

HOSPITAL COVADONGA-OVIEDO  
SERVICIO DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA  
JEFE DE SERVICIO: DR. JOSÉ PAZ JIMÉNEZ

## Osteocondritis disecante de la troclea humeral.

### A propósito de un caso

V. FERNANDEZ MORAL; F. DOMINGUEZ DOMINGUEZ;  
A.DE LA VEGA FERNANDEZ-REGATILLO

#### RESUMEN

Los autores presentan un caso de osteocondritis disecante de codo en un varón de 14 años de edad. El área afectada correspondía a la garganta troclear, tratándose de una localización totalmente atípica de la que no hemos encontrado referencias en la literatura. Hacemos una exposición del caso clínico y de las técnicas diagnósticas así como del proceder quirúrgico por el que se optó tras la evaluación previa.

Se revisan brevemente las características de la osteocondritis disecante genéricamente, independientemente de sus posibles localizaciones y comentamos algunos aspectos que pueden influir en la localización troclear en el codo.

Descriptores: Osteocondritis disecante. Codo. Troclea Humeral.

#### SUMMARY

The authors presented one case of osteochondritis disecans of the elbow. The troclear joint was the surfaced affected; its an unusual location where they don't have found references in the literature.

They should the clinical findings, diagnosis techniques and treatment carried out.

Key words: Osteochondritis disecans. Elbow. Troclear Joint of the Elbow.

#### Introducción

La osteocondritis disecante es una entidad nosológica conocida desde hace ya muchos años y de la que actualmente se admite que se trata de una osteocondritis limitada a la periferia de los núcleos de osificación secundarios de las articulaciones de artrodiales (1). Es comunmente diagnosticada en la segunda década de la vida y la rodilla es la articulación más frecuentemente afectada. Otras articulaciones que pueden sufrir la enfermedad son tobillo, cadera y codo. La etiología exacta todavía no es conocida pero los conceptos patogénicos manejados consisten en una reacción al trauma mecánico repetido o en un

osteonecrosis avascular focal y espontánea. Se admite no obstante una definitiva correlación entre la maduración esquelética y el desarrollo de esta entidad clínica.

A nivel del codo la localización típica es el capitellum, que corresponde así mismo a la localización de la forma juvenil de osteocondrosis o enfermedad de PANNER que supone la necrosis completa del núcleo de osificación secundario del cóndilo humeral. (2)

#### Caso clínico

Se trata de un paciente varón de 14 años de edad, estudiante cuyos antecedentes patológicos carecen de interés salvo el hecho de ausen-

cia congénita del riñón derecho, siendo el izquierdo normofuncionante, siguiendo revisiones periódicas por dicha causa. Sus hábitos sociales son normales, practicando diversos deportes sobre todo fútbol y no realizando fuera de sus actividades escolares ningún tipo de actividad manual o física.

En el momento de acudir por la consulta refiere episodios de dolor y bloqueo en el codo izquierdo coincidiendo con extesiones bruscas del mismo desde hace un año y nueve meses antes; no recuerda antecedente traumático directo ni indirecto al primer episodio ni tampoco de otra patología en dicho codo y extremidad superior. Las molestias se han acentuado en su frecuencia durante los últimos seis meses. No refiere haber tenido tumefacción, calor o enrojecimiento en el codo y nunca se vio restringido el rango de movimiento articular, pero tiene aprehension en las actividades diarias que le exigen estirar su codo.

Nunca sintió crujiidos ni fallos y el dolor cedía en cuanto se resolvía el bloqueo por manipulación del codo, lo cual llevaba a cabo él mismo.

La exploración del codo es completamente normal salvo la palpación de un chasquido en los últimos grados de la extensión, sobre todo con el antebrazo en pronación. El primer estudio diagnóstico que se llevó a cabo fue una radiografía simple del codo en proyección A-P y lateral, (Fig. 1a-b) comprobándose en la primera una rarefacción a nivel del surco por lo que se decidió practicar un T. A. C. (Fig.3) En él se comprueba dicha zona rarefacta de bordes esclerosos compatible con osteocondritis discante o con osteoma osteoide, pero la no visualización de nidus y la falta de correlación clínica hizo menos sugerente esta última posibilidad.

