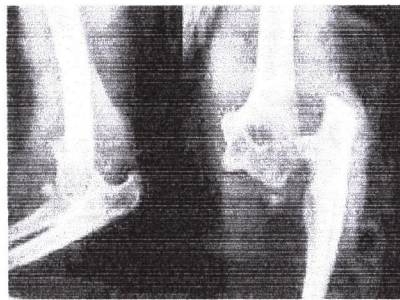


UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON  
FACULTAD DE MEDICINA  
QUINTO AÑO

M-2  
Tesis  
0629.T  
2002

# TRAUMATOLOGIA

## LESIONES TRAUMATICAS DE CODO



**DOCENTE : Dr. Ricardo Zabala**

**ALUMNOS:**

**Raquel Oquendo Melendez  
R. Alex Ortega Martinez**

**Cochabamba – Bolivia**

115

25

## **LESIONES TRAUMATICAS DE CODO**

### **ANATOMIA**

El Codo es la parte del miembro superior que corresponde a la articulación del codo. Está limitado por dos líneas circulares que pasan una a dos traveses del dedo por encima , y la otra a dos traveses del dedo por debajo del pliegue de flexión del antebrazo sobre el brazo.

#### **Región del pliegue del codo**

Está limitada lateralmente por dos líneas verticales que pasan por las partes mas salientes del epicóndilo y de la epitroclea presenta tres salientes uno medio obicipitobraquial, cuyo vértice, dirigido hacia abajo, corresponde al tendón del bíceps; otro lateral interno o epitroclear de vértice superior, que está formado por los músculos epitrocleares y el tercero, lateral externo, lo forman los músculos supinadores y radiales.

Las eminencias laterales están separadas de la medial por los surcos bicipital externo interno. Estos dos surcos se reúnen en la parte media del pliegue del codo y forman una V abierta hacia arriba que abraza una elevación medial

Los Puntos de Referencia óseos normales son 3 eminencias: la epitroclea, epicóndilo y el olécranon que forman un triángulo "neiaton".

La estabilidad de la articulación del codo está determinada por la fijación de la tróclea al húmero de la cavidad troclear del cúbito, por los soportes musculares, tendinosos y ligamentarios. Debido a que esta articulación es de gran movilidad sus estructuras pueden sufrir fácilmente distensiones, subluxaciones o esguinces, también sufrir serias complicaciones vasculares y nerviosas.

## **BIOMECANICA**

- Normalmente estando el paciente en posición de pie, los miembros superiores se presentan adosados al tronco y los muslos. El brazo se halla en ligera rotación, el antebrazo y la mano en media pronación.
- El eje del brazo y las líneas claviculares determinan un ángulo abierto hacia abajo y adentro de aproximadamente  $110^\circ$  y si este ángulo es mayor diremos que el miembro superior está en abducción y por el contrario si es menor en aducción.
- El eje del brazo visto en proyección lateral es perpendicular a una línea horizontal tangente al acromión. Si este eje determina con dicha línea un ángulo anterior menor de  $90^\circ$  se dice que el miembro está en flexión y si el ángulo menor de  $90^\circ$  está dirigido hacia atrás el miembro superior está en extensión.
- Estando el codo en extensión los ejes del antebrazo y del brazo forman un ángulo abierto hacia fuera de aproximadamente  $170^\circ$  llamado **cúbito vulgo fisiológico** en

ciertas ocasiones este ángulo aparece invertido o sea abierto hacia adentro lo que se conoce como cúbito varo. (principalmente como secuela de fracturas de la extremidad inferior del húmero).

### **Movilidad articular**

- Tiene una flexión que normalmente excursiona de los 180 a 90°.
- Extensión en sentido inverso a la flexión de los 40° a los 180° algunos individuos pueden sobrepasar los 180° o sea hiperextender el codo.

### **Pronosupinación**

- El codo es una articulación con gran movilidad con flexión de 0° - 150°, cuando es imposible la extensión completa del codo esta se mide en valores negativos.
- La pronación y supinación se producen por la rotación de la cabeza del radio sobre el cóndilo del húmero. El recorrido normal es de 180° y la posición de partida, ha de ser la mano en supinación máxima.

### **LUXACION DEL CODO**

Dislocación parcial o total de un extremo articular por violencia exterior comprometiendo cápsula y ligamentos.

### **LUXACIONES RADIOCUBITALES POSTERIORES**

- Arrancamiento braquial anterior de la apófisis coronoides, los huesos del antebrazo se desplazan hacia atrás y afuera o atrás y adentro.

### **Etiopatogenia**

Caída sobre la mano con el brazo en extensión o por un golpe sobre el codo.

### **Manifestaciones clínicas**

Codo en semiflexión, sosteniendo el antebrazo con la mano sana y manifestando gran dolor, impotencia funcional marcada y deformidad.

### **Examen físico**

**Inspección.-** Aumento de volumen del codo con olécranon prominente.

**Palpación.-** Se palpa prominencia por encima del pliegue del codo, también se aprecia una depresión de la cavidad sigmoidea mayor y por fuera la cabeza del radio, el tendón del tríceps aparece desplazado hacia atrás.

### **Diagnóstico**

Por examen físico más radiología, se observa superposición de la paleta humeral y el extremo proximal del antebrazo que puede estar desplazado en sentido lateral.

### **Diagnóstico diferencial**

- Contusiones
- Esguinces
- Fracturas

### **Pronóstico**

Con reducción inmediata de buen pronóstico



## **Tratamiento**

**Tratamiento de urgencia.-** Reducción precoz y cuidadosa para aliviar el dolor,

Analgésicos.

**Tratamiento definitivo.-** Reducción con anestesia y relajación muscular completa que permita restitución de la articulación.

## **Rehabilitación**

- Movimientos activos de la mano y la articulación del hombro
- Fisioterapia.

## **Complicaciones**

Fracturas, lesiones vasculares y nerviosas

**Tardías:** miositis osificante y angulosis periarticular.

## **LUXACIONES AISLADAS DEL RADIO**

**(LUXACIONES RADIO - HUMERALES) O PRONACIONES DOLOROSAS**

Se presentan generalmente en niños de 2 a 3 años de edad.

## **Etiopatogenia**

Niño cae estando cogido de la mano por un adulto o cuando es tirado del brazo, tracción en la extremidad con el codo, extendido y el antebrazo en pronación.

## **Manifestaciones clínicas**

Niño rehusa utilizar el brazo manteniendo el codo en ligera flexión, no puede llevar a supinación porque le resulta muy doloroso.

### **Examen físico**

**Inspección.**- Codo en ligera flexión, sin utilizar la mano.

**Palpación.**- Dolor exquisito en la región del codo (cabeza del radio) el dolor se incrementa con la supinación.

### **Diagnóstico**

Se lo hace por los antecedentes y el examen físico, la radiología no es necesaria.

### **Tratamiento**

Sin anestesia con el codo flexionado en ángulo recto produce rápidamente la supinación mientras que se ejerce presión sobre la cabeza del radio con el pulgar.

## **LUXACIONES CON FRACTURAS**

### **LUXACION ANTERIOR DEL CODO CON FRACTURA DEL OLECRANON**

#### **Etiopatogenia**

Por golpe o una caída sobre la cara posterior de la porción proximal del antebrazo, lo cual provoca fractura del cúbito e impulsa ambos huesos del antebrazo hacia delante. También se incluye a este grupo las fracturas por golpe lateral, fractura conminuta de la cabeza del radio, diáfisis del radio y del cóndilo humeral.

#### **Manifestaciones clínicas**

Dolor intenso, paciente sujeta el brazo lesionado con la mano del miembro opuesto.