

Artroplastia total de codo en un paciente con artritis psoriásica

JUAN A. RAVIZZOLI, VÍCTOR O. GARCÍA, LUÍS A. COCOZZELLA y LUCIANO A. POITEVIN

Hospital de Clínicas "José de San Martín", Universidad de Buenos Aires

Caso clínico

Un paciente de 47 años consulta en junio de 2004 por dolor en el codo izquierdo de larga data, con limitación en la movilidad.

Como antecedente presenta artritis psoriásica diagnosticada hace alrededor de seis años. Por la afectación articular de su enfermedad subyacente se le realizó artrodesis de la articulación radiocarpiana izquierda en el año 2000 y sinovectomía artroscópica de la rodilla izquierda en 2003.

El paciente es diestro y actualmente está jubilado por incapacidad.

En el examen físico se observa dolor continuo que aumenta con la movilidad, tumefacción y rigidez articular en el codo izquierdo. La amplitud de movimiento en flexión-extensión es de 55°, mientras que en supinación y pronación es de 44° y 55° respectivamente.

En los estudios por imágenes (Fig. 1), radiología y RM, se observa una importante destrucción articular con pérdida de cartílago articular y hueso subcondral.

Ante este cuadro se plantearon varias alternativas de tratamiento: sinovectomía, artroplastia por interposición, artrodesis y artroplastia protésica. Por el estadio de la enfermedad y los antecedentes del paciente se decidió realizar una artroplastia total de codo, con una prótesis semi-constreñida tipo Pritchard-Walker.

La técnica quirúrgica consistió en la realización de una incisión de 15 cm de longitud, hacia lateral de la epitroclea y por medial del vértice del olécranon. Luego se pro-

cedió a la liberación del nervio cubital y a la tenotomía del tríceps en "V". Posteriormente se realizaron las osteotomías correspondientes en el cúbito y el húmero. Para terminar se colocó primero el componente cubital y luego el humeral, para acoplarlas con el codo en flexión.

El resultado radiográfico se observa en la figura 2A y B.

El paciente evolucionó favorablemente en el posoperatorio inmediato, con buena cicatrización de las heridas y se le retiraron los puntos de sutura cutánea a las dos semanas. El tratamiento de rehabilitación se comenzó a los pocos días de la operación.

Para evaluar los resultados se usó el "Mayo Elbow Performance Score" desarrollado por Morrey y cols.:⁴

- Dolor:
 - ninguno: 45 puntos
 - escaso: 30 puntos
 - moderado: 15 puntos
 - severo: 0 puntos
- Amplitud de movimiento:
 - más de 100°: 20 puntos
 - entre 100° y 50°: 15 puntos
 - menos de 50°: 5 puntos
- Estabilidad:
 - estable: 10 puntos
 - moderadamente inestable: 5 puntos
 - completamente inestable: 0 puntos
- Función diaria:
 - se peina solo: 5 puntos
 - se alimenta solo: 5 puntos
 - se higieniza solo: 5 puntos
 - se pone los pantalones solo: 5 puntos
 - se pone las medias solo: 5 puntos

Recibido el 22-8-2005. Aceptado luego de la evaluación el 6-9-2005.

Correspondencia:

Dr. JUAN A. RAVIZZOLI
México 3730 1° "B"
(1223) - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel.: 4932-4141
juan.ravizzoli@aaot.org.ar