Con esta impresión diagnóstica y dado el estadio con clínica, prolongada y sin desprendimiento del área osteocondrítica de su lecho,



Figuras 1a y b: Radiografía Lateral y oblicua iniciales. Apreciándose tan solo en la oblicua una rarefacción a nivel del surco troclear.

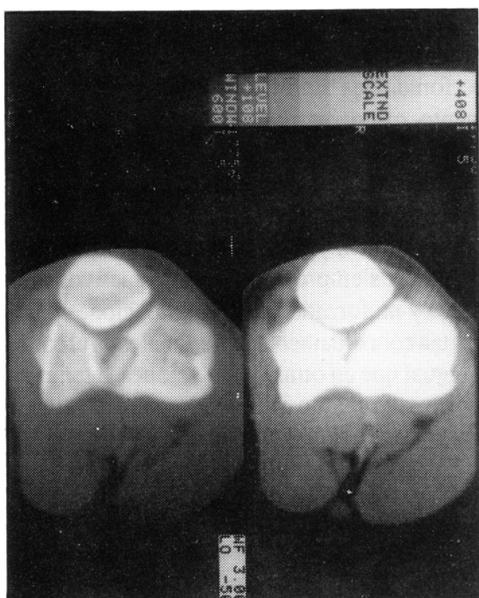


Figura 3: T.A.C. inicial donde se aprecia un fragmento osteocondral dentro de un nicho escleroso.

se decide inmovilizar el codo en cabestrillo durante dos meses, al cabo de los cuales el paciente sigue con las mismas molestias, por lo que se decide practicar artrotomía exploradora por vía posterior con osteotomía del olécranon comprobándose continuidad del cartílago articular, que sin embargo, presenta un área de menor consistencia en el centro de la tróclea. Se procede entonces a reseca la prominencia del borde externo de la misma y se practican perforaciones hasta el hueso subcondral en el área reblandecida. Se sintetiza el olécranon con obenque e inmovilización postoperatoria durante cuatro semanas con férula de yeso. A las tres semanas de retirado el yeso flexiona completamente el codo y tiene un déficit de cinco grados para la extensión, no presentando dolor ni bloqueos. A los nueve meses de la intervención se practica un nuevo T. A. C. comprobándose un relleno óseo del ochenta por ciento de la zona osteocondrítica permaneciendo un defecto central (Fig. 4). En estas mismas fechas se retira el material de osteosíntesis del olécranon, después de lo cual

el paciente moviliza el codo con normalidad sin dolor ni aprehensión. (Fig. 5).

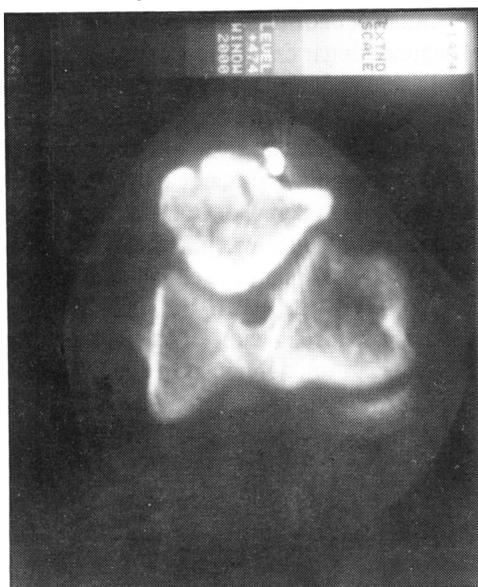


Figura 4: T.A.C. de control a los 4 meses previo a la extracción del material apreciándose una incorporación del fragmento osteocondral.

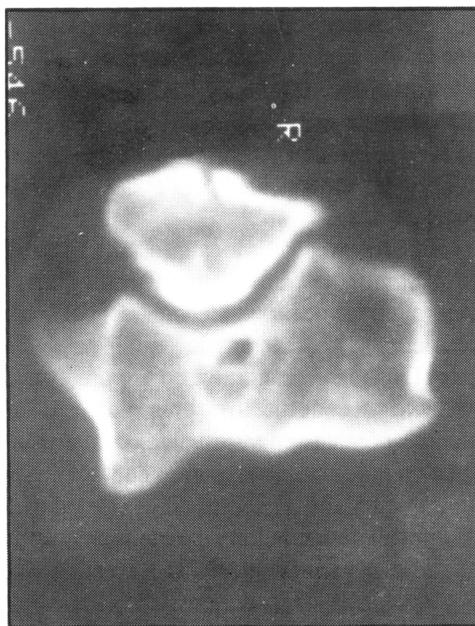


Figura 5: T.A.C. tras la Extracción del material donde vemos un relleno prácticamente total de la cavidad y una articulación congruente.

