

Antomía

El ligamento colateral cubital está formado por tres fascículos principales:

- Ligamento oblicuo anterior: Principal estabilizador medial desde los 20-120º de flexión. Mayor tensión en extensión.
- Ligamento oblicuo posterior: Principal estabilizador medial en máxima flexión. Forma el techo del túnel cubital. La contractura de este fascículo puede limitar la flexión del codo.
- Ligamento transverso.

Tiene su origen en el epicóndilo medial y se inserta medial a la apófisis coronoides.

[Anterior and posterior bands of the anterior bundle in the elbow ulnar collateral ligament: ultrasound anatomy](#)

[Importance of the posterior bundle of the medial ulnar collateral ligament.](#)

[Mechanoreceptors distribution in the human medial collateral ligament of the elbow](#)

[Understanding the medial ulnar collateral ligament of the elbow: Review of native ligament anatomy and function.](#)

Función

- Principal estabilizador medial del codo en flexión. Limitación de fuerzas en valgo.
- Estabilizador secundario también en extensión.
- La lesión del ligamento colateral medial junto con lesión de la cabeza radial puede producir importante inestabilidad de codo e incluso luxación.
- Puede existir laxitud del ligamento colateral cubital por sobrecarga repetitiva forzando el valgo de codo.

[Varus posteromedial rotatory instability: a biomechanical analysis of posterior bundle of the medial ulnar collateral ligament reconstruction](#)

Epidemiología

- La lesión de este ligamento se ha relacionado sobre todo con movimientos repetitivos en valgo, como los que se producen en los deportes de lanzamiento.

[Management of ulnar collateral ligament injury in throwing athletes: a survey of the American Shoulder and Elbow Surgeons](#)

[Medial Collateral Ligament of the Elbow: Acute Deterioration in Throwing Athletes](#)

Fisiopatología

- Traumatismos agudos: generalmente asociado a otras lesiones como luxación de codo. Valgo forzado de codo.
- Lesiones por sobreuso: microtraumatismos repetitivos que provoquen valgo forzado del codo puede producir lesiones del fascículo oblicuo anterior del ligamento colateral medial.
- Generalmente asociado a lanzadores, en los que se produce la mayor fuerza en valgo durante la fase de aceleración del lanzamiento.
- Se pueden producir lesiones iatrogénicas de este ligamento en procedimientos quirúrgicos.

Clínica

- Dolor medial o posteromedial en codo con impotencia funcional para realizar lanzamiento.
- Puede asociar clínica de irritación del nervio cubital, como dolor o parestesias en antebrazo y 4º y 5º dedos de la mano.

Exploración

- Dolor medial a la palpación de la inserción del ligamento colateral cubital o dolor medial al forzar el valgo.
- Tumefacción o hematoma medial.
- Puede asociar Tinel en canal del nervio cubital y síntomas de irritación del nervio cubital en codo.

Maniobras de exploración

- Test de valgo forzado: con el codo en 20-30º de flexión, húmero en rotación externa, se realiza maniobra para forzar el valgo del codo.
- Maniobra del “ordeñamiento”: con el hombro en abducción de 90º y el codo en flexión de 90º y antebrazo supinado se realiza tracción desde el pulgar para forzar el valgo en el codo. La lesión del ligamento colateral medial produce dolor, inestabilidad o aprensión.
- Test de valgo forzado en movimiento: en la misma posición que para realizar la maniobra de ordeñamiento, se realiza tracción del pulgar con el antebrazo flexionado a la vez que se realiza flexión y extensión del codo. La lesión del ligamento colateral medial produce dolor, inestabilidad o aprensión entre los 70 y 120º de movimiento. Este test tiene alta sensibilidad y especificidad.

[Acute severe valgus instability without elbow dislocation](#)

Pruebas complementarias

- Radiografía simple: descartar lesiones asociadas. Generalmente la radiografía es normal.
 - La exploración dinámica puede evidenciar asimetrías en el espacio articular, con un aumento del espacio articular medial.
 - Se pueden observar cambios crónicos, como osteofitos posteriomediales, en lesiones por sobreuso.
- RNM: mejor valoración de la localización y grado de lesión del ligamento por alteración de sus fibras.
- Artro-RNM: extravasación de contraste en lesiones completas.
- Ecografía: permite una exploración dinámica de la lesión.

[Magnetic resonance imaging–based classification for ulnar collateral ligament injuries of the elbow](#)

[Stress ultrasound in baseball players with ulnar collateral ligament injuries: additional value for predicting rehabilitation outcome](#)

[How much valgus instability can be expected with ulnar collateral ligament \(UCL\) injuries? A review of 273 baseball players with UCL injuries](#)

Tratamiento

- Conservador: reposo y terapia física.
 - Tratamiento de elección en la mayoría de los casos con lesión aislada del ligamento colateral medial.
 - 6 semanas reposo deportivo.
 - Fortalecimiento de musculatura flexo-pronadora.
- Quirúrgico: reconstrucción del ligamento oblicuo anterior
 - Si fracaso de tratamiento conservador.
 - Puede ser de elección lesiones agudas en deportistas o pacientes con alta demanda funcional o en casos de lesiones crónicas en los que ha fracasado el tratamiento conservador.
- Técnicas quirúrgicas
 - Reinserción mediante anclajes, sutura transósea u otras técnicas.
 - Reconstrucción con injerto tendinoso

[Elbow Ulnar Collateral Ligament Reconstruction Using a 4-Strand Docking Plus Technique.](#)

[Ulnar collateral ligament reconstruction in athletes using a cortical button suspension technique.](#)

[Rehabilitation and Return-to-Play Criteria Following Ulnar Collateral Ligament Reconstruction](#)

[Modified Jobe Approach With Docking Technique for Ulnar Collateral Ligament Reconstruction](#)

[Outcomes for ulnar collateral ligament reconstruction: a retrospective review using the KJOC assessment score with two-year follow-up in an overhead throwing population](#)

[Biomechanical comparison of graft fixation at 30 and 90 of elbow flexion for ulnar collateral ligament reconstruction by the docking technique](#)