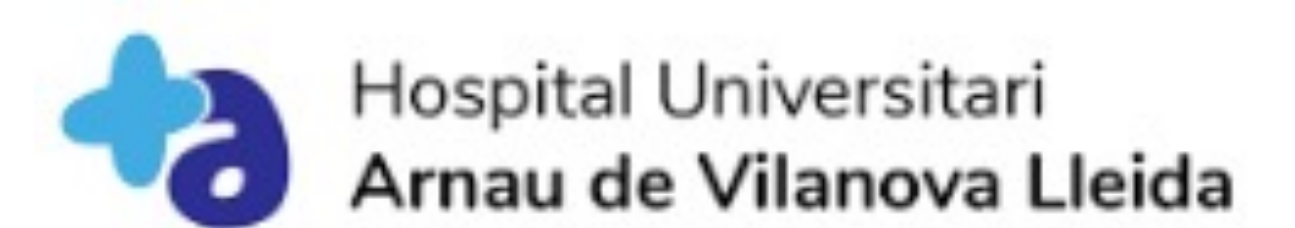


# SALVAMENTO DE UNA TRIADA DE CODO FALLIDA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: JACOB GONZÁLEZ SÁNCHEZ, AMER MUSTAFA GONDOLBEU, CÉSAR ADOLFO SALAMANCA  
ONTIVEROS, PILAR SEÑOR REVUELTO, FEDERICO GARCIA DE LUIS

