

Parálisis del nervio interóseo posterior tras luxación posterolateral de codo

J. J. ASENJO SIGUERO y F. LÓPEZ-OLIVA MUÑOZ

Servicio de Traumatología, Centro de Rehabilitación FREMAP, Majadahonda. Madrid.

Resumen.—Se presenta un infrecuente caso clínico de parálisis del nervio interóseo posterior en asociación con luxación de codo. La discusión argumenta sobre la patogenia y bases anatómicas que pueden justificar esta asociación.

POSTERIOR INTEROSSEUS NERVE PALSY AFTER POSTERIOR ELBOW DISLOCATION

Summary.—We report an uncommon case of posterior interosseus nerve palsy in association with an elbow dislocation. The authors discuss about the mechanism and anatomical basis of this lesion.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de complicaciones neurovasculares tras luxación de codo es superior al 5% de los casos. La lesión de la rama profunda del nervio radial en asociación a traumatismos del codo ha sido más frecuentemente descrita tras fracturas luxaciones de Monteggia (1). Tanto el mediano como el cubital son lesionados con cierta frecuencia en la luxación pura de codo (2) pero el nervio radial o una de sus dos ramas interóseas resultan más raramente afectados. No hemos encontrado en la literatura reciente nuevas aportaciones de casos de esta rara asociación pero ya Cherry (3) en 1948 mencionó su existencia.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 28 años de edad que sufre caída practicando carrera sobre el miembro superior derecho, forzando una hiperextensión del codo. A su ingreso en Urgencias tras una hora de evolución presentaba la siguiente exploración: deformidad anatómica en

codo derecho, impotencia funcional y déficit para la extensión de muñeca y dedos, no existía alteración de la sensibilidad distal del miembro afecto.

El estudio radiológico (Fig. 1) mostró una luxación posterolateral de codo. Bajo anestesia general se realizó reducción incruenta de la luxación comprobándose la existencia de signos de lesión de la rama profunda del nervio radial. Se procedió a la inmovilización con férula braquial y férula dinámica extensora en muñeca y dedos, iniciando tratamiento rehabilitador de forma inmediata.

El estudio electromiográfico confirmó la neuroapraxia del nervio interóseo posterior. La recuperación de la lesión nerviosa fue completa y se produjo a los cuatro meses del accidente.

DISCUSIÓN

La mayoría de las lesiones nerviosas tras luxaciones de codo son neuroapraxias y como en nuestro caso se resuelven espontáneamente tras un corto período de observación y prevención de deformidades residuales (4).

Los mecanismos por los cuales el nervio radial se puede ver afectado de forma aguda en una lesión de codo fueron descritos por Spar: traumatismo directo, atrapamiento entre el cúbito y el radio y estiramiento y compresión del nervio en la arcada de Frohse. Cuando está bien definida

Correspondencia:

J. J. ASENJO SIGUERO
Centro de Rehabilitación FREMAP
Carretera Pozuelo-Majadahonda, km 3,5
28220 Majadahonda, Madrid



Figura 1. Estudio radiológico de urgencia del caso de luxación posterolateral del codo con parálisis radial asociada.

esta estructura anatómica se trata de un arco fibroso bajo el que el nervio interóseo posterior entra en el músculo supinador corto. La compresión del nervio en la arcada de Frohse es un mecanismo patogénico muy interesante y explica muy bien cómo el nervio interóseo posterior puede verse lesionado de forma aislada sin afectación de la rama sensitiva del nervio radial.

La arcada de Frohse sufre tras luxación posterolateral del codo una importante deformación y alteración de su tensión (5). El nervio interóseo posterior que pasa bajo la arcada tras la división del nervio radial se puede ver comprimido y estirado mientras los huesos del codo se mantienen luxados (Fig. 2).



Figura 2. Esquema de las relaciones anatómicas del nervio radial en la luxación de codo.

Como en el caso que ilustramos esta compresión produce una neuroapraxia de la rama profunda con una parálisis radial sin afectación sensitiva. La asociación de la arcada de Frohse con parálisis del nervio interóseo posterior ya fue descrita por Spinner (6) en 1968. Hay que destacar que sólo en el 30% de la población se encuentra presente esta estructura anatómica. La arcada de Frohse por tanto constituye un importante factor lesional del nervio interóseo en los traumatismos severos del codo en aquellos pacientes en que se encuentre presente esta variedad anatómica (Fig. 2).

Bibliografía

1. Engber WD, Keene JS. Anterior interosseous nerve palsy associated with a Monteggia fracture. *Clin Orthop* 1983;174:133-7.
2. Galbraith KA, McCulough CJ. Acute nerve injury as a complication of closed fractures or dislocations of the elbow. *Injury* 1979;11:159-64.
3. Cherry JC. Dislocation of the elbow. *Practitioner* 1948;160:191-5.
4. Spar I. A neurologic complication following Monteggia fracture. *Clin Orthop* 1977;122:207-10.
5. Roles NC, Maudsley RH. Radial tunnel syndrome. *J Bone Joint Surg* 1972;54B:499-505.
6. Spinner M. The arcade of Frohse and its relationship to posterior interosseous nerve palsy. *J Bone Joint Surg* 1968;54B:809.