

**Importancia:**

- En adultos: 2ª articulación más frecuentemente luxada, tras el hombro. Edad media 30 años
- En niños: es más frecuente la pronación dolorosa (sobre todo niñas, lado izq, 2-3 años)
- El retraso en la reducción puede ocasionar síndrome compartimental.

**ESTABILIZADORES DEL CODO**

- **ESTATICOS PRIMARIOS**
  - **Articulación húmero-cubital...** es el **principal estabilizador estático**.
    - Se necesita: el 50% de Coronoides y más del 33% del Olécranon.
  - **LCM:** es el **principal estabilizador al valgo**, sobre todo el **HAZ ANTERIOR**.
  - **LIGAMENTO COLATERAL LATERAL –LCL-**: lig anular, lig col radial, **lig col ulnar lat –LCUL**, es el principal- y lig accesorio. *Su lesión es la causa más frecuente de la inestabilidad del codo.*
- **ESTATICOS SECUNDARIOS:**
  - Articulación radiohumeral.
  - Cápsula: importante en extensión, irrelevante en flexión.
  - Orígenes de la Musculatura flexora-pronadora medial y extensora-supinadora lateral.
- **DINAMICOS:** músculos que cruzan el codo: ancóneo, bíceps, tríceps y braquial anterior

**MECANISMO:** caída con el codo en EXTENSIÓN parcial, VALGO, SUPINACIÓN y COMPRESIÓN axial.

Daño secuencial **3 estadios:**

1. Rotura de LCL.
2. Rotura de cápsula anterior y posterior.
3. Luxación completa humero-radio-cubital.
  - 3a. Sin lesión de LCM
  - 3b. Se lesiona el LCM, finalmente.

**CLASIFICACIÓN:** Usualmente la luxación de codo es *cerrada y posterior*.

- **SIMPLES:** sin fractura.;
- **COMPLEJAS:** con fractura. ([Ver complex elbow dislocations](#))
- Según la dirección: POSTERIOR, POSTEROLATERAL (la + frec), POSTEROMEDIAL, LATERAL, MEDIAL, ANTERIOR y DIVERGENTE. ([Ver Posteromedial Elbow Dislocations w/o Osseous Lesions. Characteristics, Tissue Injury Patterns, Treatments, and Outcomes](#))

**EXAMEN FISICO**

1. **VASCULAR:**
  - En lux cerradas: es rara.
  - En luxaciones abiertas: puede lesionarse la ARTERIA BRAQUIAL por hiperextensión ([Ver Closed elbow dislocation and brachial artery damage](#))
2. **NEUROLÓGICA:** 20%: NEUROAPRAXIA transitoria por TRACCIÓN
  - **N CUBITAL:** en niños se asocian con FRACTURA DE EPITRÓCLEA.
  - **N MEDIANO:** puede atraparse tras la reducción, o por hiperextensión en luxaciones abiertas.
  - **N INTEROSEO ANTERIOR –NIA-**: incapacidad para hacer una O con 2º ó 3er dedos
3. **SINDROME COMPARTIMENTAL:** si la reducción se demora, su dolor puede estar enmascarado por el de la luxación, y además por la sedación consciente (necesaria para la reducción).
4. **REFERENCIAS ANATÓMICAS ÓSEAS:**
  - En extensión: línea recta de 3 puntos olecranon-epitróclea-epicóndilo.
  - En flexión 90º: RX lateral normal: olecranon siempre posterior a los epicóndilos.
  - En Luxación posterior: se puede palpar la concavidad de la fosita semilunar; al flexionar, protruye más el olecranon,
  - Muñeca-antebrazo: valorar posible lesión de ESSEX-LOPRESTI o fracturas asociadas.

EXAMEN RADIOLOGICO

- Siempre: RX simples AP y LAT pre y post-reducción (descartar LESIONES COMPLEJAS).
- Rx oblicuas.
- TAC.