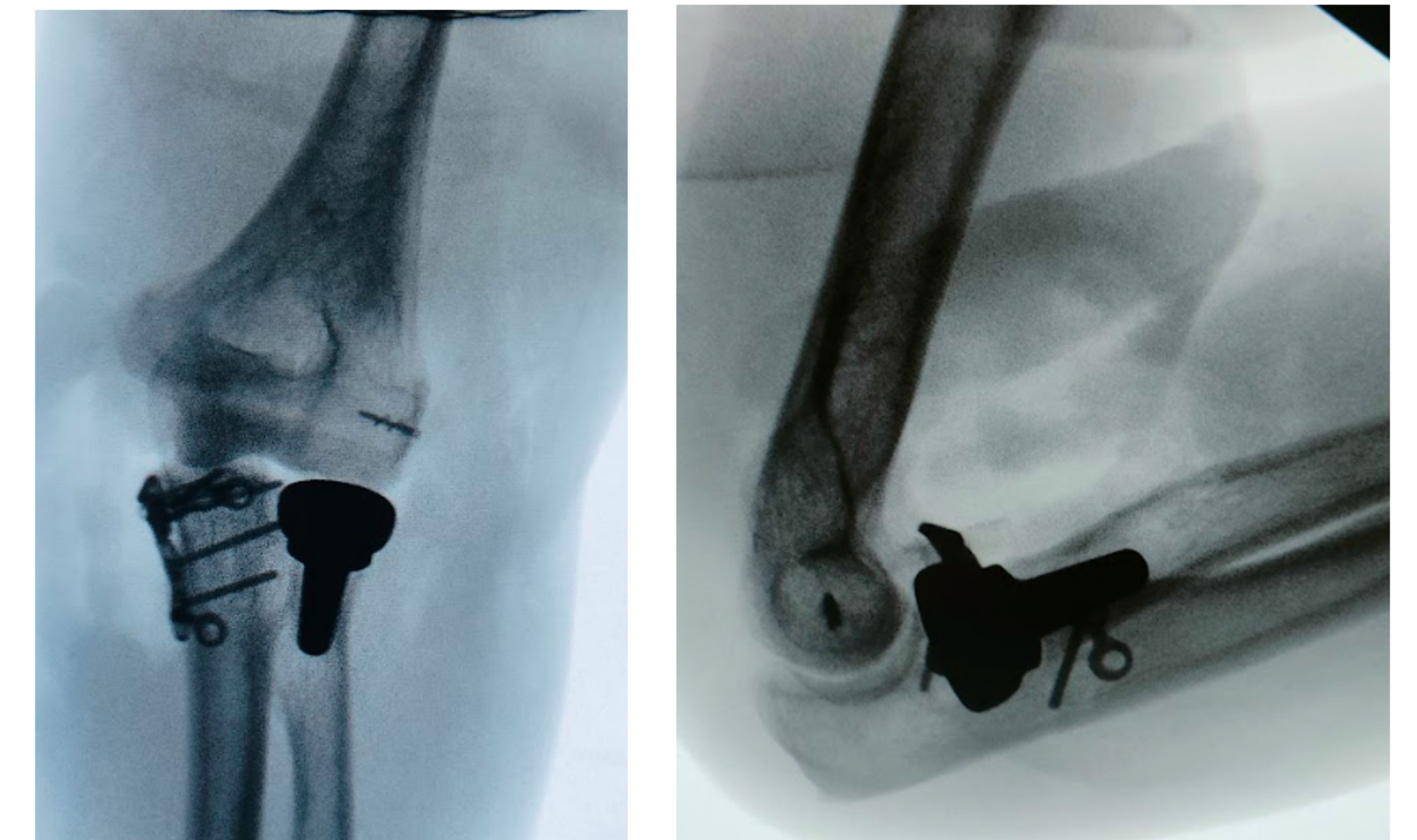


## INTRODUCCIÓN

La “triada terrible” de codo es la suma de una luxación del codo, fractura de la cabeza del radio y de apófisis coronoides. Es importante conocer la anatomía funcional del codo, así como sus estabilizadores primarios y secundarios, porque permiten comprender la fisiopatología de las lesiones y como enfrentarse a ellas, pero, individualizar según cada paciente, también es importante.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 75 años visitada en urgencias en octubre de 2022 por una caída. Presenta una triada terrible de codo izquierdo. Se reduce, se inmoviliza y se realiza una artroplastia de cabeza de radio con sutura de ligamento colateral lateral mediante arpón de 3.5 y sutura cruzada por un abordaje de Kocher. Posteriormente se realiza un abordaje medial de Hotchkiss donde se realiza una osteosíntesis de coronoides mediante una placa específica para ello.

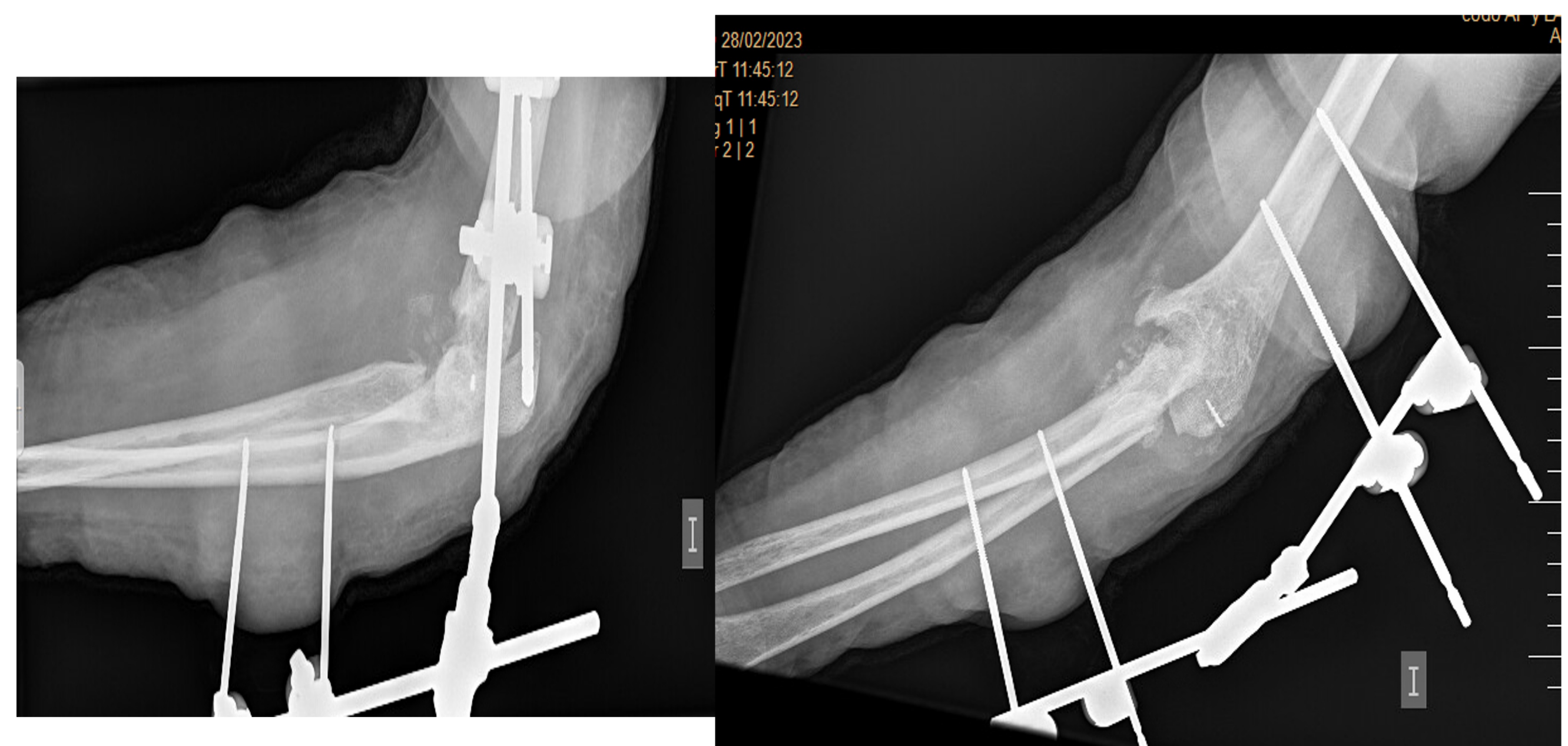
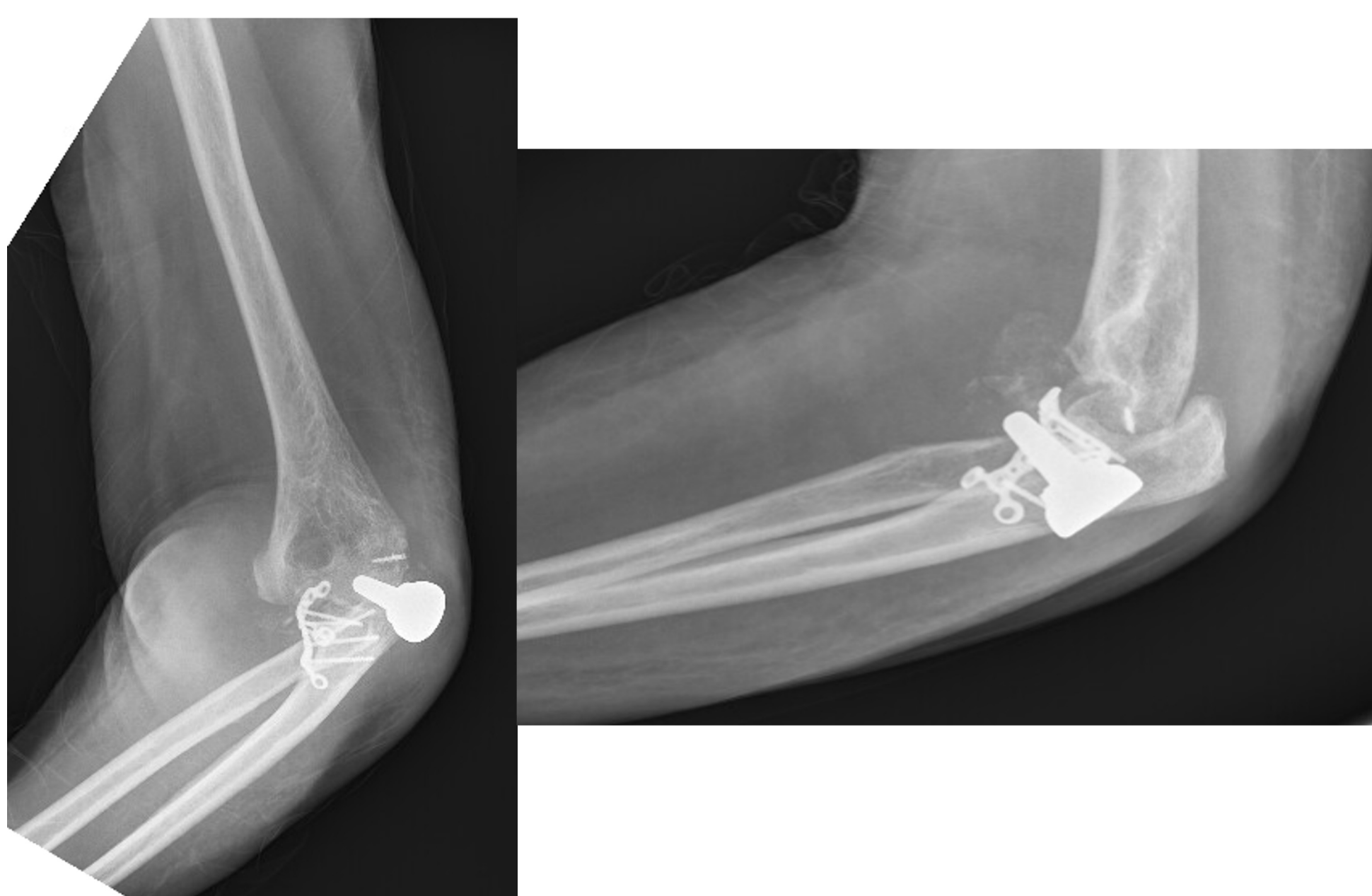


