

Clinica de Cirugía Infantil del Hospital de la Santa Cruz y San Pablo  
(Profesor Dr. Olivé Gumá)

## Tratamiento quirúrgico de un caso de anquilosis de codo

(Nota clínica)

por el doctor

**R. Balius Sabata**

Médico auxiliar del Servicio

Muy frecuente es el ingreso en nuestra visita de anquilosis de codo consecutivas a fracturas de las epífisis de los huesos que forman dicha articulación, unas veces debido a fracturas que no fueron reducidas, en otras debido a que la inmovilización se mantuvo durante un tiempo excesivo y en otras en que la anquilosis se presentó a pesar de un tratamiento perfecto tanto en la reducción como en la movilización posterior. En estos casos debe invocarse como causa las artritis traumáticas con gran hemartrosis por penetración de la fractura en la articulación.

Otra condición que predispone a la inmovilidad articular, es la sobreactividad del periostio infantil formando placas de osificación bajo los colgajos de periostio desprendido. Estas neoformaciones óseas son imposibles de prevenir, llegando a formar una verdadera coraza que envuelve la articulación a pesar de haber movilizado la misma a los pocos días del traumatismo.

Delante de estos enfermos con pérdida completa de movilidad del codo y muchas veces incluso con el brazo en extensión o ligeramente flexionado; posiciones las menos adecuadas para la utilidad del mismo, ya que la posición más apropiada es la flexión en ángulo recto, no nos queda otro recurso que el intervenir quirúrgicamente y al hacerlo procurar ser lo más conservadores po-

sible, cosa que naturalmente dependerá de la forma de consolidación viciosa de los fragmentos.

Nosotros recientemente hemos tenido ocasión de intervenir el siguiente caso clínico:

*Historia clínica.* B. M., natural de Vandecelós, de 8 años, sin antecedentes patológicos familiares ni individuales de importancia.

Ingresa en la Clínica el día 6 de septiembre de 1932.

Refiere que hace dos años, jugando con otros niños, cayó sobre el brazo derecho; no siendo asistida por ningún facultativo, sino que sus propios familiares le inmovilizaron relativamente el brazo, quedando la niña con la falta de movilidad articular del codo, en que la observamos.

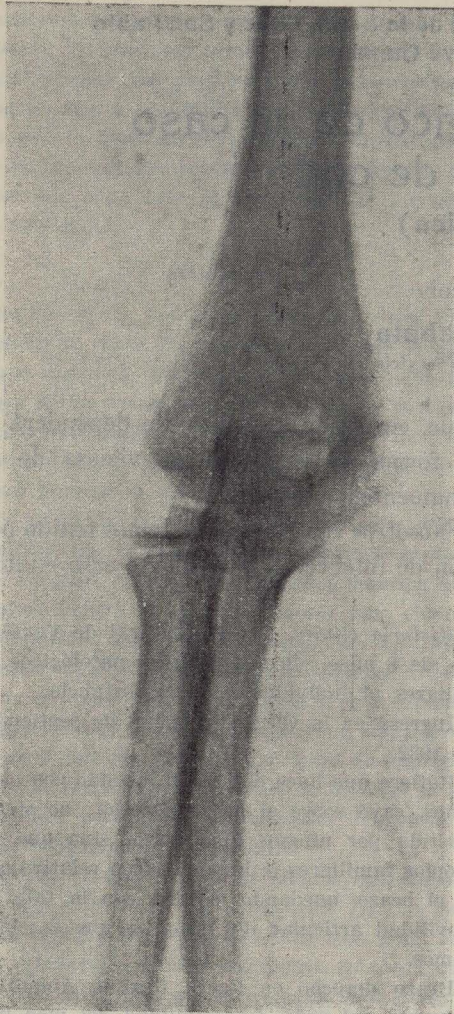
Brazo derecho en ligera flexión. Anquilosis completa del codo. Imposibilidad del más ligero movimiento de flexión y extensión ya activos ya pasivos.

De los puntos óseos de referencia de la articulación del codo el punto olecraniano está desviado hacia atrás y arriba, dando la sensación de subluxación posterior del cúbito.

No se provoca ningún dolor a la presión.

