

TRIADA MUY TERRIBLE DE CODO: ASOCIACIÓN CON SÍNDROME COMPARTIMENTAL + LESIÓN DEL NERVIO RADIAL IATRÓGENA + INFECCIÓN OSTEOARTICULAR.

Álvarez Soler, B; García Cristóbal, E; Albareda Albareda, J; Redondo Trasobares, B; Ballesteros Betancourt, J R.

INTRODUCCIÓN

La triada terrible de codo es una lesión que se convierte en un reto para el cirujano con resultados incapacitantes hasta el 30% de los casos, por dolor y rigidez articular. Presentamos el caso de un paciente que además de una grave lesión osteoligamentosa del codo presentó una serie de complicaciones graves que empeoraron aún más el resultado.

CASO CLÍNICO

Paciente de 51 años con cirrosis hepática origen enólico, que tras caída casual acude a Urgencias por dolor intenso en el codo izquierdo. Presenta una fractura-luxación del codo (Figura 1) y un síndrome compartimental del antebrazo. Se interviene de urgencia, realizándose una fijación con un fijador externo (FE) tipo Hoffmann 2 (Figura 2) y fasciotomías del antebrazo. En el postoperatorio se objetiva una parálisis radial alta. Tras retirar el FE, (uno de los pines transfixiaba el nervio radial en el brazo) se implanta una prótesis de cabeza de radio Anatómica-Acumed (Figura 3) y se reinserta el ligamento colateral externo mediante un arpón. Tras presentar infección osteoarticular aguda por *E. cloacae* (Figura 4) se retira la prótesis, se coloca un espaciador de cemento (Figura 5) + férula de yeso. Dada la inestabilidad en el codo, 3 semanas más tarde se implanta un FE de codo articulado Galaxy-Orthofix. (Figura 6)



Figura 1. Rx lateral inicial con fractura luxación de cabeza de radio

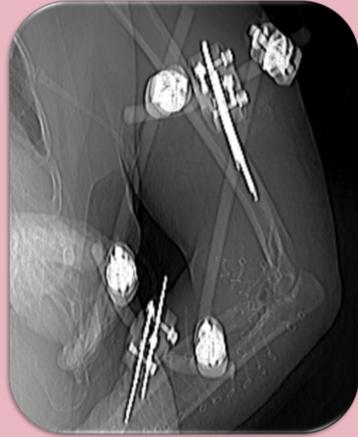


Figura 2. Rx lateral tras colocación de FE de urgencia



Figura 3. Rx lateral de codo tras colocación de prótesis de cabeza de radio



Figura 4. Infección aguda tras colocación de prótesis de cabeza de radio



Figura 7. Paciente con extensión de -60°



Figura 8. Paciente con flexión de 130°



Figura 5. Rx lateral de codo tras colocación de espaciador de cemento



Figura 6. Rx lateral tras colocación FE tras espaciador de cemento

RESULTADOS

A los 3 meses se retira el fijador externo por infección de los pines nivel del brazo y antebrazo y de manera consensuada con el paciente se decide no reintervenir para colocación de prótesis definitiva dado el alto riesgo de infección profunda y el contexto del paciente. A los 6 meses el paciente extiende el codo -60°, flexiona 130° y pronosupina 45°/30° (Figura 7-8). Ha recuperado la función del nervio radial con fuerza 4/5. En el TAC de codo se aprecian signos degenerativos y se descarta nueva intervención quirúrgica. Se ha indicado el uso de una órtesis articulada durante el día que el paciente tolera.

CONCLUSIONES

La triada terrible del codo es una grave lesión, con una gran potencial incapacitante, que continúa siendo un desafío para el cirujano. Pero además pueden aparecer diversas complicaciones durante el postoperatorio que pueden complicar aún más la evolución, hemos de estar alerta para diagnosticarlas y tratarlas adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Broberg MA, Morrey BF. Results of treatment of fracture-dislocations of the elbow. Clin Orthop Relat Res 1987; 216: 109-19.
2. Ohly NE, Murray IR, Keating JF, Pugh DM, McKee MD. The "terrible triad" of the elbow. Tech Hand Up Extreme Surge 2002;6:21-9.
3. Muñoz-Mahamud E, Estrada JA, Ballesteros JR, Combalia A, Fernández-Valencia JA. Long-term functional outcomes of the terrible triad of the elbow. IJAIR 2018;5(1) 8-13.
4. Leigh WB, Ball CM. Radial head reconstruction versus replacement in the treatment of terrible triad injuries of the elbow. J Shoulder Elbow Surg 2012;21:1336-41.