

Luxación bipolar del radio sin fracturas del antebrazo

Dr. Jochen Gerstner B.*, Dr. Álvaro Kafuri**

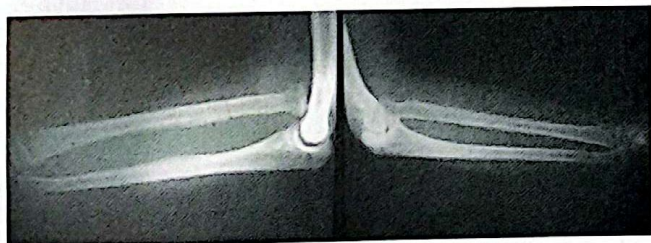
*Profesor titular de Ortopedia Universidad del Valle. Centro Médico Imbanaco.

** Ortopedista. Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

Presentación del caso

Paciente de 47 años de edad, que consultó al departamento de urgencias del Hospital Universitario del Valle el 30 de marzo de 1995, después de sufrir una caída sobre la mano derecha por una diferencia de nivel en el suelo. Al ingreso presentaba limitación dolorosa de la flexión y extensión del codo y bloqueo de la prono-supinación, con aumento del perímetro de la muñeca y prominencia distal de la ulna (cúbito).

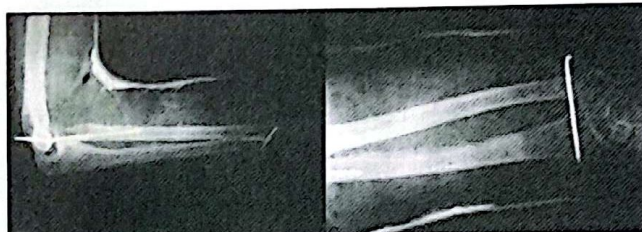
Al examinar las radiografías iniciales encontramos una luxación radio-ulnar proximal a expensas de la cabeza radial y una luxación radio-ulnar distal con acortamiento del radio y prominencia de la ulna (cúbito) distal hacia el dorso. No se visualizó fractura en los huesos del antebrazo (Figuras 1 y 2).



Figuras 1 y 2. Radiografías iniciales.

Bajo anestesia axilar se hizo un intento de reducción que fue fallido. Tres días después se programó para cirugía y encontramos una ruptura total de las articulaciones radio ulnar distal y proximal. Se realizó una reducción bastante difícil de la cabeza radial, con reconstrucción del ligamento anular con fascia del tríceps.

Distalmente se hizo una reconstrucción según la técnica de Hui-Linscheid, con fijación de la articulación radio ulnar distal en supinación, mediante clavo de Steinmann y del codo en flexión de 90° a causa de la inestabilidad generada por la ruptura total de la membrana interósea, que no fue reparada (Figuras 3 y 4) Se colocó un yeso braquiopalmar durante seis semanas.



Figuras 3 y 4. Radiografías postoperatorias.

Después de un programa regular de fisioterapia el paciente había recuperado 60% de la movilidad al cabo de seis meses, según los hallazgos en el último control al que asistió. Volvimos a localizar al paciente 5 años después y en su examen físico encontramos una buena flexión del codo (Figura 5), acompañada de una ligera limitación de la pronación y una supinación normal (Figuras 6 y 7).

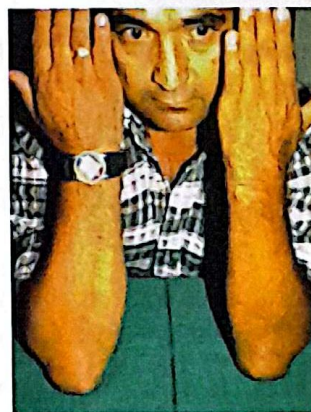


Figura 5. Flexión del codo a los cinco años.



Figura 6. Supinación a los cinco años.

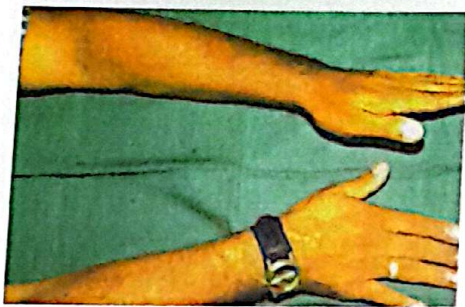


Figura 7. Pronación a los cinco años.

El paciente estaba satisfecho con los resultados al igual que nosotros, hasta que vimos el control radiográfico donde se aprecia la persistencia de la luxación bipolar (Figura 8).



Figura 8. Radiografías a los cinco años.

Discusión

Hemos realizado una búsqueda exhaustiva de la literatura médica sin encontrar una descripción que se ajuste a este caso. Esta lesión puede clasificarse dentro de las lesiones totales de la membrana¹ y tiene su parentesco con la lesión de Essex-Lopresti, pero sin la fractura de la cabeza radial. En la actualidad algunos autores recomiendan, a más de los procedimientos reconstructivos de ambas articulaciones, la reconstrucción de la membrana interósea.²

No deja de sorprender el resultado funcional obtenido a pesar de la recidiva de las luxaciones después de retirado el yeso y los clavos. Milagros de la madre naturaleza que los médicos no entendemos.

Bibliografía

1. Wright TW. Interosseous Membrane of the Forearm. J. Am. Society Surg. Hand. 2001; 1(2): 123-34.
2. Poitevin L. Anatomy and Biomechanics of the Interosseous Membrane: its importance in the longitudinal stability of the Forearm. Hand Clinics 2001;17(1): 97-110.