### Discusión

La osteocondritis disecante del codo ocupa el segundo lugar en frecuencia después de la localización en rodilla (1 y 3). La época de la vida en que más frecuentemente se diagnostica es la adolescencia, siendo la gran mayoría de los casos unilaterales, con mayor predilección por el lado derecho. Como dijimos en la introducción, la localización típica es el capitellum y en pocos casos la cúpula radial (4, 5, 6). GRENIER y ROULEAU (7) describieron dos casos de localización en olécranon y fosa olefrania. Ambos eran boxeadores profesionales y dichos autores concluyeron que el microtraumatismo repetido por hiperextensiones repetidas forzadas del codo constituye la causa de la lesión. No obstante en el momento del diagnóstico existían cuerpos libres articulares y cráter en el olécranon, por lo que tampoco se podía descartar que la lesión inicial hubiera sido una fractura osteocondral.

La localización típica encaja mal con la hipótesis etiológica de microtrauma repetitivo pues la frecuencia no aumenta, como así debiera ocurrir, en los trabajadores de perforadoras neumáticas en los que el choque repetido de la cúpula radial y capitellum podría presumir una mayor facilidad para el desarrollo de osteocondritis.

En nuestro casos la localización es del todo atípica y nuestro paciente no sufría microtraumas repetidos de hiperextensión del codo por sus actividades; además la laxitud articular global no era supranormal en las pruebas al respecto y el codo afecto no presentaba desviaciones anómalas en varo-valgo, comprobándose un grado de disaposición de siete centímetros lo cual está dentro de la normalidad. Así pues nos inclinamos por la hipótesis de necrosis avascular focal ósea como mejor explicación de la extraña localización en nuestro paciente.

La clínica fue característica así como los hallazgos radiográficos y de T. A. C. Los

resultados del tratamiento muy satisfactorios aunque hay autores que aconsejan no realizar perforaciones sino tan sólo extirpar el fragmento osteocondrítico si está suelto de su lecho (8, 9).

Queremos hacer hincapié en la buena visualización por el abordaje, con osteotomía del olécranon, y en la importancia de la rehabilitación siempre con ejercicios activos precoces y no forzados sin manipulaciones pasivas tan conocidamente perjudiciales en el codo. Al igual que en otras articulaciones la temprana libertad de movimientos ayuda al relleno fibroblástico de las perforaciones.

### Bibliografía

1. PAPPAS, A. M.: "Osteochondrosis dissecans" Clin. Orthop. Relat. Res. 1981, 158, 59-69.
2. EICHENAUER, M.; WODLINGER, R.: "Aseptische nekrosen und osteochondrosis dissecans des ellbogengelenkes" Orthopade 1988, 17: (4), 374-81.
3. LINDHOLM, T. S.; OSTERMAN, K.; VAN-KA, E.: "Osteochondritis dissecans of elbow, ankle and hip: A comparison survey" Clin Orthop. Relat. Res. 1980: 245-253.
4. HERMANS, G. P. H. "Osteochondritis dissecans of the elbow joint" Orthopade 1981, 10/4: 335-337.
5. WIESER, R.; SCHEIER, H.; MEYER, R. P.: "Osteonecrosis of the elbow joint" Orthopade, 1981, 10/1 68-71.
6. WOODMARD, A. H.; BIANCO, A. J. Jr. "Osteochondritis dissecans of elbow" Cln. Orthop. (Phila). 1975, 110. 35-41.
7. GENIER, R.; ROLEAU, C.: "Boxer's elbow : An extension and hypertension injury" J. Sports. Med. 1975: 3/6. 282-287.
8. GAUER, E. F.; SCHULTZ, K. P.; WIRTH, H, G.: "Osteocgondrossis dissecans of the elbow joint and the therapy depeding on stage of development" Z. Orthop. Ihere. Grenzgeb. 1979: 117/3: 315-322.
9. WIASMITINOW, N. P.; BRANDENBERG, J.; RODRIGUEZ, M.: Osteochondritis dissecans of the elbow, conservative and operative threatment". Ortopade. 1981: 10/4: 335-7.