

JUAN DAVID LACOUTURE

Ortopedia · Cirugía Hombro y Codo

GUÍA DE REHABILITACIÓN

Luxación Aguda de Codo

Dr. Juan David Lacouture

jdlacouture.com - juandavidlacouture@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Epidemiología y características clínicas

La luxación de codo es la segunda articulación más frecuentemente luxada en adultos, con una incidencia de aproximadamente 6 por 100,000 habitantes/año. Afecta predominantemente a personas jóvenes y activas, siendo el 90% de tipo posterolateral.

Lesiones asociadas. Las luxaciones simples de codo frecuentemente se acompañan de lesiones ligamentarias y capsulares significativas, incluyendo:

- Rotura de ligamentos colaterales (radial y cubital)
- Lesión capsular articular
- Avulsiones del proceso coronoides (Tipo I-II)
- Lesiones neurovasculares (hasta 15% de los casos)

Pronóstico favorable con manejo no quirúrgico

A pesar de la extensión de las lesiones asociadas, el manejo conservador con movilización temprana ha demostrado tasas de éxito superiores al 90%, con tasas de recurrencia inferiores al 2% y ausencia de inestabilidad recurrente en la mayoría de los pacientes. Las investigaciones actuales (FuncSiE trial, revisiones sistemáticas 2020-2024) evidencian que la movilización funcional temprana produce mejores resultados funcionales que la inmovilización prolongada.

OBJETIVO

Esta guía de rehabilitación tiene como propósito brindar un protocolo de rehabilitación basado en evidencia para lograr los siguientes objetivos en pacientes con luxación simple de codo tratados de manera conservadora:

- **Estabilidad articular:** Codo estable en seguimiento con tasas de recurrencia < 2%
- **Control del dolor:** Reducción progresiva del dolor a partir de la semana 2-3
- **Recuperación de la amplitud articular:** Rango de movimiento funcional completo (flexión $\geq 130^\circ$, extensión $\geq 0-5^\circ$)

JUAN DAVID LAC©UTURE

Ortopedia · Cirugía Hombro y Codo

FASE I: CONTROL DE DOLOR E INICIO DE MOVILIDAD PASIVA

Duración: Días 0-14 (2 semanas post-reducción)

Objetivos

- Control de edema y dolor articular
- Prevenir rigidez articular mediante movimiento pasivo suave
- Protección de tejidos blandos lesionados

Protección y soporte

- **Inmovilización corta:** Venda compresiva o cabestrillo por 5-7 días (NO yeso de 3 semanas)
- **Elevación:** Brazo elevado durante el día
- **Crioterapia:** Hielo 15-20 minutos cada 2-3 horas los primeros 48-72 horas

Intervenciones de rehabilitación

- **Movilidad pasiva (PROM):** Iniciar días 3-5, suave, dentro del rango indoloro. Enfoque en extensión suave (evitar hiperextensión)
- **Posicionamiento:** Posición overhead en supino con hombro a 90° flexión reduce fuerzas distractoras articulares
- **Movilización de tejidos adyacentes:** PROM de dedos, muñeca y hombro para prevenir rigidez
- **Frecuencia:** Sesiones 2-3 veces por semana con fisioterapeuta + ejercicios en casa

FASE II: MOVILIDAD ACTIVA-ASISTIDA Y PROGRESIÓN A MOVILIDAD ACTIVA

Duración: Semanas 3-8 (Movilización mínima protegida)

Objetivos

- Lograr rango de movimiento completo (flexión-extensión)
- Transición de asistencia a movimiento activo del paciente
- Minimizar pérdida de capacidad funcional general

Protección articular

- **Retiro de inmovilización:** Semana 2-3 post-reducción
- **Brace de codo articulado opcional:** Si se utiliza, comenzar con bloqueo en flexión 60-90°, progresando 15° por semana

Intervenciones progresivas

- **Semanas 3-4:** AROM (rango de movimiento activo) asistido en posición overhead supino. Enfoque en progresión de extensión
- **Semanas 5-6:** AROM completo con progresión a movimiento activo sin asistencia. Ejercicios en plano frontal y sagital
- **Semanas 7-8:** AROM completo logrado. Introducciones de ejercicios isométricos de bíceps, tríceps y braquial en posición neutral
-
- **Modalidades:** Electroterapia, movilización de tejidos blandos según sea necesario para la brachialis
- **Frecuencia:** 2-3 sesiones semanales con fisioterapeuta + programa de ejercicios en casa

FASE III: FORTALECIMIENTO MUSCULAR

Duración: Semanas 9-12 (Fase de protección mínima)

