

La ventana indiscreta Abordaje anterior de codo para el tratamiento de una deformidad plástica del cóndilo humeral

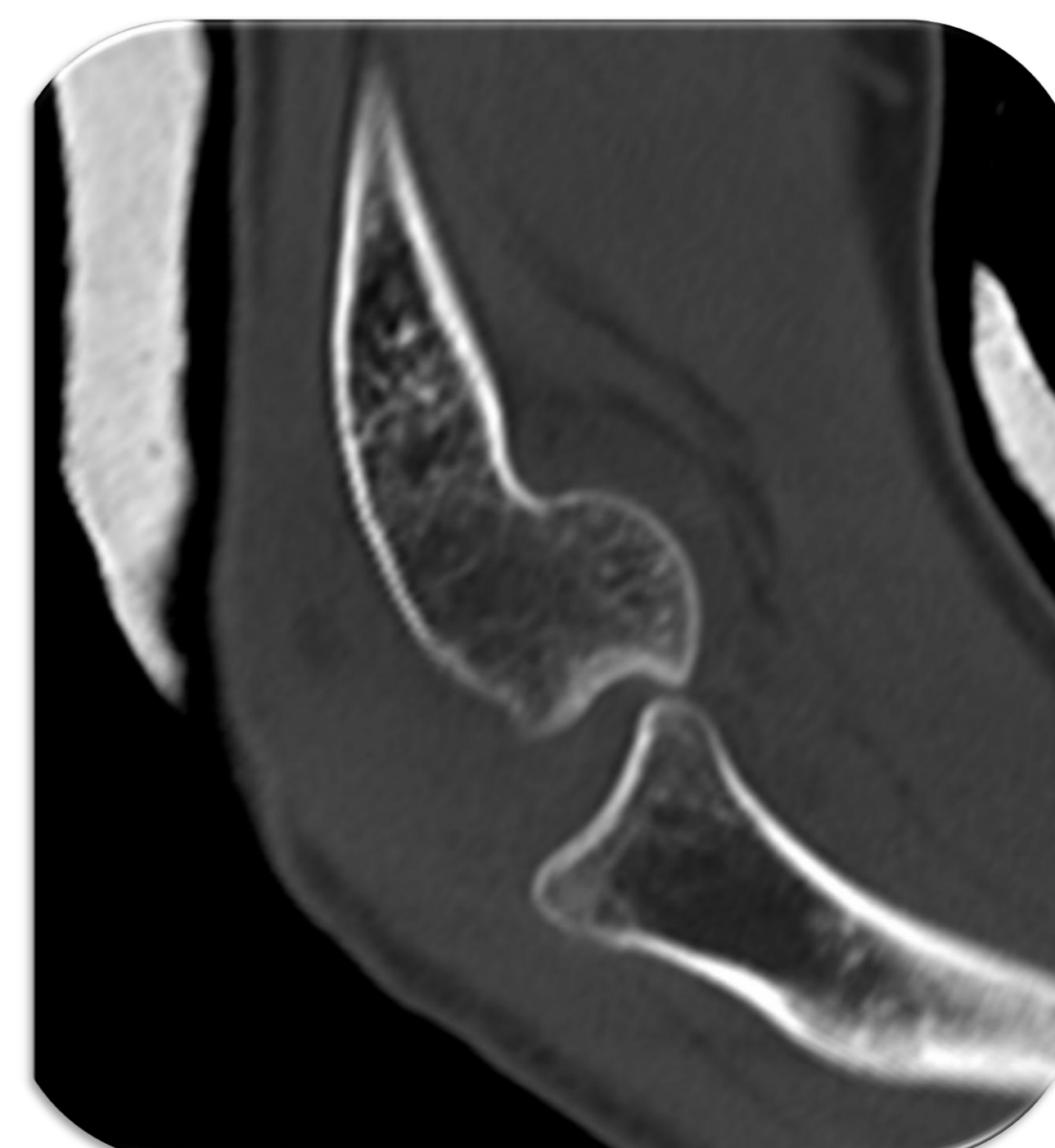
Cristina Suárez de Andrés, Jaime de la Esperanza Rubio, Ana Isabel de Cáceres Velasco, Ángel García Olea

OBJETIVOS

Se presenta el caso de una paciente de 14 años atendida en nuestro centro por dolor en el codo izquierdo tras caída con el brazo en semiextensión. En urgencias se realizó una radiografía en la que se observó una luxación de la cabeza radial. Dada la inestabilidad de la lesión se decidió realizar una reducción cerrada en quirófano bajo control de escopia.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

En quirófano se observó una inestabilidad de la cabeza radial con la flexión del codo. Se realizaron radiografías del codo sano como referencia y una Tomografía Computarizada (TC). Entre los hallazgos del TC, se objetivó una deformidad en flexión del cóndilo humeral con respecto a la diáfisis humeral y una lesión osteocondral que ejercía de fulcro al realizarse la flexión del codo, resultando en la luxación de la cabeza radial. Tras ser valorado el caso en sesión, se decidió realizar un tratamiento quirúrgico.



RESULTADOS

Se realizó un abordaje anterior del codo para exponer por completo el cóndilo humeral y cabeza radial. Se confirmó mediante visualización directa y escopia una deformidad plástica en flexión del cóndilo, lo que posicionaba la lesión osteocondral en el recorrido de la cabeza radial. Se realizó una osteotomía de extensión del cóndilo humeral. De esta forma la lesión osteocondral quedó en una región más inferior del cóndilo que no interfería en el balance articular del codo. Se sustentó el defecto cortical anterior con una cuña de fosfato tricálcico y se realizó una fijación con dos agujas de Kishner. Se confirmó la estabilidad de la cabeza radial en todo el rango de movimiento. Para prevenir las fuerzas deformantes, se inmovilizó el codo en una posición de semiextensión de 70º con una férula braquiopalmar. La paciente fue dada de alta al día siguiente sin dolor y ni complicaciones asociadas.



CONCLUSIÓN

El abordaje anterior del codo es menos usado para las lesiones de cabeza radial y cóndilo humeral por ser un abordaje internervioso con potencial riesgo de estructuras neurovasculares. Consideramos que en casos como el presentado, el abordaje anterior es una muy buena elección ya que permite una correcta visualización de la articulación y corrección de la lesión.