

MED
TESU
A 284F

UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMON

FACULTAD DE MEDICINA

QUINTO AÑO

FRACTURAS DE CODO

DOCENTE: Dr. Ricardo Zavala

ALUMNOS: Aguirre Navarro Juan C.

Ajata Rebollo Luis

MATERIA: Traumatología

Cochabamba - Bolivia

PATOLOGIA DEL CODO

El Codo

Reseña anatómica.

Recordemos que, la tróclea del húmero se articula con el cúbito y que el cóndilo de la paleta humeral se articula con la cápsula del radio. Por lo tanto, la articulación humero cubital (Diartrosis) es sobre la cual se realizan los movimientos de flexoextensión y sobre la articulación humeroradial (Trocoide) los movimientos de pronosupinación.

El cúbito con el húmero delimitan en la cara dorsal del codo dos surcos o canales, el epitrocleo olecraneano interno y externo; el epitrocleo olecraneano interno ya que en su trayecto transcurre el Nervio Cubital.

En la cara anterior del codo, el músculo bíceps con su relieve contribuye a conformar el surco bicipital interno y externo; en la profundidad del primero encontramos el paquete humeral (arteria, venas y nervio mediano), y en el segundo el nervio radial.

La articulación del codo se encuentra completa en el feto de término.

Los centros de osificación secundarios se hacen presentes en una secuencia ordenada, según edad y sexo:

	Varón	Mujer
Cóndilo	5 meses	4 meses
Radio	5 años	4 años

Epitroclea 7 años 5 años

Tróclea 9 años 8 años

Olecranon 10 años 9 años

Epicóndilo 10 años 10 años

Los núcleos del epicóndilo, cóndilo y troclea se fusionan entre sí sobre la pubertad y a su vez con el macizo inferior del húmero entre los 15 y 17 años.

El epitroclea y el olécranon se fusionan entre los 15 y 18 años.

El epicóndilo, el olécranon y la epitroclea se encuentran ubicados en el mismo plano axial; por lo tanto si se observa el codo desde su cara dorsal y en extensión completa la unión de estos tres reparos anatómicos formará una línea recta. Si el codo se encontrará en flexión de 90° , estos puntos determinarían un triángulo aproximadamente equilátero. La observación e inspección de estos puntos en un codo traumatizado son maniobras semiológicas para tener en cuenta.

El eje del brazo sobre el antebrazo, determina el Angulo de Porte de un valor de 10 a 15 grados en valgo. Cualquier desviación en varo y mayor valguismo, debe ser considerada como signo o secuela de patología en la articulación del codo.

ARTICULACIÓN DEL CODO. VISTA ANTERIOR

En el tercio inferior del brazo se ha dejado un segmento de la masa muscular del **braquial anterior**, cuyo tendón se ve insertándose en la cara inferior de la **apofisis coronoides**, del cubito. Se ha conservado el **tendón del bíceps** llegando a la tuberosidad bicipital, así como la **bolsa serosa** contigua a dicho tendón. Se ve la parte anterior de la **cápsula de la articulación del codo**, reforzada por el **ligamento oblicuo anterior**, que se extiende desde la parte anterior de la epitroclea hasta el ligamento anular de la articulación radiocubital superior. Hacia adentro se ven los **fascículos anterior y medio del ligamento lateral interno**, el primero extendido de la parte anteroinferior de la epitroclea a la parte anterointerna de la apofisis coronoides del cubito, el segundo insertado por arriba en el borde inferior de la epitroclea muy por abajo en la cara interna de la apofisis coronoides. Hacia el lado externo de la articulación se ve el **fascículo anterior del ligamento lateral externo**, que por arriba se inserta en la parte anteroinferior del **epicondilo** y por abajo se confunde con el ligamento anular, sobre el cual deslizan sus fibras internas para alcanzar el borde anterior de la pequeña cavidad sigmoidea del cubito. Se han conservado segmentos de la **arteria humeral** y del **nervio mediano**, desde un poco debajo de la parte media del brazo hasta el codo. La arteria humeral se ve bifurcándose en **arterias radial y cubital** que han sido seccionadas a nivel del tercio superior del antebrazo. De la arteria radial se ve el origen de la **arteria recurrente radial anterior** que asciende por delante del epicondilo para anastomosarse con la rama anterior de la **arteria humeral profunda**, cuya parte inferior se ha conservado. De la arteria cubital emerge el **tronco de las recurrentes cubitales** que a su vez emite las **arterias recurrentes cubital anterior y recurrente cubital posterior** que ascienden respectivamente por delante y por detrás de la epitroclea para anastomosarse con las **colaterales internas superior e inferior**, ramas de la humeral, formando un círculo arterial entorno a la epitroclea. Saliendo también de la cubital se ve el **tronco de las interóseas**, que poco después da origen a las **arterias interósea anterior e interósea posterior** las cuales se aplican a las caras correspondientes de la membrana interósea, viéndose a la interósea posterior pasar a la región posterior del antebrazo a través de la parte superior de la membrana.