

Folleto Educativo



LESIONES DE CODO.

Y tratamientos.

ORTOMEDIC
Una empresa integral

CRITERIOS

La articulación del codo está formada por: la extremidad distal del húmero, también llamada paleta humeral; la extremidad proximal del cubito llamada olecranon; y la extremidad proximal del radio, denominada cabeza cúpula radial. Diversas lesiones ocurren a nivel de la articulación del codo, pudiéndose mencionar: la fractura de la extremidad distal del húmero, fracturas olécranon, fracturas de la diáfisis de cubito y radio, luxofracturas de codo, y luxaciones de codo.



Todas estas lesiones son tratadas de forma diferente, dependiendo de su tipo y grado; teniendo como denominador común la inmovilización de la articulación y su posterior rehabilitación, siendo [la órtesis de codo con bloqueo](#) una elección idónea, tanto para la inmovilización de 0 a 90 ° como su posterior movilización con un sistema estabilizador, gracias a su articulación con sistema de bloqueo y/o control de la flexo-extensión. El sistema ligamentoso por su parte se encargará de manera natural de la estabilización de la articulación del codo (ligamento colateral cubital, ligamento anular del radio, ligamento colateral radial, etc.).

Distintas lesiones ocurren en la articulación pudiendo diferenciarse fracturas de la extremidad distal de húmero, fracturas de la diáfisis de cúbito y radio, luxofracturas de codo y luxaciones de codo.

1-Fracturas Distales: Dentro de las fracturas distales, encontramos fracturas extra-articulares, fracturas unicondíleas-intrarticulares y fracturas bicondíleas, mostrando una sintomatología clínica de hinchazón, dolor e impotencia funcional. El tratamiento dependerá de si la fractura es sin desplazamiento siendo este incruento, mientras que las desplazadas en su mayoría se procederán al tratamiento quirúrgico, siendo lo importante procurar una buena fijación para su pronta rehabilitación.

2-Fracturas Olécranon: Aquí se pueden mencionar dos tipos; la fractura transversa de olécranon con o sin arrancamiento de la punta, y la multifragmentaria, cuyo tratamiento será quirúrgico.

3-Fracturas de la cabeza radial: Pueden diferenciarse las fracturas por cizallamiento de la cabeza radial, fractura simple de la cabeza radial en el centro, fractura de cuello radial, debiendo ser tratadas mediante diversas técnicas de fijación quirúrgica.

4- Luxación de codo: la luxación de codo pueden ser posteriores, lateral de codo, de cabeza de radio, o de pronación dolorosa (codo de niñera), presentando como síntomas inflamación, dolor, e impotencia funcional.

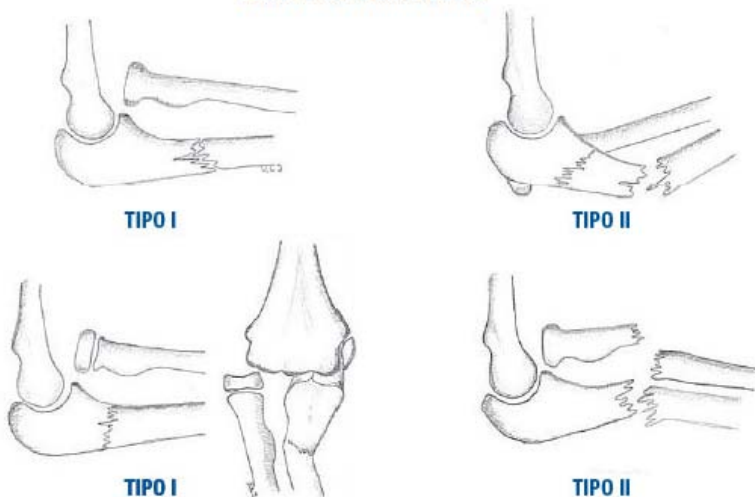


5-Luxo-fractura de codo Podríamos clasificarlas en: Luxofractura de Monteggia (luxación de la cabeza de radio con fractura del tercio proximal de cúbito), y la luxación con fracturas de la apófisis coronoides, fracturas de la diafisis de cúbito y radio diferenciando la fractura de radio, cúbito, y cúbito-radio. Estas lesiones anteriormente descritas (luxaciones, fracturas, etc.), pueden agravarse cuando se acompañan de lesiones nerviosas, según su incidencia, varia.

Tanto las fracturas como las luxaciones cerradas tratadas con placas se encuentra entre 0.7-10.2 % de los casos de lesiones de articulación del codo. En las fracturas-luxaciones de Monteggia la incidencia es mayor (5- 30 %). Las lesiones nerviosas pueden suceder en el momento de producirse la fractura-luxación, durante un síndrome compartimental no diagnosticado, como secuela de una fractura-luxación no reducida, o en cualquier momento del tratamiento (abierto o cerrado).

El nervio que se afecta más frecuentemente es el nervio radial inmediatamente proximal o a nivel del origen del nervio interóseo posterior. Esto se ve con más frecuencia en las fracturas-luxaciones de Monteggia.

FRACTURA DE MONTEGGIA



El nervio interóseo anterior se puede lesionar durante la colocación de una placa en el abordaje anterior o durante la retracción del FLDG o del FPD, pues se encuentra entre ellos dos. El nervio cubital se puede lesionar cuando pasa entre las dos porciones del músculo cubital anterior o puede quedar enganchado en la zona de fractura-luxación durante la lesión o durante la reducción. La rama superficial del nervio radial se puede lesionar en el abordaje posterior.

Si la lesión nerviosa se ha provocado con el tratamiento, se ha de explorar; sino, se ha de esperar un período de 12 semanas de observación. La ortesis de codo al haber sido diseñada como sistema modular podremos optar por un brace de antebrazo sin inclusión de mano o en el caso de las parálisis podremos adoptar un brace de antebrazo con inclusión de mano, pudiendo intercambiarse dependiendo de si vamos a compartir la ortesis de codo con alguna ortesis de rehabilitación de parálisis de la mano. Ejemplo (ortesis para la parálisis radial, férulas de Hamacas). Provista de una articulación policéntrica que nos regula la flexo- extensión del codo en un rango de 0 a 90 grados con intervalos de 30 en 30 en grados. Se adjunta una banda de soporte de antebrazo (desgravatoria), que nos permite un mayor confort en el uso de la órtesis.



56-02 2698090-2698089

www.ortomedic.cl

Julio Prado N° 1665, Santiago.