## RESULTADOS

Tras 3 semanas de inmovilización con férula de yeso, se retira para iniciar ejercicios de movilización asistidos. A las 6 semanas, se objetiva en la radiografía una luxación del codo con expulsión de la prótesis de cabeza de radio. La paciente refiere haber estado utilizando andador desde el primer momento, a pesar de las indicaciones médicas y fisioterapia. Niega alguna caída.

Se plantean varias opciones terapéuticas, entre ellas la retirada del material de osteosíntesis y realizar una artroplastia total de codo en un acto quirúrgico, pero finalmente, dadas las características de la paciente, se realiza una retirada de todo el material y se aprecia un gran defecto óseo a nivel de troclea humeral y se realiza una osteotaxis mediante fijador articulado tipo DJD de codo izquierdo. Se recogen cultivos que son negativos. En el control radiográfico se observa una subluxación anterior, debido al defecto de la troclea y de la coronoides.

Se retira el fijador a las 6 semanas por intolerancia de un pin humeral, objetivándose una neoarticulación de codo estable, se mantiene la neoarticulación a nivel radiográfico con una pronosupinación completa, y una flexo-extensión de 130/-5, además de una pequeña inestabilidad en varo.



## CONCLUSIÓN

Conocer la anatomía funcional, así como los estabilizadores del codo es de gran ayuda, pero también saber individualizar según las características de cada paciente.



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA