

INFORME DE CASO

Luxación aislada de radio. Presentación de un caso

Dr. Ángel Verdecia González¹, Dr. Rubén García Luque², Dr. Javier Falcón Alcántara³

¹ Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

² Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

³ Especialista de I Grado en Ortopedia y Traumatología. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Se realiza un estudio de caso, donde se presenta una intervención quirúrgica realizada a una paciente de 7 años de edad con antecedentes aparentes de salud y de haber sufrido lesión traumática no precisada del codo derecho dos meses anterior al diagnóstico, que conlleva a una disminución de la flexión aguda del codo, luego de realizar examen físico y estudios radiográficos se arriba al diagnóstico de luxación anterior aislada de la cabeza radial derecha que por su frecuencia rara es motivo de exposición en este estudio donde se explica el tipo de intervención llevada a cabo así como su resultado final.

Palabras clave: traumatismos del codo, luxación dedo codo

INTRODUCCIÓN

Las luxaciones aisladas del radio son raras. Las mismas suelen producirse junto con fracturas de cúbito, sin embargo debido a la plasticidad del hueso en el niño, es posible observar una luxación aislada del radio ya sea anterior, posterior o lateral sin fractura de cúbito. Aún así el diagnóstico de estas con fractura del cúbito es difícil. Varios autores describen un retraso en el diagnóstico ya sea de una semana, hasta 18 meses, lo que conduce al aumento en el número de pacientes que requieren tratamiento quirúrgico y por ende empobrece así los resultados del tratamiento.¹⁻³

Lincoln y Mubarak en un estudio sobre luxaciones traumáticas de cabeza radial con fracturas o sin estas del cúbito ponen en duda la existencia de luxaciones traumáticas aisladas de las mismas.¹⁻⁶ Con la utilización del signo del arco cubital encontraron lesiones en cúbito en 5 pacientes. (Figura 1).^{1,3}

Tras la reducción cerrada de una luxación anterior el antebrazo debe de permanecer en flexión de 90° y en supinación al contrario de la posterior que debe de permanecer en pronación.

La reducción abierta solo está justificada cuando la luxación persiste durante más de tres semanas, si no ha tenido éxito la manipulación cerrada.

En este estudio se realiza un abordaje de Boyd para el codo con reparación del ligamento anular mediante la técnica de Bell Tawse. (Figuras 2 y 3).¹⁻³

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 7 años de edad con antecedentes de salud aparente, sexo femenino que después de haber sufrido caída aproximadamente 2 meses tiene dificultad para la movilidad especialmente para la flexión aguda del codo derecho.

Se le realiza un examen regional de la articulación donde se palpa anteriormente la cabeza radial, la cual resulta dolorosa a la palpación, no atrofia muscular, no signos de irritación neurológica cubital del nervio mediano ni radial que por la cercanía de su trayecto por el codo pudieran haber sido afectados; solo arroja el examen físico una flexión aguda limitada del codo afecto y se palpa anteriormente la cabeza radial; se realiza examen de la articulación del codo contralateral la cual se encuentra normal.

Se realiza estudios radiológicos de la articulación del codo derecho vista AP y Lateral donde se corrobora el diagnóstico clínico presuntivo de luxación aislada anterior de codo, se les realizan estudios a la articulación del codo izquierdo siendo esta normal, los exámenes preoperatorios todos dentro de límites normales y se decide intervenir quirúrgicamente.

DISCUSIÓN DEL CASO

Aunque las luxaciones aisladas de la cabeza radial son raras, estas suelen producirse junto a fracturas del cúbito; pero debido a la plasticidad del hueso en los niños suele producirse una luxación anterior aislada de la cabeza radial incluso posterior ó lateral sin fracturas del cúbito.¹⁻⁴ Se pensó en un Monteggia (fractura del cúbito con luxación anterior del radio) cuya posibilidad estuvo descartada ya que no tenía incurvación plástica del cúbito sin trazo de fractura, ni callo óseo.¹ (Figura 4). Se discute en colectivo y se arriba al diagnóstico de luxación aislada de la cabeza radial.¹⁻³

Blount señala que las luxaciones de codo presuponen el 6 % de los traumatismos en el niño; por consecuencia la frecuencia de la luxación anterior del radio es mucho menor.

