenta su frecuencia de aparición [9]. Esta artrosis puede producirse en un contexto de enfermedad profesional en los trabajos susceptibles de provocarla: «vibraciones y choques transmitidos por ciertas herramientas mecánicas, herramientas y objetos (sujetados con la mano) y por los impactos reiterados del talón de la mano sobre elementos fijos». El promedio de edad de presentación es de 50 años, con extremos de 20 y 70 años, y existe un predominio masculino, con una proporción de 4:1 [7, 10]. El lado dominante se afecta más, con una bilateralidad más frecuente en los trabajadores de fuerza según la experiencia de los autores. Puede haber otras localizaciones asociadas en el marco de una poliartrosis [8]. Las lesiones cartilaginosas comienzan en la articulación humerorradial (Fig. 1) en «espejo» al nivel de la cabeza radial (primero en la parte postero-medial) y del cóndilo humeral (inicialmente en la cresta que lo separa de la tróclea) [11]. En cambio, la osteofitosis marginal es más precoz en la articulación humerocubital [12], primero en el borde medial de la cavidad sigmoidea mayor del cúbito, así como en los picos olecranianos y coronoideos, lo que provoca un conflicto con las fositas humerales correspondientes y una limitación progresiva

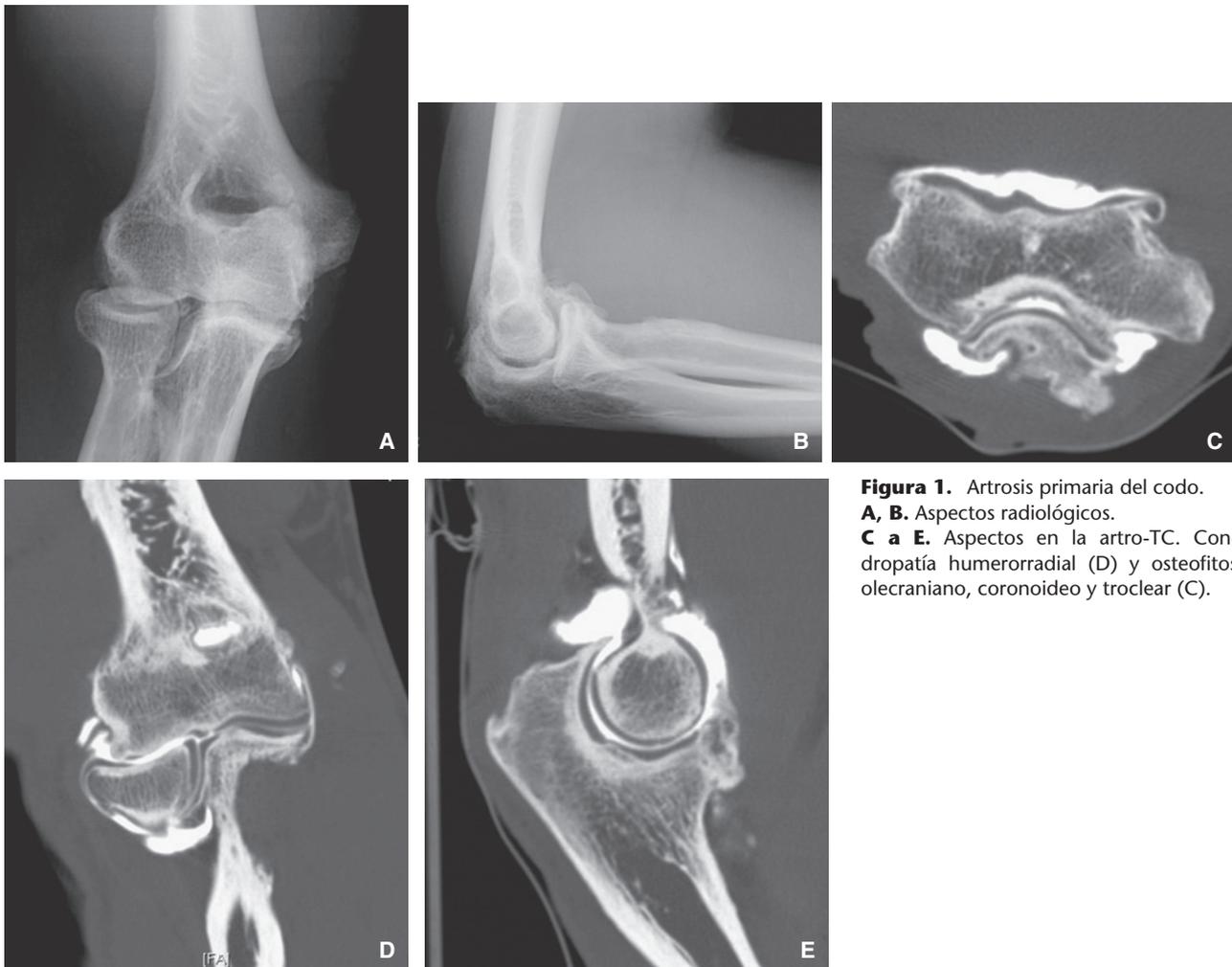


Figura 1. Artrosis primaria del codo. **A, B.** Aspectos radiológicos. **C a E.** Aspectos en la arto-TC. Condropatía humerorradial (D) y osteofitos olecraniano, coronoideo y troclear (C).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8737537>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8737537>

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