

Comentarios a *¿Cuál es su diagnóstico?* (del vol. 5, núm. 2)

(Medicina de Familia (And) 2004; 5: 106)

Respuestas razonadas: A-4, B-4

La radiología muestra **luxación posterior del codo** (Fig. 1), que se trató con reducción inmediata bajo sedación con midazolám, y posterior inmovilización con férula posterior a 90° más vendaje y elevación.

La luxación traumática del codo representa el 20% de todas las luxaciones, después de las del hombro y las interfalángeas¹, y del 11 al 28% de todas las lesiones del codo².

La **luxación más frecuente es la posterior**²; siendo el mecanismo de lesión la **caída con el brazo en hiperextensión**¹.

La historia clínica debe incluir, mecanismo lesional, tipo y localización del dolor, grado de sensibilidad inmediata, trastornos motores y circulatorios, tratamientos previos a la exploración y mecanismo lesional, cuando se inicia el derrame y antecedentes de lesiones del codo previas¹.

La evaluación clínica comienza con la inspección. El paciente característicamente se sujeta el brazo que muestra una inestabilidad variable y una tumefacción importante². Es fundamental la **exploración neurovascular cuidadosa**, antes de obtener radiografías o de realizar manipulaciones. Tras la reducción deben repetirse dichas exploraciones².

En la **exploración radiológica** deben obtenerse proyecciones antero posteriores y laterales convencionales del codo, para descartar posibles fracturas asociadas en dicha región².

El **tratamiento conservador** de la luxación posterior² debe ser inicialmente cerrado bajo analgesia y sedación. Así mismo puede emplearse anestesia general o regional. La reducción se realiza aplicando tracción distal con el codo flexionado. A continuación se evalúa el estado neurovascular del codo y la estabilidad del mismo. Se realiza a continuación radiografías de control tras la reducción² (Fig. 2).

El **tratamiento posterior** consiste en una férula posterior a 90° con vendaje circunferencial flojo y elevación², vigilando la aparición de tumefacción y edema del antebrazo. La movilización suave y precoz del codo se asocia a mejores resultados a largo plazo^{3,4}. Hay que evitar los ejercicios de movilización pasiva forzada ya que pueden provocar una nueva luxación. La inmovilización prolongada se asocia a malos resultados y más contracturas en flexión.

La flexión activa se inicia en 3-5 días para conseguir la máxima movilidad posible en el caso de que la articulación sea estable posreducción. La movilidad y la fuerza pueden tardar entre tres y seis meses en recuperarse.

Las **complicaciones**¹ más importantes a tener en cuenta son: *déficit de los últimos 10° de extensión completa y cierto grado de limitación a la flexión*, muy comunes salvo que se realiza un programa de rehabilitación intenso, *lesiones traumáticas de nervios periféricos* (mediano, cubital y plexo braquial), *compromiso vascular secundario* al derrame (síndrome compartimental) o a lesión directa de la arteria braquial y *miositis osificante*.

Referencias bibliográficas

1. Iversen LD, Swiontkowski MF. Patología del codo y el antebrazo. Manual de Urgencias en Ortopedia y Traumatología. Barcelona: Mason; 1996.
2. Koval KJ, Zucckerman JD. Codo. Fracturas y Luxaciones. 2ª ed. Madrid: Marbán; 2003.
3. Ross G, McDevitt ER, Chronister R, Ove PN. Treatment of simple elbow dislocation using an immediate motion protocol. Am J Sports Med 1999; 27: 308-11.
4. Farron A, Menetrey J. Isolated dislocation of the elbow. Swiss Surg. 1997; 3: 172-6.

Figura 1



Figura 2

