



Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



NOTA CLÍNICA

Inestabilidad externa de codo tras el tratamiento quirúrgico de la epicondilitis. A propósito de un caso

A. Llop-Corbacho*, J. Romero-Ruiz y N. Denia-Alarcón

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Clínica Mútua Universal, Centro Médico Delfos, Barcelona, España

Recibido el 9 de julio de 2013; aceptado el 27 de agosto de 2013

Disponible en Internet el 11 de octubre de 2013

PALABRAS CLAVE

Epicondilitis;
Inestabilidad
del codo;
Ligamento colateral
lateral

KEYWORDS

Epicondylitis;
Elbow instability;
Lateral collateral
ligament

Resumen La inestabilidad de codo es una enfermedad de diagnóstico difícil en determinados casos, y puede conllevar unos problemas limitantes para la funcionalidad diaria como los bloqueos articulares, los resaltes, la debilidad muscular y el dolor persistente.

Presentamos el caso de un paciente con clínica de epicondilitis con antecedente previo de una caída sobre el brazo afecto. Tras efectuar los tratamientos convencionales no agresivos y no obtener mejoría, se realiza cirugía sobre la afectación tendinosa. El caso evoluciona hacia la persistencia del dolor, y a una clínica de inestabilidad articular que acaba por precisar cirugía reconstructiva ligamentaria sobre el complejo externo. En el control a los 6 meses de la última intervención ha desaparecido la clínica de inestabilidad, pero aún persisten las molestias en cara externa y un déficit a la extensión de 30°.

Es importante tener en consideración ante un cuadro de epicondilitis con traumatismo previo, rebelde a los tratamientos conservadores, la posibilidad de que haya una inestabilidad de codo subyacente, descartándola con una correcta exploración física y con pruebas complementarias si se precisan.

© 2013 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

External stability of the elbow after surgical treatment of epicondylitis. Presentation of a case

Abstract Elbow instability is a difficult to diagnose condition in certain cases, and could lead to some problems that limit daily functioning, such as joint blocks, bumps, projections, muscle weakness, and persistent pain.

A case is presented of a patient with a clinical picture of epicondylitis, with a previous history of a fall on the affected arm. As there was no improvement after performing conventional non-aggressive treatment, surgery was performed on the affected tendon. The outcome of this was persistent pain and clinical instability of the elbow that ended up requiring surgery to reconstruct the ligament over the external complex. In follow-up 6 months after the operation, the clinical instability had disappeared, but there was still external discomfort and a 30° extension deficit.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: allopco@mutuauniversal.net (A. Llop-Corbacho).

When faced with a picture of epicondylitis with a previous injury that does not respond to conventional therapies, it is important to take into account the possibility of an underlying elbow instability, ruling this out with a correct physical examination and, where necessary, with the appropriate complementary tests.

© 2013 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El codo es una articulación compleja cuya estabilidad depende de un numeroso grupo de estructuras, tanto óseas como musculares y ligamentarias.

De esta manera, se consideran estabilizadores primarios del codo en varo/valgo¹⁻⁵ a la articulación húmero-cubital, al ligamento húmero-cubital medial en su porción anterior y al ligamento colateral externo cubital o húmero-cubital lateral (LCLU); mientras que como estabilizadores secundarios tenemos a la cabeza radial, la inserción de la musculatura flexora/extensora y a la cápsula articular.

Dentro de las inestabilidades de codo, el patrón más común es el de la inestabilidad posteroexterna^{1,2,4}, producida más frecuentemente por una lesión del ligamento colateral externo cubital. Su diagnóstico depende de una correcta exploración física (varo/valgo con extensión y flexión a 30°; *pivot shift lateral*) y del resultado de las pruebas complementarias (Rx, TAC o RNM).

Así mismo, la inestabilidad de codo engloba cuadros agudos y crónicos. En el primer caso, el diagnóstico precoz (importante para un tratamiento correcto de esta enfermedad) suele ser difícil salvo en las situaciones en las que se asocie un episodio de luxación de codo o fractura (en caso contrario lo más frecuente es que pasen desapercibidas). Hemos de sospecharlo ante caída con combinación de compresión axial y rotación externa del codo, de largo el mecanismo más frecuente^{1,2,4,5}. Los casos crónicos son de peor pronóstico funcional y suelen relacionarse con traumatismos agudos no tratados adecuadamente o a secuelas de cirugía en la zona^{1,4}.

Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico inicial de epicondilitis, cuya evolución posterior a su tratamiento fue hacia una inestabilidad posterolateral de codo.

Caso clínico

Paciente varón de 40 años, diestro, administrativo, que inició cuadro de dolor en cara lateral del codo izquierdo con maniobras epicondíleas positivas. Tuvo como antecedente 4 meses antes una caída accidental sobre la mano afecta y un diagnóstico de fractura de coronoides grado I (fig. 1), que precisó inmovilización y rehabilitación.

Para el cuadro inflamatorio tendinoso se inició tratamiento rehabilitador, se le realizaron 2 infiltraciones de anestésico y corticoide sobre la zona de dolor y, posteriormente, 2 sesiones de ondas de choque con mejoría parcial de la clínica. Ante la persistencia de la sintomatología, se realizó RNM de estudio que informó de fractura de coronoides consolidada, así como signos de epicondilitis e imagen rarefacta sobre inserción proximal de ligamento



Figura 1 Detalle de la fractura de coronoides previa.

húmero-cubital lateral sin dejar clara rotura del mismo. Clínicamente el paciente no mencionaba bloqueos ni sensación de fallo y el varo era estable a la exploración, por lo que a los 7 meses del inicio del dolor epicondíleo se realizó intervención quirúrgica, consistente en una desinserción proximal de la musculatura extensora, decorticación epicondílea con realización de perforaciones sobre la zona, así como reinserción atensional de la musculatura desinsertada, y una inmovilización con yeso braquiopalmar 3 semanas y posterior reinicio de rehabilitación.

La evolución del cuadro fue a la persistencia del dolor, así como a la aparición de chasquidos, varo doloroso e inestable, resalte evidente durante la pronosupinación sobre la cabeza del radio y una maniobra de *pivot shift* positiva (fig. 2 a-d).

Se orientó el cuadro como una inestabilidad posterolateral. Por este motivo, a los 5 meses de la cirugía inicial, se realizó un retensado cápsulo-muscular a epicóndilo mediante puntos transóseos, reconstrucción del LCLU sobre el tejido retensado mediante aloinjerto de tibial anterior de banco (anclado con arpón a epicóndilo y a nivel de



Figura 2 En las figuras a-d permiten observar la inestabilidad al varo y la subluxación de la cabeza del radio. Las figuras e y f permiten ver el centrado conseguido tras la cirugía de reparación ligamentaria.

cresta cubital), y puntos de fijación de la plastia a tejido colindante para evitar su resalte (fig. 2 e y f).

Resultados

Se inmovilizó el codo durante 2 meses con férula a 90° de flexoextensión y con pronosupinación neutra, iniciándose tratamiento rehabilitador a partir de esa fecha. Al principio se realizó movilización pasiva y activa asistida para, a partir del tercer mes de la reconstrucción ligamentaria, comenzar la movilidad activa contra gravedad.

Al término del seguimiento a los 6 meses de la última intervención (a los 4 meses del inicio de la rehabilitación), se ha objetivado la ausencia de signos de inestabilidad a la exploración, con persistencia de molestia en cara externa y un déficit de extensión de 30° con flexión de 120° y con pronosupinación de 60 y 70° respectivamente. La *Mayo Elbow Performance Score* es de 75 puntos (considerándose por tanto, como un buen resultado).

Discusión

La inestabilidad posterolateral del codo es un cuadro descrito por primera vez en 1991 por O'Driscoll^{1,5}. Suele tener un origen traumático salvo en contexto de hiperlaxitud generalizada, y clínicamente se manifiesta en forma de

bloqueo, chasquido, resalte, dolor persistente o luxación recidivante.

En la literatura está descrita ampliamente la relación en el diagnóstico diferencial de la epicondilitis con la inestabilidad lateral de codo, de manera que ante una epicondilitis con antecedente traumático previo (aunque pueda ser leve), y con dolor que persiste a pesar de tratamientos no agresivos, siempre se ha de sospechar de una posible inestabilidad posterolateral de codo^{1,6-8}. Y es importante hacerlo, porque tal y como Dzigan et al. describen, en pacientes en tratamiento por epicondilitis crónica que sufren traumatismos agudos que provocan lesión del ligamento LCLU, se precisa la reparación precoz de ambas lesiones para obtener unos resultados satisfactorios⁸.