Se descarta una luxación posterior de codo ya que no existe al examen físico bloqueo articular de la articulación y las radiografías muestran buena congruencia articular del húmero distal con el olecranon del cúbito, también se pudo descartar una luxación lateral o medial de la cabeza radial ya que el examen físico y los estudios radiológicos no mostraron signos de desplazamiento en ese sentido de la cabeza radial.

Luego de discutir la posibilidad de una luxación anterior congénita se descarta, ya que solo se recoge información de la limitación a la flexión y pronosupinación del codo después de sucedido el episodio traumático.

El tratamiento de la luxación crónica de cabeza radial es muy controversial y las opiniones difieren de manera muy extensa. Algunos autores sugieren mantener la cabeza radial luxada; pues pregonan que la cirugía puede ocasionar más problemas, como limitación funcional^{4,5}, otros autores prefieren una osteotomía angular en la parte proximal del cúbito generalmente una cuña abierta para así alargar el mismo, otros prefieren realizar osteotomía de rotación en radio, otros optan por el acortamiento radial, alargamiento de bíceps braquial, algunos la reducción abierta con reconstrucción del ligamento anular que es la técnica que más gana adeptos usando fascias o tendones de diversos orígenes: fascia del brazo, una tira de fascia del extensor superficial del antebrazo, palmar mayor, la parte central del tendón del tríceps siguiendo la técnica de Bell-Tawse o la que propone Seel, Capellino y Lloyd Roberts en tomar una tira lateral de dicho tendón. Este último introdujo el uso de clavillos de Kirchner para mantener alineada la cabeza radial con el capitelio humeral; en el presente caso se usó esta técnica pero sin el uso de clavillos.

La historia natural de la luxación crónica de cabeza radial no parece ser tan benigna, pues se asocia con restricción del movimiento, deformidad, alteraciones en la función: inestabilidad, dolor, neuropatía, artritis degenerativa y luxación crónica de la articulación radiocubital distal.⁸⁻¹⁰ LLoyd-Roberts además agregan que existe limitación a la flexión del codo, con una deformidad en valgo. Por lo que muchos cirujanos aconsejan la reducción abierta de la cabeza radial aunque hayan transcurridos varios años.

Luego de los estudios radiográficos indicados de codo AP y Lateral, se decide llevar a cabo la intervención quirúrgica, se decide realizar abordaje de Boyd para el codo que recorre todo el borde lateral del tríceps hasta los dos tercios proximales del cúbito en su borde lateral liberando el ancóneo y supinador corto, diseccionando la cápsula articular encontrándose luxado anteriormente el radio, luego de un extenso desbridamiento se logra reducir la luxación, se toma una tira lateral del tríceps de 8 cm aproximadamente colocándose alrededor del cuello y suturándose sobre sí misma, luego se cierra por planos, inmovilizando con yeso en supinación de antebrazo (Figuras 2 y 3), se sigue por consulta de Ortopedia.

A los 4 meses de operada es dada de alta por consulta el paciente, al tener una movilidad adecuada del codo sobre todo a flexión y reducción anatómica de la luxación incorporándose a sus actividades diarias con un codo normal (Figura 5).

RECOMENDACIONES

Realizar estudios radiográficos de codo y muñeca a todo paciente que haya sufrido lesiones traumáticas del codo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Campbell. Luxación aislada de la cabeza radial. En: Cirugía Ortopédica. VII. 10ªed. Memphis Tennessee.: S. Canale Mosby; 2010. p. 1410-1415.
2. Campbell. Luxaciones agudas de codo. En: Cirugía Ortopédica. VII. 10ªed. Memphis Tennessee: S. Canale Mosby; 2010. p.3184.
3. Campbell. Luxación anterior de la cabeza del radio En: Cirugía Ortopédica. VII. 10ªed. Memphis Tennessee: S. Canale Mosby; 2010. p.3215.
4. Bucholz RW, Heckman JM. Rockwood & Greens. Fractura-luxación de Monteggia. Fracturas en el niño. VI. 5ªed. Dallas Texas: Mosby; 2010. p.530-559.

5. Kim HT, Conjares JNV, Suh JT, Yoo, Ch. Chronic head dislocation in children, part 1: changes preventing stable reduction and surgical correction. J Pediatric Orthop. 2006; 22(5):683-89.
6. De Boek H. Treatment of chronic isolated radial head dislocation in children. Clin Orthop Rel Res. 2005; 380: 415-30.
7. Wang MN, Chang WN. Chronic postraumatic anterior dislocation of the radial head in children. J Orthop Trauma. 2006; 20(1):1-5.
8. Goldenber GR. Closed Manipulation for the Reduction of Fractures of the Neck of the Radius in Children. Journ Bone Joint Surg. 1945; 27: 722.
9. Key JA. Survival of the Head of the Radius in a Child after Removal and Replacement. Journ Bone Joint Surg. 1946; 28: 148.
10. Kim HT, Park GT. Chronic radial head dislocation in children Part 2: Results of open treatment and factors affecting final outcome. J Pediatric Orthop. 2006; 22:399-408.

Recibido: 7 de Abril de 2011

Aprobado: 20 de Junio de 2011

Dr. Ángel Verdecia González. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. Email: angelo@infosol.gtm.sld.cu

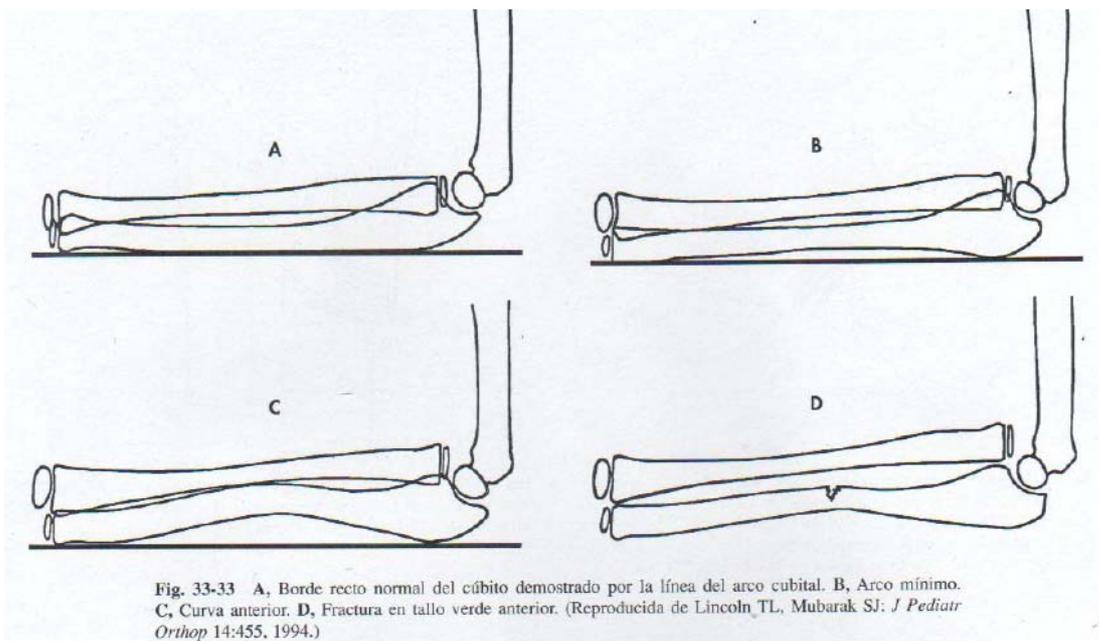


Figura 1. Línea de arco cubital.