Objetivos

- Restaurar fuerza muscular estabilizadora del codo
- Mejorar endurance y resistencia funcional
- Abordar flexores y extensores de muñeca, pronadores y supinadores

Programa de fortalecimiento

- **Ejercicios isométricos resistidos:** Tríceps, bíceps, brachialis y músculos estabilizadores en posición neutral (reduce fuerzas distractoras)
- **Ejercicios con bandas de resistencia:** Flexión, extensión, pronación y supinación en arco completo de movimiento
- **Progresión a pesas livianas:** Comenzar con 0.5-1 kg, incrementar según tolerancia
- **Ejercicios escapulares:** Fortalecimiento de musculatura escapulotorácica para estabilidad proximal
- **Acondicionamiento cardiovascular:** Caminar, bicicleta estacionaria para mantener condición general
- **Frecuencia:** 2-3 sesiones semanales, 8-12 repeticiones por ejercicio

FASE IV: RETORNO AL DEPORTE Y ACTIVIDADES

Duración: Semanas 12-16+ (Fase de retorno funcional)

Objetivos

- Retorno seguro a actividades laborales y deportivas previas
- Lograr máxima funcionalidad sin limitaciones

Criterios de retorno al deporte

- **Rango de movimiento:** ROM completo y simétrico comparado con lado contralateral
- **Fuerza:** $\geq 90\%$ de la fuerza del lado no lesionado mediante pruebas de fuerza manual
- **Estabilidad:** Sin sensación de inestabilidad articular. Test de varus/valgus negativo
- **Dolor:** Ausencia de dolor durante movimientos funcionales
- **Función propioceptiva:** Pruebas de estabilidad dinámica superadas

Programa de transición

- **Semanas 12-14:** Ejercicios dinámicos progresivos específicos del deporte
- **Semanas 14-16:** Simulaciones de actividades deportivas con intensidad creciente
- **Semana 16+:** Retorno progresivo a práctica y competencia
- **Consideraciones especiales:** Para extremidades no dominantes, puede permitirse retorno más temprano si se cumplen criterios funcionales

REFERENCIAS

1. de Haan J, den Hartog D, Tuinebreijer WE, et al. Functional treatment versus plaster for simple elbow dislocations (FuncSiE): a randomized trial. BMC Musculoskelet Disord. 2010;11:263.
2. Schnetzke M, Iordens GI, Ellwein A, et al. Simple traumatic elbow dislocations; benefit from early functional rehabilitation: A systematic review with meta-analysis including PRISMA criteria. J Orthop Surg Res. 2021;16(1):554.
3. Van Lieshout EM, Iordens GI, Polinder S, et al. Early mobilization versus plaster immobilization of simple elbow dislocations: a cost analysis of the FuncSiE multicenter randomized clinical trial. Arch Orthop Trauma Surg. 2020;140(3):347-354.
4. Taylor F, Sims M, Theis JC, Herbison GP. Interventions for treating acute elbow dislocations in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2012;(4):CD007908.
5. Coulibaly N, Moustapha NM, Djoumoi HH, et al. Management of Recent Elbow Dislocations: Functional Treatment Versus Immobilization; A Prospective Study About 60 Cases. Open Orthop J. 2017;11:452-459.
6. Schubert T, Strohm PC, Maier D, Zwingmann J. Simple traumatic elbow dislocations; benefit from early functional rehabilitation: A systematic review with meta-analysis including PRISMA criteria. Arch Orthop Trauma Surg. 2021;141(11):1891-1912.
7. Iordens GI, Van Lieshout EM, Schep NW, et al. Early functional mobilization for non-operative treatment of simple elbow dislocations: a systematic review. J Shoulder Elbow Surg. 2023;32(3):634-646.
8. Albright AS, Chow AK, Kiristis NR, et al. Return to Sport Following Elbow Dislocation: A Systematic Review. Orthop J Sports Med. 2026;14(3):23259671261419505.
9. Wolfe AL, Hotchkiss RN. Lateral elbow instability: nonoperative, operative, and postoperative management. J Hand Ther. 2006;19(3):238-243.
10. Frey C, Hoffmeyer P, Schwyzer A, et al. Conservative and surgical management of simple elbow dislocations: SMDA-SEC consensus and guidelines. Orthop Rev (Pavia). 2025;17(1):40314037.

*Nota: Este protocolo se basa en nivel de evidencia I (ensayos clínicos aleatorizados multicéntricos (RCTs), metaanálisis y recomendaciones de consenso internacional. **Debe ser adaptado según la presentación clínica individual del paciente.***
