

Inestabilidad rotacional posterolateral de codo: plastia reconstructiva de ligamento colateral cubital mediante injerto de delgadito plantar

María Mancho Sagüés, Alex Etxezarreta, Iker Ayestarán, Ester Rodríguez García, Federico Serván Alcántara

INTRODUCCIÓN

El objetivo es describir a través de un caso clínico la inestabilidad rotacional posterolateral de codo (IRPL) así como la técnica quirúrgica de reconstrucción de ligamento colateral cubital (LCC).



MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 40 años que 20 años atrás presenta caída con apoyo de mano y sensación de deformidad a nivel de codo que se reduce espontáneamente. Refiere desde entonces sensación de subluxación dolorosa a la extensión del codo.

A la EF se objetiva balance articular completo, hiperextensión por laxitud y bostezo leve en valgo. Las pruebas complementarias muestran aumento del espacio articular condilorradiar y signos de condropatía capitelar.

Bajo la sospecha de inestabilidad rotacional posterolateral de codo, se realiza test de IRPL bajo sedación, comprobándose subluxación del codo en extensión-supinación-valgo-compresión axial y reducción del mismo en flexión.

Se procedió a la reconstrucción ligamentaria de LCC mediante plastia con injerto de banco (delgadito plantar):

1. Abordaje lateral longitudinal de codo izquierdo centrado en articulación condilorradiar
2. Acceso entre cubital posterior y ancóneo a la cápsula articular, paleta humeral y cúbito proximal
3. Capsulotomía y exposición articular
4. Labrado de túnel en superficie cubital mediante brocas progresivas hasta 3mm
5. Localización de punto de isometría en centro de cóndilo humeral y labrado de doble túnel hacia anterior y posterior
6. Preparación de injerto tendinoso de delgadito plantar mediante sutura doble Krackow
7. Introducción de la plastia por túneles y tensado con posición del codo en flexión 45º y pronación completa, realizándose sutura sobre sí misma. La longitud del injerto tendinoso permite la realización de una doble plastia (de ida y vuelta)
9. Inmovilización con férula en 90º de flexión y pronación.

RESULTADOS

A los 6 meses postoperatorios la paciente se encuentra asintomática, con movilidad completa y reintegrada en actividad laboral y deportiva.

CONCLUSIONES

La IRPL del codo fue descrita en 1991 por O' Driscoll. Se origina tras caídas con el codo en hiperextensión, produciéndose una rotación del antebrazo sobre el húmero en dirección externa que condiciona la lesión de partes blandas del codo de manera progresiva y circular desde medial a lateral. La cirugía está indicada en los casos que progresen hacia la inestabilidad crónica.