

La artrosis aislada radiohumeral, puede producirse por un traumatismo previo o por artrosis degenerativa; aunque se objetive en las pruebas complementarias, no suele dar síntomas, pero cuando aparecen el tratamiento es complejo y existen diferentes opciones.

Debido al aumento en el uso de prótesis metálicas de cabeza radial podría aumentar la incidencia de esta.

Aunque es una entidad rara, la artrosis de codo sigue siendo de difícil tratamiento. Como en el resto de artrosis de otras articulaciones el dolor es el síntoma principal, pero a diferencia del resto es más propenso a la rigidez.

La mayoría de las opciones quirúrgicas conllevan una amplia desinserción de estabilizadores: tríceps, LCL para poder una exposición adecuada del capitellum, a...por lo que en el postoperatoria habrá que restringir los movimientos del codo, con el consiguiente riesgo de rigidez.

Antes de cualquier intervención debemos pensar: los posibles riesgos y beneficios de la intervención y el paciente debe de estar muy implicado y cumplir el protocolo postoperatorio.

Las opciones quirúrgicas para este tipo de artrosis son:

## **1. ARTROPLASTIA RADIOCAPITELAR**

La artroplastia radiocapitelar consiste en una prótesis parcial de codo, consiste en una prótesis de cabeza radial con superficie articular de polietileno combinado con una prótesis de superficie metálica en el capitellum.

Está indicada fundamentalmente en artrosis primaria o traumática aislada radiocapitelar sintomática , cuando es necesario estabilizar la columna lateral, ya que en estos casos la resección aislada de cabeza radial no es suficiente; la estabilización de la columna lateral es necesaria cuando existe lesión o incompetencia del ligamento colateral cubital y con la inestabilidad axial del antebrazo; otras indicaciones menos frecuentes son: erosión en capitellum tras artroplastia de cabeza radial, lesiones antiguas de Essex-Lopresti no diagnosticadas o secuelas tardías, con inestabilidad longitudinal del antebrazo, tras resección de la cabeza radial.

La ventaja de esta frente a otras alternativas terapéuticas es que mantiene la biomecánica del codo y por ello es menor la probabilidad de evolucionar a deformidad en valgo.

### **- Técnica quirúrgica**

El paciente puede posicionarse en decúbito supino o lateral. Se emplea anestesia general o loco regional. La vía de abordaje empleada es a través del tendón extensor común de los dedos (inmediatamente anterior al LCL), se desinserta el LCL de su inserción humeral, se realiza la osteotomía de la cabeza radial y la medición del implante radial; la medida del implante de capitellum se basa en la parte lateral de este, se realiza la osteotomía del capitellum. Se colocan los implantes. Se realiza un reanclaje del LCL. Cierre de la herida. Movilidad inmediata

Los resultados son prometedores, aunque aún hay pocas series de casos y con un periodo de seguimiento corto

Debido a esto podría reservarse para cirugía de rescate, cuando otras opciones han fallado.

Las complicaciones que presenta: evolución de la artrosis a humerocubital así como aflojamiento del componente radial.

### **- Contraindicaciones**

No estaría indicada en presencia de infección activa o ausencia de stock óseo nevesario.

## 2. ARTROPLASTIA CON INTERPOSICIÓN DEL ANCONEO

Consiste en la resección de la cabeza radial y la interposición del musculo ancóneo en el espacio radiocapitelar.

La ventaja frente a la resección simple de la cabeza radial es que evita la migración proximal del radio que puede producir dolor en la RCD así como impactación radiocapitelar.

Indicación: artrosis radiocapitelar, fracturas de radio o capitellum, cirugía de rescate de prótesis de cabeza radial con inestabilidad del Ligamento colateral medial (LCM) o inestabilidad axial del antebrazo, para evitar la migración proximal del radio.

### - Técnica quirúrgica:

Se emplea el abordaje de Wrightington, el LCL es desinsertado del cúbito, se reseca la cabeza radial, se comprueba la estabilidad axial radiocubital.

Existen tres opciones de técnica quirúrgica de transposición del ancóneo dependiendo de la afección a tratar. En todas ellas el ancóneo es movilizado de distal a proximal manteniendo su inserción al borde lateral del tríceps, ya que en esa zona recibe la vascularización a través de la arteria recurrente interósea posterior, el músculo se interpone entre el capitellum y el radio según 3 variantes y se reinserta en el capitellum o la parte proximal del radio.

- Tipo 1: el músculo se dobla o se enrolla sobre sí mismo y se interpone.
- Tipo 2: el ancóneo se rota sobre el capitellum y se inserta en la escotadura sigmoidea menor.
- Tipo 3: el músculo envuelve el cuello radial, para evitar una impactación radiocubital. Se realiza un orificio en el cuello radial y se da un punto entre este y el musculo. Se repara el LCL con un anclaje

### - Ventajas de la técnica

No se precisa una vía de abordaje adicional, el musculo ancóneo es fácilmente localizado en la vía empleada para las afecciones de la articulación radiocapitelar; además el hecho de movilizar el ancóneo no conlleva ningún déficit funcional ni morbilidad

### - Contraindicaciones

No puede ser empleada si previamente se ha realizado una desinserción del ancóneo del tríceps, como ocurre en las osteotomías de olecranon

### 3. BIBLIOGRAFÍA

- 1- Morrey, B. F., & Schneeberger, A. G. (2002). Anconeus arthroplasty: a new technique for reconstruction of the radiocapitellar and/or proximal radioulnar joint. *JBJS*, 84(11), 1960-1969.
- 2- Rahmi, H., Neumann, J. A., Klein, C., van Eck, C. F., Lee, B. K., & Itamura, J. (2018). Clinical outcomes of anconeus interposition arthroplasty after radial head resection in native and prosthetic radial heads. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 27(6), S29-S34.
- 3- Baghdadi, Y. M., Morrey, B. F., & Sanchez-Sotelo, J. (2014). Anconeus interposition arthroplasty: mid-to long-term results. *Clinical Orthopaedics and Related Research*®, 472(7), 2151-2161.
- 4- Spross, C., Jak, W., & van Riet, R. P. (2019). Radiocapitellar arthroplasty: a consecutive case series with 2 to 6 years' follow-up. *Journal of Shoulder and Elbow Surgery*, 28(1), 131-136.
- 5- Heijink, A., Morrey, B. F., & Eygendaal, D. (2014). Radiocapitellar prosthetic arthroplasty: a report of 6 cases and review of the literature. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 23(6), 843-849.
- 6- Nishida, K., Iwasaki, N., Funakoshi, T., Motomiya, M., & Minami, A. (2012). Prevention of instability of the proximal end of the radius after radial head resection using an anconeus muscle flap. *Hand Surgery*, 17(01), 25-31.
- 7- Giannicola, G., Angeloni, R., Mantovani, A., Rebuzzi, E., Merolla, G., Greco, A., ... & Postacchini, F. (2012). Open debridement and radiocapitellar replacement in primary and post-traumatic arthritis of the elbow: a multicenter study. *Journal of shoulder and elbow surgery*, 21(4), 456-463.