Así mismo, las infiltraciones con corticoides o la propia cirugía habitual sobre los tendones epicondíleos pueden lesionar el ligamento colateral lateral de forma suficiente como para provocar una inestabilidad de la articulación^{1,2,5-7}. Incluso Kalainov y Cohen⁶, en su revisión de 3 casos de inestabilidades posterolaterales rotatorias en relación con epicondilitis laterales, abogan por realizar de forma sistemática un test de *pivot shift* tras finalizar cualquier liberación tendinosa realizada sobre la zona epicondílea.

En el caso que presentamos, el origen de la insuficiencia ligamentaria del codo se encuentra en el traumatismo previo 4 meses antes de la clínica álgica epicondílea. Con casi toda probabilidad hubo una afectación inicial en la estabilidad

del codo (fractura grado I de la coronoides en la Rx inicial e imagen rarefactada a nivel ligamentario externo en la RNM realizada 4 meses después). Debido a que la estabilidad del codo se mantenía gracias a los estabilizadores secundarios, la musculatura fue sobrecargándose dando lugar a la clínica dolorosa compatible con epicondilitis. La cirugía efectuada a ese nivel (con la desinserción musculotendinosa que se realiza) descompensó el cuadro y desenmascaró la inestabilidad subyacente inicial.

Creemos que una minuciosa exploración física (que incluya el test del *pivot shift*) y el uso de la RNM en casos de epicondilitis rebeldes es necesaria e imprescindible para poder hacer un correcto diagnóstico diferencial^{7,8}, sobre todo en los casos en los que existe un antecedente de traumatismo previo. Imágenes en la resonancia de lesiones sobre apófisis coronoides cubital o del propio ligamento colateral lateral (como el caso que presentamos) debe ayudarnos a sospechar una posible inestabilidad de base, y obviar la liberación tendinosa epicondilea como única opción quirúrgica, siendo necesario añadir un acto quirúrgico sobre la lesión ligamentaria⁸.

De elección^{1,4,5,9}, el tratamiento en los casos de inestabilidad posterolateral crónica se basa en una reconstrucción abierta con aloinjerto del ligamento afecto, con anclaje sobre epicóndilo buscando el punto isométrico humeral y sobre la cara lateral del cúbito (*crista supinator*), siendo las técnicas artroscópicas una opción de futuro como alternativa^{1,10}. Los resultados de Antuña y O'Driscoll¹ con esta técnica abierta son buenos, siendo la rigidez (sobre todo debida a falta de extensión) y la recidiva de la inestabilidad (20%) las complicaciones más frecuentes.

Nivel de evidencia

Nivel de evidencia v.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Antuña SA, O'Driscoll SW. Inestabilidad de codo: etiología, diagnóstico y tratamiento. *Rev Ortop Traumatol.* 2000;1: 67-77.
2. García Portabella M, Pedemonte Jansana J, Massons Albareda J, Mir Bulló J. Inestabilidad compleja aguda de codo: etiopatogenia, diagnóstico y estrategia quirúrgica razonada. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2010;54:77-85.
3. Schneeberger AG, Sadowski MM, Jacob HA. Coronoid process and radial head as posterolateral rotatory stabilizers of the elbow. *J Bone Joint Surg Am.* 2004;86:975-82.
4. Charalambous CP, Stanley JK. Posterolateral rotatory instability of the elbow. *J Bone Joint Surg Br.* 2008;90:272-9.
5. Mehta JA, Bain GL. Inestabilidad rotatoria posteroexterna del codo. *J Am Acad Orthop Surg (Ed Esp).* 2005;4:35-45.
6. Kalainov DM, Cohen MS. Posterolateral rotatory instability of the elbow in association with lateral epicondylitis. A report of three cases. *J Bone Joint Surg Am.* 2005;87: 1120-5.
7. Scher DL, Wolf JM, Owens BD. Lateral epicondylitis. *Orthopedics.* 2009;32.
8. Dzigan SS, Savoie FH, Field LD, O'Brien MJ, You Z. Acute radial ulno-humeral ligament injury in patients with chronic lateral epicondylitis: an observational report. *J Shoulder Elbow Surg.* 2012;21:1651-5.
9. Nestor BJ, O'Driscoll SW, Morrey BF. Ligamentous reconstruction for posterolateral rotatory instability of the elbow. *J Bone Joint Surg Am.* 1992;74:1235-41.
10. Savoie FH, O'Brien MJ, Field LD, Gurley DJ. Arthroscopic and open radial ulnohumeral ligament reconstruction for posterolateral rotatory instability of the elbow. *Clin Sports Med.* 2010;29:611-8.