TRATAMIENTO NO QUIRURGICO DE LA LUXACIÓN SIMPLE

Justificación: Nadie ha demostrado superioridad de la reparación quirúrgica del LCM ([ver MCL](#))

- REDUCCIÓN CERRADA y concéntrica... bajo sedación consciente monitorizada.
  - En Supinación: máxima tensión de la membrana interósea
  - En pronación: tensa el LCM

	<i>Posición</i>	<i>Tracción suave</i>	<i>Inmovilizar en</i>	<i>OJO</i>
<b>Lux posterior</b>	prono	Longitudinal + sobre olécranon	flexión 90º	Evitar hiperextensión
<b>Lux anterior</b>	supino	hacia atrás	flexión <90º	
<b>Lux interna y externa</b>	supino	contra la deformidad	flexión <90º	interposición nerviosa o del musc ancóneo
<b>Lux divergente</b>	supino		Supinación	

- SI NO SE PALPA PULSO: realizar reparación vascular.
- SI REDUCCIÓN ESTABLE en flexión de 60º: permitir flexión y extensión PROTEGIDA antes de 2 sem + Rehabilitación (dentro del arco estable y evitando valgo forzado)
  - Si se inmoviliza menos de 2 sem: la luxación recidivante es inusual
  - Si se inmoviliza más de 2 sem: es común la contractura en flexión ([Ver: flexion contracture; Simple elbow dislocation among adults: a comparative study of two different methods of treatment.](#))
- SI REDUCCIÓN INESTABLE en flexión de 30-60º:
  1. colocar en PRONACIÓN MÁXIMA (estira el LCM -principal estabilizador- y reduce la subluxación) +
  2. INMOVILIZAR CON YESO/ORTESIS CON BLOQUEO +
  3. hacer RX AP-LAT o fluoroscopia: Buscar en RX:
    1. espacio articular aumentado
    2. irregularidad articular
    3. malalineación.
  4. Si persiste INESTABILIDAD: INTERPOSICIÓN DE PARTES BLANDAS o FRAGMENTO OSTEOCONDRALE...hacer REDUCCION ABIERTA.

TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LA INESTABILIDAD/RELUXACIÓN via posterior ([Ver posterior approach](#))

Justificación: la reluxación conlleva inestabilidad severa al valgo (debido a la ROTURA DE LCM + Rotura de los MÚSCULOS FLEXORES-PRONADORES del antebrazo).

- TÉCNICA:
  - reparar LCM-LCL...aunque no asegura la estabilidad
  - fijador externo/interno articulado...permitirá movilidad precoz estable
  - Artroscopia... si sospechamos lesión intraarticular.

TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN COMPLEJA ([Ver Management of Complex Elbow Dislocations](#))

- Tratar la luxación con fr de cabeza radial ([Ver dislocation w/ radial head frx](#))
- Tratar la triada terrible ([Ver terrible triad](#))

TRATAMIENTO DE LA LUXACIÓN INVETERADA. Tras 3-4 sem, puede requerir REDUCCIÓN ABIERTA:

- TECNICA:
  - alargamiento del tríceps +
  - retirada del tejido fibroso +/-
  - Reconstrucción de coronoides con injerto de olecranon (controvertida) +
  - Estabilización... con aguja Kirschner- fijador externo/interno articulado

COMPLICACIONES

- a. INESTABILIDAD AL VALGO: valorar en pronación completa (reduce la subluxación post-lat)
- b. INESTABILIDAD POSTEROLATERAL: ([Ver posterolateral instability](#))
- c. OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA: profilaxis controvertida en luxación simple de codo. ([Ver heterotopic ossification](#))

[Surgical vs non-surgical treatment of ligamentous injuries following dislocation of the elbow joint. A prospective randomized study.](#)

[Simple dislocation of the elbow in the adult. Results after closed treatment.](#)

[Ligamentous injuries in dislocations of the elbow joint.](#)

[Posterior dislocation of the elbow.](#)

[Posterior dislocation of the elbow in children.](#)

[Fractures and dislocations about the elbow in the head-injured adult.](#)

[Elbow dislocation in children and adults. A long-term follow-up of conservatively treated patients.](#)

[Posterior dislocation of the elbow.](#)

[Recurrent dislocation of the elbow.](#)

[Dislocations of the elbow and intraarticular fractures.](#)

[Elbow subluxation and dislocation. A spectrum of instability.](#)

[Complex instability of the elbow.](#)

[Surgical treatment of persistent dislocation or subluxation of the ulnohumeral joint after fracture-dislocation of the elbow.](#)

[The Recurrent Unstable Elbow: Diagnosis and Treatment](#)

[elbow dislocations in children:](#)