

ARTROPLASTIA DE INTERPOSICIÓN DE CODO CON ALOINJERTO DE TENDÓN DE AQUILES. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

MIR González Granados – Dra Fuentes Sanz- Dr García de Lucas
Unidad de Miembro Superior, Hospital FREMAP Majadahonda



www.secot.es

VALLADOLID

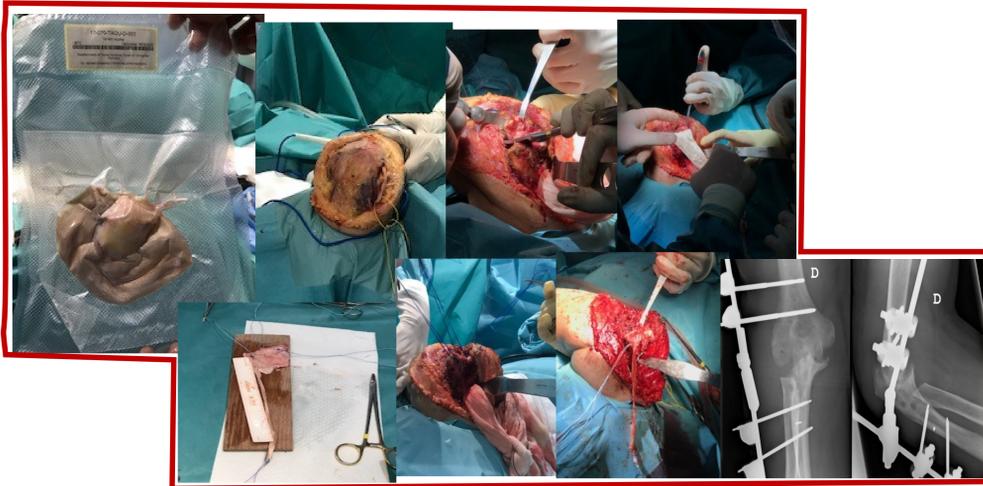
secot
SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA

INTRODUCCION

La panartrosis de codo en pacientes jóvenes, con la consecuente limitación funcional, constituye un reto terapéutico ya que existen pocos tratamientos que mejoren el dolor y al mismo tiempo respondan a las demandas funcionales de un paciente laboralmente activo. Presentamos el caso de un paciente con panartrosis de codo de causa postraumática que tratamos con una artroplastia de interposición con tendón de Aquiles.

METODO Y RESULTADOS

El objetivo del tratamiento consiste en estabilizar, distraer y permitir la movilidad de forma protegida. El tendón de Aquiles es el más usado pero también hay otros materiales como: Fascia lata, Injerto cutáneo, AlloDerm®, Colágeno bovino, Gelfoam® o Silicona. A través de un abordaje posterior, expusimos y preparamos las superficies articulares, extrajimos el resto de cabeza de radio y preparamos 3 túneles transóseos humerales para fijación de la plastia. Se prepara la plastia con una prolongación para la reconstrucción del ligamento colateral radial. Se fija la plastia y se reduce la articulación y se comprueba la movilidad. Finalmente se coloca un fijador externo tipo DJD.



Iniciamos rehabilitación precoz con movilización pasiva al 2do día y movilización activa ambulatoria, con retirada de FE a las 4 semanas y mantenimiento de la RHB por 12 semanas mas. El paciente presentó completo alivio del dolor desde la 2da semana PO, aunque los balances articulares no se modificaron significativamente incluso después de concluir la RHB. El paciente se mostró satisfecho con los resultados y quería intentar la reinserción laboral.



CONCLUSIONES

- Es una técnica a considerar en pacientes jóvenes con panartritis severa
- Cirugía anatómica
- Puede realizarse previo a una artroplastia de codo sin representar desventaja alguna sobre dicha cirugía.
- Existen pocas series bibliográficas al respecto, pero todas concuerdan en la mejoría importante del dolor.
- Es importante manejar las expectativas del paciente
- No es un tratamiento definitivo

