

# Prótesis de codo en patología traumática de húmero distal

FRANCISCO MOYA TRUJILLO; FRANCISCO JAVIER CARRILLO JULIÁ; SANDRA GIMÉNEZ IBÁÑEZ; ELENA MARÍA GARCÍA GARCÍA; ISABEL MEDRANO MORTE; BARBARA SANCHEZ SABATER

## INTRODUCCIÓN

La fractura diacondilea de húmero suele producirse por un mecanismo de extensión forzada en pacientes ancianos. En este grupo etario la mala calidad ósea juega un papel importante en el momento de decidir un mejor tratamiento. La reconstrucción anatómica de la superficie articular con la suficiente estabilidad que permita una rehabilitación precoz no siempre se puede conseguir. La artroplastia total de codo es una opción terapéutica indicada en fracturas conminutas e intraarticulares de pacientes con baja demanda funcional, o como rescate ante un fracaso de la reducción abierta y fijación interna (RAFI). En paciente jóvenes, la indicación de una prótesis se limita a aquellos casos donde no exista otra opción de tratamiento (1).

## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio retrospectivo de 6 pacientes intervenidos de artroplastia de codo tras fractura diacondilea de húmero distal. Las variables estudiadas incluye balance articular, dolor (escala EVA), y presencia de complicaciones clínicas o radiológicas. Se realiza una comparación entre aquellas intervenidas de forma primaria y aquellas realizadas como rescate tras un fracaso de RAFI.

## RESULTADOS

Se analizaron 6 pacientes. La media de edad fue 60 años (38-75). En todos los casos la fractura se clasificó como fractura diacondilea de humero distal (Imagen 1 y 2). 2 de los 6 pacientes fueron tratados inicialmente mediante osteosíntesis con placa, el resto fue tratado de forma primaria con una artroplastia total cementada tipo Coonrad Morrey (Imagen 3). El abordaje empleado en todos los casos fue el abordaje posterior de Morrey. El balance articular (BA) postoperatorio objetivado supera los 100º funcionales en todos los casos. El 33,3% presentó dolor neurítico cubital que fue controlado con medicación oral. 3 de 6 pacientes fueron reintervenidos con una media de 10 años de seguimiento: 2 aflojamientos asépticos de la prótesis, 1 rotura del tornillo de bloqueo.



1: Rx AP Fractura diacondilea humero



2: Rx lateral fractura diacondilea humero



3: Prótesis codo Coonrad Morrey

## DISCUSIÓN

El tratamiento clásico para las fracturas de húmero distal es la reducción y osteosíntesis. En pacientes jóvenes es la técnica de elección y la calidad ósea ayuda a su fijación (1). En personas de edad avanzada, donde las fracturas son mas complejas y con un componente osteoporótico, la osteosíntesis suele asociarse con el fracaso de la fijación y largos periodos de inmovilización, lo que aumenta el riesgo de complicaciones y malos resultados (1). La artroplastia total de codo debe plantearse como una opción terapéutica en pacientes de baja demanda funcional, con fracturas de humero distal no sintetizables. Diversos estudios demuestran que la artroplastia de codo en dichas fracturas presenta buenos resultados funcionales con una tasa de complicaciones similar a la RAFI, siendo además una solución ante el fracaso de la fijación interna. Otros estudios observan que la decisión de tratar de forma primaria este tipo de fracturas con RAFI que posteriormente derivan en una artroplastia pueden tener peores resultados en comparación con la artroplastia primaria (2).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Gallucci GL, et al. Artroplastia total de codo para el tratamiento de fracturas del húmero distal. Rev Esp Cir Ortop Traumatol. 2016. <http://dx.doi.org/10.1016/j.recot.2015.12.004>
2. Harmer LS, Sánchez-Sotelo J. Total Elbow Arthroplasty for Distal Humerus Fractures. Hand Clin. 2015. <http://dx.doi.org/10.1016/j.hcl.2015.06.008>
3. Goodman AD; Johnson JP; Kleiner JE; Gil JA; Daniels AH. The expanding use of total elbow arthroplasty for distal humerus fractures: a retrospective database analysis of 56,379 inpatients from 2002-2014. Phys Sportsmed. 2018 Aug 9:1-7.

Caso	Edad	Tipo de fractura	Cirugía inicial	BA (1 año PO)	Complicación
1	38	Diacondilea	RAFI	10º-120º	Neuropatía cubital Aflojamiento aséptico
2	75	Diacondilea	Artroplastia	0º-160º	Rotura tornillo
3	66	Diacondilea	Artroplastia	0º-140º	
4	68	Diacondilea	Artroplastia	10º-160º	
5	61	Diacondilea	RAFI	0º-120º	Aflojamiento aséptico
6	70	Diacondilea	Artroplastia	0º-160º	Neuropatía cubital

