

Luxación posterior del codo con fracturas de la cabeza radial y del proceso coronoide

DR. DAVID RING, DR. JESSE B. JUPITER Y DR. JEFFREY ZILBERFARB

Investigación realizada en el Servicio de Mano y Extremidad Superior del Departamento de Cirugía Ortopédica del Massachusetts General Hospital, y en el Departamento de Cirugía Ortopédica de Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Massachusetts

Antecedentes: Debido a las dificultades que se presentan en el tratamiento de la luxación posterior del codo cuando se asocia con fracturas de la cabeza radial y del proceso coronoide de la ulna, se le ha dado el nombre de “la tríada terrible del codo”. Sin embargo, existen pocos informes publicados de esta lesión.

Métodos: Se evaluaron once pacientes con este patrón de lesión después de un mínimo de dos años. La fractura de la cabeza radial había sido reparada en cinco pacientes y dicha estructura había sido ressecada en cuatro pacientes. Ninguna de las fracturas del proceso coronoide había sido reparada, y el ligamento colateral lateral había sido reparado únicamente en tres pacientes. Los once pacientes regresaron para exámenes clínicos, evaluación funcional y toma de radiografías.

Resultados: Siete codos con férula se volvieron a luxar después de las maniobras de reducción. Cinco codos, inclusive los cuatro con resección de la cabeza radial, volvieron a luxarse después del tratamiento operatorio. Al momento de la consulta final de seguimiento, se consideró que el tratamiento inicial había fallado en tres pacientes. Uno de ellos desarrolló inestabilidad recurrente y se lo trató con una artroplastia total del codo después de múltiples operaciones no exitosas; otro tuvo artrosis severa e inestabilidad semejante a la artropatía neuropática; y un tercero tuvo contractura con flexión del codo y sinostosis radioulnar proximal que requirió cirugía reconstructiva. Los ocho pacientes restantes, que fueron evaluados en un promedio de siete años después de la lesión, tuvieron un promedio de movimiento ulnohumeral de 92° (rango de 40° a 130°) y de rotación del antebrazo de 126° (rango de 40° a 170°). El promedio del puntaje funcional de Broberg y Morrey fue de 76 puntos (rango de 34 a 98 puntos), con dos resultados clasificados como excelentes, dos buenos, tres regulares y uno deficiente. En general, el resultado del tratamiento se clasificó como insatisfactorio en siete de los once pacientes. Los cuatro pacientes con resultados satisfactorios habían conservado la cabeza radial, y dos fueron sometidos a reparación del ligamento lateral colateral. Siete de los diez pacientes que habían conservado el codo natural presentaban signos radiográficos de artrosis ulnohumeral avanzada.

Conclusiones: Las fracturas con luxaciones del codo que conllevan una fractura del proceso coronoide en adición a la fractura de la cabeza radial son muy inestables y propensas a numerosas complicaciones. Por lo tanto, la identificación de la fractura coronoide es importante y la tomografía computarizada deberá utilizarse en caso de duda. Con el tratamiento quirúrgico, el cirujano debe intentar la restauración de la estabilidad, proporcionando contacto del radio con la cabeza humeral (preservar la cabeza radial cuando sea posible, de otra manera reemplazarla con una prótesis), reparando el ligamento colateral lateral, y a lo mejor realizando la fijación interna de la fractura coronoide.

Deslocamento Posterior do Cotovelo com Fraturas da Cabeça Radial e Coronóide

POR DAVID RING, MD, JESSE B. JUPITER, MD

E JEFFREY ZILBERFARB, MD

Pesquisa realizada no Serviço de Atendimento da Mão e Extremidade Superior do Departamento de Cirurgia Ortopédica, Massachusetts General Hospital e no Departamento de Cirurgia Ortopédica, Beth Israel Deaconess Medical Center, Boston, Massachusetts

Histórico: O deslocamento posterior do cotovelo com fraturas associadas da cabeça radial e o processo coronóide da ulna tem sido mencionado como a “tríade terrível do cotovelo” devido às dificuldades encontradas no seu tratamento. Entretanto, existem poucos trabalhos publicados sobre essa lesão.

Métodos: Onze pacientes com esse padrão de lesão foram avaliados após o período mínimo de dois anos. A fratura da cabeça radial foi reparada em cinco pacientes, sendo que essa mesma estrutura foi ressecada em quatro. Nenhuma das fraturas do coronóide havia sido reparada e o ligamento colateral lateral havia sido reparado em somente três pacientes. Todos os pacientes retornaram para o exame clínico, avaliação funcional e radiografias.

Resultados: Sete cotovelos sofreram novo deslocamento estando em tala após a redução por manipulação. Cinco, incluindo os quatro tratados com ressecção da cabeça radial, sofreram novo deslocamento após a intervenção cirúrgica. Na época do acompanhamento final, os resultados correspondentes a três pacientes foram considerados como fracassados no tratamento inicial. Um deles apresentou instabilidade recorrente, que foi tratada com uma artroplastia total do cotovelo após várias operações sem sucesso; outro apresentou artrose grave e instabilidade semelhante a artropatia neuropática. Outro, finalmente, apresentou contratura de flexão do cotovelo e sinostose radioulnar proximal que exigiu cirurgia reconstructiva. Os oito pacientes restantes, que foram avaliados em média sete anos após a lesão, tiveram uma média de 92° (faixa de 40° a 130°) de movimento ulnohumeral e 126° (faixa de 40° a 170°) de rotação do antebraço. A média do índice funcional de Broberg e Morrey foi de 76 pontos (faixa de 34 a 98 pontos), com dois resultados classificados como excelentes, dois classificados como bons, três classificados como satisfatórios e um classificado como insatisfatório. No geral, o resultado do tratamento foi classificado como insatisfatório em sete dos onze pacientes. Os quatro pacientes com resultado satisfatório retiveram a cabeça radial e dois foram submetidos a reparo do ligamento colateral lateral. Sete dos dez pacientes que retiveram o cotovelo original exibiram sinais radiográficos de artrose ulnohumeral avançada.

Conclusões: Os deslocamentos com fratura do cotovelo que envolvem fratura do processo coronóide e da cabeça radial são muito instáveis e sujeitos a numerosas complicações. A identificação da fratura do coronóide é, portanto, importante. Deve-se utilizar tomografia computadorizada se houver incerteza. Com o tratamento cirúrgico, o cirurgião deve tentar restaurar a estabilidade fornecendo contato radiocapitelar (preservando a cabeça radial quando possível e substituindo-a por uma prótese caso contrário), reparando o ligamento colateral lateral e talvez realizando a fixação interna da fratura do coronóide.