BIBLIOGRAFÍA

- Campbell's Operative Orthopaedics, Twelfth edition. S. Terry; James H. ELSEVIER, Mosby. 2013.
The Elbow and It's Disorders, Fifth edition. B. Morrey; J. Sanchez-Sotelo; M. Morrey. ELSEVIER. 2017.
Elbow Interposition Arthroplasty. D. Chen; D. Forsh; M. Hausman. Department of Orthopaedic Surgery, Mount Sinai Scholl of Medicine. New York, USA. 2011.
Past and Present of Interposition arthroplasties for joint repair with special tribute to contribution by Vittorio Putti. N. Aldini; A. Angelini; S. Pagani; R. Bevoni; M. Girolami; M. Fini. European Society of Sports Traumatology. ESSKA. 2014.
Posttraumatic Elbow Arthritis in the Young Adult: Evaluation and Management. B. Sears; G. Puakas; M. Morrey; J. Sanchez-Sotelo; B. Morrey. St. Anthony's North Hospital. University Hospital of Zurich. Mayo Clinic. American Academy of Orthopaedic Surgeons. 2012.
Elbow interposition arthroplasty in children and adolescents: long-term follow-up. F. Fernandez-Palazzi; J. Rodriguez; G. Oliver. Pediatric and Neuro-orthopedic Unit, Centro Médico de Caracas. Venezuela. 2008.
Stiff elbow: Distraction interposition arthroplasty with an Achilles tendon allograft: long-term radiological and functional results. A. Ersen; M. Demirhan; A. Atalar; A. Saduz; O. Tunali. Department of Orthopedics and Traumatology. Turkey. 2014.
Total Elbow Arthroplasty After Interposition Arthroplasty for Elbow Arthritis. T. Blaine; R. Adams; B. Morrey. Department of Orthopedic Surgery, Mayo Clinic. MI, USA. 2005.
Interposition arthroplasty of the elbow with hinged external fixation for post-traumatic arthritis. J. Nolla; D. Ring; S. Lozano-Calderon; J. Jupiter. Orthopaedic Hand and Upper Extremity Service. Boston, MA, USA. 2008.
Treatment of Stiff Elbow in Young Patients with Interpositional Arthroplasty for Mobility: Case Series. R. Sivakumar; V. SomaSheker; P. Kumar; T. Vinoth; M. Chidambaram. Department of Orthopaedics, Preethi Institute of Orthopaedics and Research. Madurai. India. 2016.
Interposition Arthroplasty with and Achilles tendon Allograft as a Salvage Procedure for the Elbow. N. Larson; B. Morrey. Department of Orthopedic Surgery, Mayo Clinic. MI, USA. 2008.
Treatment of Elbow Osteomyelitis With an Interposition Arthroplasty Using a Rectus Abdominis Free Flap. R. Jaiswal; B. Busee; R. Allen; D. Sahar. Division of Plastic Surgery, Department of Orthopedic Surgery, Sacramento, CA, USA. 2014.

CASO CLINICO

Varón de 26 años, Jardineo. Con antecedente en 2013 de fractura de cabeza de radio Mason II y de coronoides Regan & Morrey I tras caída de escaleras. Se le realiza tratamiento quirúrgico con RAFI de la cabeza de radio con tornillos de compresión, rehabilitación y alta laboral a los 3 meses sin dolor con un balance articular de: Flexión 120°, Extensión -20°, Pronación completa, Supinación 60°. Fractura consolidada.



3 años después (2017) acude con dolor y crepitación en codo al mover con sensación de pérdida de fuerza. BAA: Extensión -25°, Flexión 100°, Supinación 60°, Pronación 45°. Se observa artrosis de todos los compartimientos, se decide retirar el material y tomar muestras para descartar de patología infecciosa o reumática. Ante la negatividad de todos los estudios, la progresión de la artrosis con colapso de la cabeza del radio y aumento del dolor incluso en reposo se decide realizar una Artroplastia de Interposición de codo. Con tendón de Aquiles.

DISCUSIÓN

La Artroplastia de Interposición esta definida como un procedimiento de rescate que "...no elimina el dolor o restaura la función completa pero podría estar indicada en pacientes jóvenes activos con artritis severa y limitación de la movilidad que no se asocie a inestabilidad del codo".

Indicaciones:

- Último estadio de artritis disfuncional
- Pacientes jóvenes (menor 60^a)
- Alta demanda funcional
- Buen stock óseo
- Estabilidad Articular (Deben repararse los ligamentos en la cirugía)

Contraindicaciones:

- Infección activa
- Fisis abiertas
- Ausencia de musculatura flexora del codo.
- Pacientes mayores de 60 años (la indicación en estos casos es una Prótesis total de codo)

Ventajas

- Mejora dolor y movilidad en pacientes jóvenes
- Paso previo a la ATC
- Mantiene Stock óseo y ligamentos
- Puede repetirse si fallo primario
- No limitación de cargas de la ATC

Desventajas

- Mejoría de dolor y movilidad
- Puede persistir inestabilidad
- Radiografías no se correlacionan con la clínica
- No solución definitiva
- Complicaciones: Reabsorción ósea, hueso heterotópico, infección, luxación, rotura triceps...