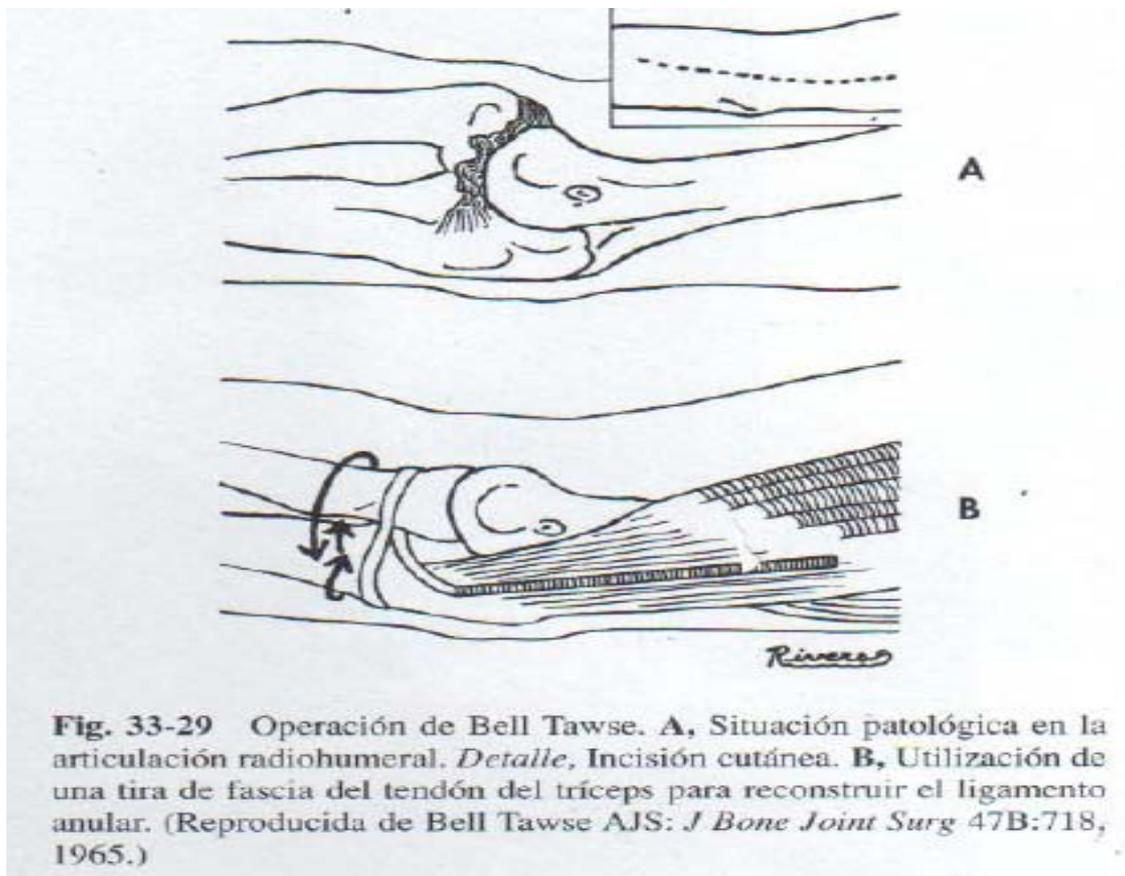




Figura 3. Tira del tríceps que se toma como ligamento anular sobre el cuello de la radio descrita en la técnica de Bell Tawse.



Figura 4. Luxación anterior de la cabeza radial en imagen lateral, se aprecia intacta y recta la diáfisis del cúbito.



Figura 5. Imagen a los 3 meses de operada, se observa reducción de la cabeza radial.