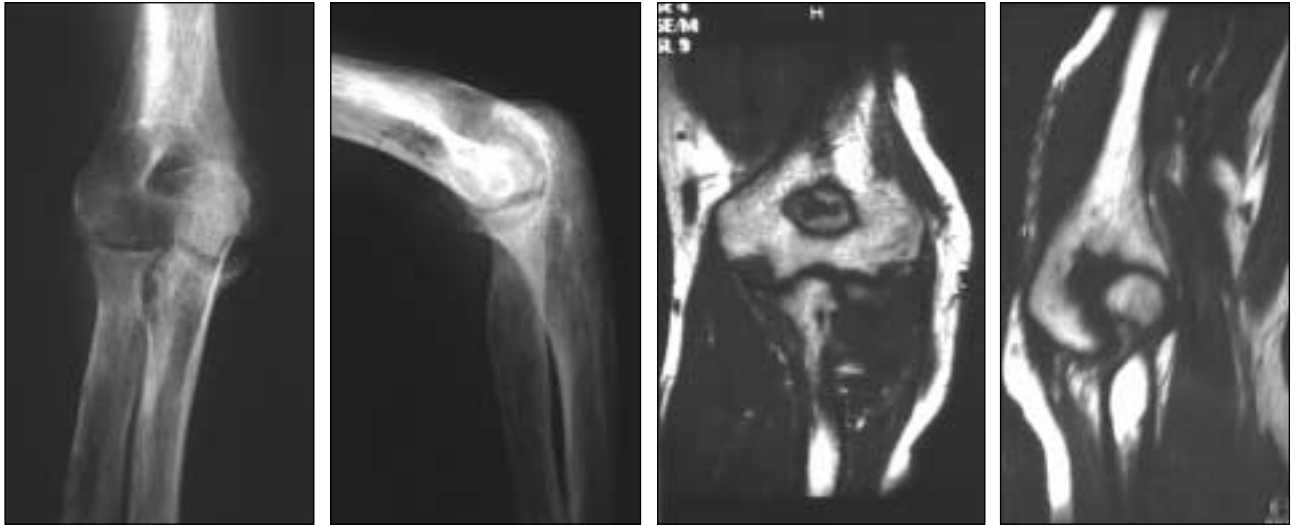


Figura 1. Estudios por imágenes (Rx y RM) preoperatorios.

Por encima de los 90 puntos se considera un excelente resultado, entre 75 y 89 puntos un buen resultado, entre 60 y 74 puntos un resultado regular y por debajo de los 59 puntos un resultado malo.

Se logró una amplitud de movilidad en flexión-extensión de 110° y en pronosupinación de 135° (Fig. 3A y B), con estabilidad articular y sin dolor, útil para las actividades diarias, por lo que se considera que el resultado fue bueno.

Discusión

El objetivo de la artroplastia de codo es el alivio del dolor y la mejoría de la función.

Existen varias alternativas de tratamiento: sinovectomía, artroplastias por interposición y protésica y artrodesis de codo, cada una de ellas con indicaciones precisas.³

Actualmente la principal indicación para la artroplastia total de codo se encuentra en las artritis inflamatorias (reumatoide, psoriásica, etc.).¹ Otras indicaciones consisten en los traumatismos y en las artrosis postraumáticas, aunque en estos casos los resultados no son tan buenos.⁵

Con respecto a la prótesis por utilizar, las semiconstreñidas brindan mayor estabilidad en los casos en que la estabilidad es casi nula como resultado de la destrucción articular.²

La artroplastia total de codo es una muy buena opción terapéutica cuando hay destrucción articular, en un paciente relativamente joven, en quien se quiere mantener una función adecuada y sin dolor.

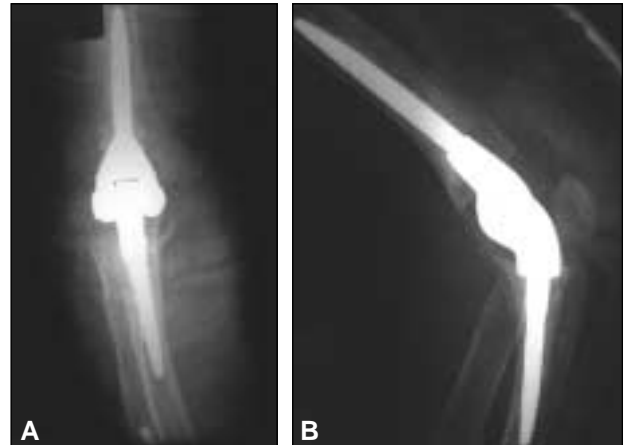


Figura 2A y B. Resultado radiográfico.



Figura 3A y B. Resultado funcional.

Referencias bibliográficas

1. **Chao EY, Cooney WPIII, Kavanagh BF y col.** *Morrey artroplastia*. Buenos Aires: Panamericana; 1994.pp.245-259 y 276-293.
2. **Connor PM, Morrey BF.** Total elbow arthroplasty in patients who have juvenile rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg Am*;80(5):678-688;1998.
3. **Crenshaw A.** *Campbell Cirugía ortopédica*. 8ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 1993.pp.587-627.
4. **Gill DR, Morrey BF.** The Coonrad-Morrey total elbow arthroplasty in patients who have rheumatoid arthritis. A ten to fifteen-year follow-up study. *J Bone Joint Surg Am*;80(9):1327-1335;1998.
5. **Hildebrand KA, Patterson SD, Regan WD, et al.** Functional outcome of semiconstrained total elbow arthroplasty. *J Bone Joint Surg Am*;82-A(10):1379-1386;2000.