Radiográficamente se aprecia el desprendimiento del cóndilo humeral con desplazamiento hacia adentro; fisura de la epitroclea y subluxación posterior de cúbito. (Radios números 1 y 2.) En este caso el tratamiento seguido fué el siguiente:

Incisión longitudinal en la parte posterior del codo que pasa por la punta del olécranon (Langenbeck), despegamiento subperióticamente con la legra de las partes blandas en masa a los



Radio n.º 1

dos lados de la incisión, facilitando la misma con el desprendimiento de una porción cortical del olécranon con el escoplo.

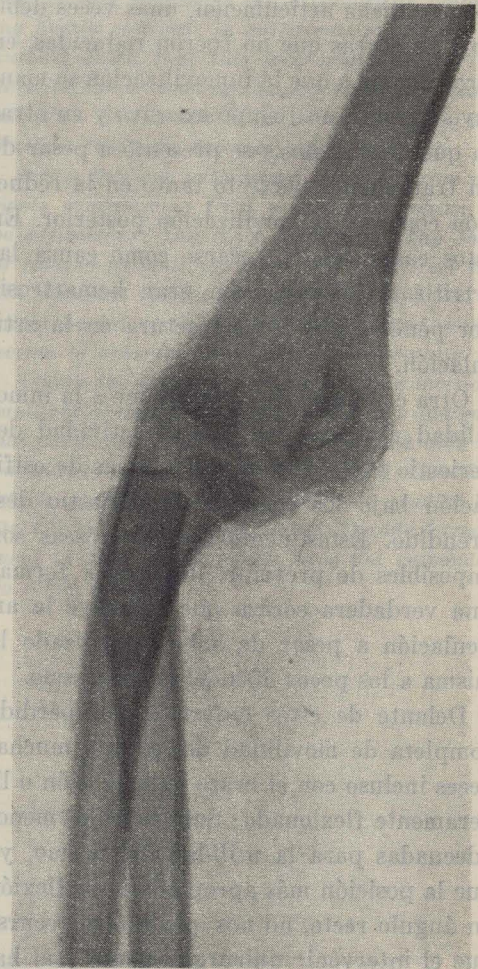
Gracias a este despegamiento, es difícil de lesionar el nervio cubital, pues ni llega a verse.

Forzando la flexión de la articulación y seccionando con las tijeras los ligamentos laterales del codo y bridas fibrosas formadas, llegamos a la abertura completa de la misma.

Después de una detenida limpieza de las fibrosidades interpuestas y antes de proceder a una amplia resección, intentamos colocar el cúbito de manera que su epifisis articular ocupe la posición más anatómica posible, comprobando que la mayor dificultad para lograrlo, se debe

a que la cavidad sigmoidea del cúbito se encuentra desviada hacia atrás y arriba, por la subluxación cubital, de forma que aunque llegamos a encajar dicha cavidad con la tróclea, valiéndonos de la tracción forzada del antebrazo en extensión, al flexionar el mismo, se luxa nuevamente el cúbito, debido esto al apalancamiento de la apófisis coronoides al apoyarse sobre la tróclea, ya que el encaje articular no es lo suficientemente amplio como requiere una articulación tan movable como la del codo, contribuyendo a dicha dificultad la desviación hacia adentro del cóndilo humeral fracturado.

Para vencer esta dificultad, esculpimos con el escoplo una nueva cavidad sigmoidea más cóncava y más amplia a expensas principalmen-



