

INESTABILIDAD MUTIDIRECCIONAL SEVERA DE CODO: RECONSTRUCCIÓN CIRCUNFERENCIAL CON AUTOINJERTO DE SEMITENDINOSO Y RECTO INTERNO.

DRA. SARA SÁNCHEZ LÓPEZ. 1; DR. JUAN AVELLANEDA GUIRAO. 1; DR. DANIEL SÁNCHEZ MARTÍNEZ. 2;

1.
2.

HGU. Rafael Méndez, Lorca, Murcia
HGU. Santa Lucía, Cartagena, Murcia

INTRODUCCIÓN

El concepto de inestabilidad compleja de codo es reciente. Las publicaciones que establecen el tratamiento han sido escasas hasta la última década. Su tratamiento requiere conocer el patrón de inestabilidad e identificar lesiones subyacentes.

OBJETIVOS

Se presenta un caso de inestabilidad compleja tratado mediante reconstrucción circunferencial con autoinjerto de semitendinoso y recto interno describiendo la técnica quirúrgica y tratamiento postoperatorio. Además se revisa la evidencia científica respecto a esta patología, analizando exploración física para el correcto diagnóstico y clasificación y las opciones quirúrgicas según tipo de inestabilidad.

MATERIAL Y MÉTODO

Varón de 57 años con luxación postraumática de codo reducida e inmovilizada en urgencias un mes antes de la consulta. Refería crujidos y dolor con gestos cotidianos y balance articular completo. En radiografía se apreciaba dudosa imagen de calcificación de ligamentos colaterales mediales. Tras un mes de rehabilitación presentaba pivot sift lateral positivo e inestabilidad en valgo, diagnosticándose de inestabilidad rotatoria posterolateral y compleja de codo (multidireccional).Se intervino mediante doble abordaje lateral y medial y obtención de autoinjerto de tendones isquiotibiales. Se realizó plastia de ligamento colateral lateral con injerto de gracilis fijado mediante Swivelock 4,75 mm proximal y 3,5 mm distal con túnel ciego. Posteriormente se reconstruyó el complejo ligamentoso medial utilizando semitendinoso fijado distalmente con Swivelock 4,5 mm y proximalmente mediante túnel transfixiante y Swivelock 4,75 mm.Se realizó aumentación mediante Fibertape y refuerzo con los ligamentos nativos elongados.

RESULTADOS

En el postoperatorio inmediato presentaba parestesias en territorio cubital sin alteración motora. Se inmovilizó con cabestrillo 3 semanas y posteriormente con BRACE graduable. A los 3 meses no refería dolor ni parestesias. Presentaba movilización activa completa sin signos de inestabilidad.

CONCLUSIONES

La inestabilidad compleja es secundaria a un mecanismo rotatorio posterolateral mayoritariamente y la lesión primordial es del complejo ligamentoso lateral. Se clasifican en:Inestabilidad rotatoria posteroexterna aislada(realizaremos reconstrucción lateral);apertura anormal asociada medial(injerto circunferencial que reconstruya ligamentos colateral medial y ligamento colateral cubital lateral)e inestabilidad rotatoria posteroexterna con artritis asociada. Si no es posible la reparación precisamos realizar injerto ligamentoso, pudiéndose utilizar tendón del palmar mayor, del *plantaris*, extensor del 4º dedo, semitendinoso dividido longitudinalmente, bandeleta de tríceps o aloinjerto.

