



## CASO CLÍNICO

# Artrodesis de codo posterior a cirugías reconstructivas de codo fallidas. Reporte de dos casos



Andrés Arismendi Montoya<sup>a,\*</sup>, Carlos O. Valderrama Molina<sup>b</sup>,  
Hernán D. Gallego Eusse<sup>c</sup> y Juan F. Ramírez Montoya<sup>d</sup>

<sup>a</sup> Ortopedista y Traumatólogo, Clínica de hombro y codo, Clínica del Campestre, Medellín, Colombia

<sup>b</sup> Ortopedista y Traumatólogo, Fellowship en traumatismos del aparato locomotor, Magister en ciencias clínicas. Jefe departamento de urgencias Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

<sup>c</sup> Ortopedista y Traumatólogo, Hospital Pablo Tobón Uribe, Clínica del Campestre, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia

<sup>d</sup> Ortopedista y Traumatólogo, Clínica CES, Instituto Colombiano del Dolor, Medellín, Colombia, Medellín, Colombia

Recibido el 29 de abril de 2014; aceptado el 23 de marzo de 2017

Disponible en Internet el 26 de abril de 2017

### PALABRAS CLAVE

Artrodesis de codo;  
Procedimiento de salvamento;  
Fusión de codo;  
Codo fallido

### KEYWORDS

Elbow arthrodesis;  
Salvage procedure;  
Elbow fusion;  
Failed elbow

**Resumen** La artrodesis de codo es utilizada como método de salvamento en casos de destrucción articular grave, donde no se puede utilizar la reconstrucción articular ni la artroplastia. El objetivo es lograr una fusión rígida en una posición óptima según las necesidades del paciente, que oscila entre 90 y 110°, la cual se puede lograr mediante técnicas como fijación externa, placas de compresión posteriores o anteriores, y tornillos de compresión. Presentamos el reporte de dos casos en los cuales se realizó artrodesis exitosa de codo con placas de compresión posteriores después de múltiples cirugías fallidas en el codo.

*Nivel de evidencia clínica:* Nivel IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Elbow arthrodesis following failed reconstructive surgeries. Report of two cases

**Abstract** Elbow arthrodesis is used as a salvage procedure in cases of massive elbow articular destruction for which neither reconstruction of articular surface nor arthroplasty are amenable. The main aim is to achieve a rigid fusion in an optimum position according to patient needs which oscillates between 90 and 110 degrees, and can be achieved with different techniques such as, external fixation, posterior or anterior compression plates, or compression screws.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mellizoster@gmail.com](mailto:mellizoster@gmail.com) (A. Arismendi Montoya).

Two cases are presented in whom successful elbow arthrodesis was achieved with posterior compression plates after numerous failed elbow surgeries.

Evidence level: IV.

© 2017 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

La artrodesis de codo se reserva como última opción en casos donde no existe ninguna otra posibilidad de reconstrucción articular. La meta definitiva de esta artrodesis es realizar un desbridamiento radical y conseguir una posición definitiva favorable del codo para obtener una estabilidad libre de dolor, especialmente en pacientes operados en múltiples ocasiones, acompañados de infección y destrucción articular postraumática<sup>1-5</sup>. Las indicaciones más aceptadas incluyen infecciones crónicas, lesiones traumáticas agudas e irreconstruibles del codo en el paciente joven, artrosis o inestabilidad postraumática en el paciente joven y artroplastias fallidas. Sin embargo, este procedimiento considerado de salvamento de la extremidad tiene una alta tasa de complicaciones y requiere frecuentemente procedimientos secundarios<sup>6</sup>. Los principales problemas no resueltos al considerar una artrodesis del codo se resumen en: técnica quirúrgica ideal para alcanzar una construcción estable con una fusión sólida; si existe una indicación clara o no para el uso de injerto óseo autólogo; qué ángulo de fusión debe utilizarse de acuerdo con las necesidades individuales de cada paciente, y si se debe realizar concomitantemente resección de la cabeza radial. Nuestro reporte de dos casos pretende ilustrar estos asuntos no resueltos basándonos en la bibliografía actualizada sobre el tema.

### Caso 1

Paciente de sexo femenino, de 30 años, diestra, con antecedente de tumor de células gigantes en húmero distal derecho. Inicialmente se realizó resección local del tumor y reconstrucción del codo con aloprótesis, que presentó infección temprana y requirió retirada de la prótesis y colocación de espaciador de cemento. Al cabo de 1 año se realizó nuevo intento de reconstrucción con endoprótesis en codo derecho, pero presentó recaída infecciosa temprana. Se retiró la endoprótesis y se aplicó espaciador de cemento, el cual tuvo que ser retirado por infección supurativa no controlada. Durante 7 años presentó recaídas infecciosas tratadas con antibióticos locales sin información sobre aislamientos. A los 9 años del procedimiento inicial se realiza curetaje óseo y toma de muestras para cultivos, de los cuales se obtiene aislamiento de *Staphylococcus aureus* sensible a oxacilina en húmero y cúbito. En la radiografía se identifica hueso escleroso con imágenes de secuestros y se define en conjunto con Infectología que no hay opción de tratamiento antibiótico si no se logra una erradicación de la infección (fig. 1).

Se realiza una artrodesis de codo con resección del hueso infectado y acortamiento agudo mediante abordaje pos-



**Figura 1** Defecto óseo ulnohumeral posterior a resección local de tumor en húmero distal derecho y múltiples intervenciones quirúrgicas. Proyección anteroposterior (A) y lateral (B) de codo derecho.

terior a través de las cicatrices previas. Se resecan los extremos óseos del húmero distal, el cúbito y el radio proximal hasta obtener hueso sangrante. Se fija en una posición de 80° y pronación de 60° con una placa bloqueada de 3,5 mm (Synthes), se realiza compresión interfragmentaria entre el cúbito y el húmero a través de la placa con un tornillo cortical de 3,5 y se termina la fijación con 4 tornillos bloqueados en húmero, 3 en el cúbito y se realiza un cierre convencional (fig. 2). Los cultivos de los remanentes óseos fueron negativos y el resultado de anatomía patológica descartó recaída tumoral. En la actualidad completa 13 meses de seguimiento clínico después de recibir durante 8 semanas antibiótico oral (trimetoprim-sulfametoxazol y rifampicina) sin evidencia clínica ni paraclínica de infección, sin dolor y con reintegro laboral. La paciente refiere estar satisfecha con el resultado funcional y estético.

### Caso 2

Paciente de sexo masculino, de 26 años, diestro e ingeniero mecánico. Antecedente de accidente de tránsito como conductor de motocicleta, donde sufrió luxofractura transolecraneana de codo izquierdo y fractura diafisaria de radio proximal. Se realizó osteosíntesis en otra ciudad con placa y pines, y se dejó inmovilizado durante 6 meses (fig. 3). Posteriormente consultó en nuestra institución con el codo

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803057>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803057>

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