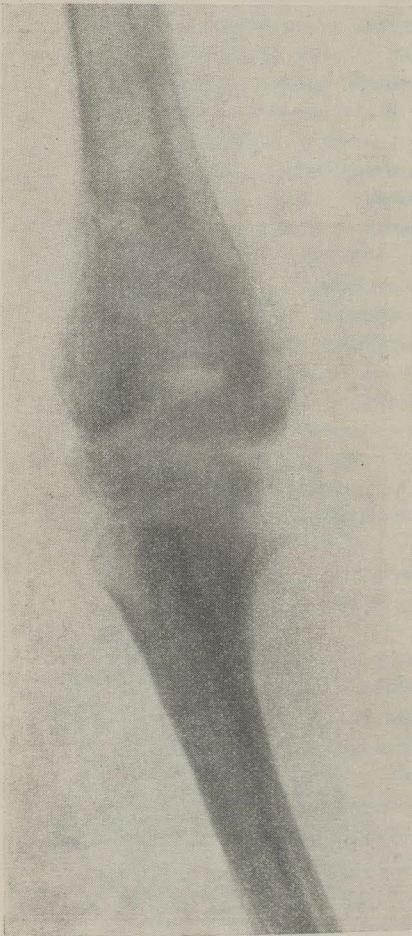
Radio n.º 2

te de su apófisis coronoideas, consiguiendo con esto al mismo tiempo que dicha cavidad quede desviada un poco más hacia abajo del cúbito, contrarrestando el ascenso del mismo por efecto de la luxación.

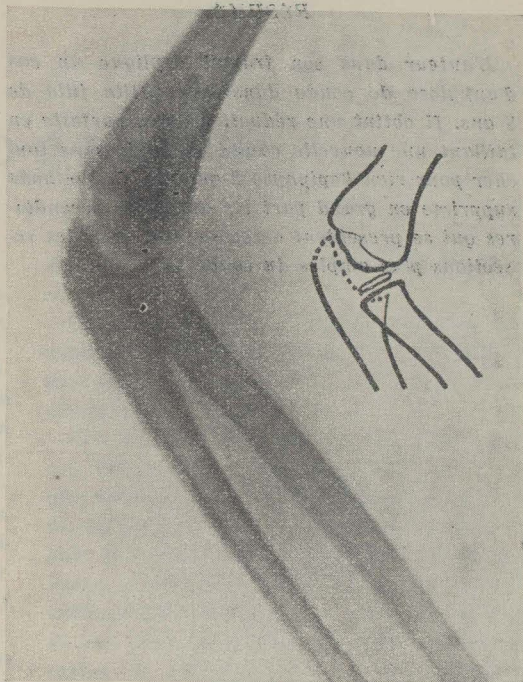
Esto es suficiente para que la reducción se mantenga al flexionar el miembro. Se da un golpe de escoplo a la punta que queda demasiado prominente del olécranon y que amenaza perforar las partes blandas.

Este caso tuvo la ventaja de que se resecó solamente parte de la epífisis cubital sin tocar para nada la humeral, que continuó revestida de su cartilago, por lo que, la anquilosis secundaria era ya mucho más difícil de que se presentase.

Sutura perdida de las dos porciones laterales del tríceps y sutura de piel.



Radio n.º 3



Radio n.º 4

Se inmoviliza el codo en ángulo recto con una ligera férula enyesada de 5 cms. de ancha, colocada en la parte posterior del mismo, amoldada y mantenida con una venda de gasa; de esta manera suprimimos las compresiones y edemas secundarios que suelen presentarse al aumentar de volumen el codo por ligera que sea la infiltración sanguínea, consecutiva a la intervención.

A los nueve días, movilización suave al principio, aumentando la amplitud de los movimientos en días sucesivos, consiguiendo al mes y medio una movilidad lo bastante amplia para que la niña pueda servirse de su brazo enfermo. (Radios n.ºs. 3 y 4.)

#### RESUM

*L'autor en el seu treball tracta d'un cas d'anquilosi de colze a una nena de vuit anys, en la qual es va poder obtenir una reducció suficientment perfecta esculpint una nova cavitat sigmoide sense tocar per a res l'epífisi humeral, tenint això l'avantatge de suprimir en gran manera les anquilosis secundàries que s'acostumen a presentar en reseccions més extenses de colze.*

## RÉSUMÉ

L'auteur dans son travail explique un cas d'ankylose de coude dans une petite fille de 8 ans. Il obtint une réduction assez parfaite en taillant une nouvelle cavité sigmoïde sans toucher pour rien l'épiphyse humérale. Ce méthode supprime en grand part les ankyloses secondaires qui se présentent assez souvent dans les resections plus amples du coude.

## SOMMARY

The author studies a case of ankylosis of the elbow in a girl of 8 years of age. He was able to obtain a fairly perfect reduction by carving a new sigmoidal cavity without touching at all the humeral epiphysis. This had the advantage of preventing the secondary ankylosis which are generally seen in more extensive elbow resections.