

Artroscopia de codo

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por proponer las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y solicitamos las pruebas de imagen que sean necesarias. En el caso de problemas crónicos, normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos, como modificaciones en las actividades, fisioterapia o terapia de la mano, uso de férulas e inyecciones. La cirugía se plantea únicamente cuando estos pasos no hayan logrado mejorar su situación lo suficiente.

La artroscopia de codo es una cirugía mínimamente invasiva. El cirujano trabaja dentro de la articulación a través de pequeñas incisiones, utilizando una cámara delgada para visualizar todo el codo con claridad. La recomendamos cuando existe un problema claro en el interior de la articulación que pueda tratarse de esta manera, como fragmentos sueltos de hueso o cartílago que causan bloqueos, rigidez en el codo o daños posteriores a una lesión. No es adecuada para todos los problemas de codo, por lo que solo la ofrecemos cuando se ajusta a su diagnóstico. El objetivo es reducir el dolor, lograr mayor movilidad y conseguir un codo más estable en la vida cotidiana.

Antes de la operación

En las semanas previas a la cirugía, confirmamos el plan mediante estudios de imagen. La mayoría de los pacientes ya se han realizado una radiografía, que proporciona una imagen básica de los huesos. Algunos también necesitan una resonancia magnética, que muestra los tejidos blandos como ligamentos, tendones y cartílago, o una ecografía. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesiista, el médico encargado de administrarle la anestesia. La mayoría de las personas no requieren nada de esto.

El día de la operación, no debe ingerir alimentos ni bebidas durante siete horas previas. Pedimos ese tiempo para poder adelantar su intervención si la agenda quirúrgica lo permite. Su cirujano le indicará qué medicamentos habituales debe omitir. Lleve consigo una lista por escrito de todos los fármacos que toma. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación, y vístase con ropa holgada y cómoda cuyas mangas se puedan pasar fácilmente por el codo.

El día de la intervención

Llega usted a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registra y prepara para la cirugía. Posteriormente, conoce al anestesta, el médico encargado de administrarle la anestesia. Esta operación se realiza bajo anestesia general. En ocasiones, se añade un bloqueo nervioso regional para aliviar el dolor postoperatorio; el anestesta hablará con usted al respecto ese mismo día.

A continuación, es conducido al quirófano, donde se lleva a cabo la operación. Después, despierta en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado se estabiliza, según el tipo de intervención y su evolución postoperatoria, es trasladado a una sala de hospitalización o puede volver a casa el mismo día.

¿En qué consiste la operación?

La artroscopia de codo es una cirugía mínimamente invasiva. El cirujano realiza dos o tres incisiones pequeñas alrededor del codo, cada una de aproximadamente un centímetro de longitud. Una de ellas aloja una cámara delgada; las demás permiten introducir instrumentos pequeños en la articulación. Antes de introducir los instrumentos, se inyectan entre 25 y 30 mL de líquido dentro de la articulación; este líquido crea un espacio de trabajo que permite a la cámara obtener una visión clara. Las incisiones se realizan lejos de los principales nervios y vasos sanguíneos que pasan por el codo; previamente, el cirujano marca en la piel los puntos óseos de referencia para colocar cada incisión de forma segura.

Lo que ocurre durante la intervención depende de su diagnóstico. Se pueden extraer fragmentos sueltos de hueso o cartílago que causan bloqueos en el movimiento. Si el codo está rígido, se liberan los tejidos tensos que rodean la articulación para recuperar la movilidad. La cartílago dañada se puede alisar; en algunos casos, un pequeño fragmento de hueso o cartílago se fija de nuevo en su lugar mediante clavos reabsorbibles que se disuelven con el tiempo. Gracias a la visión clara que ofrece la cámara de toda la articulación, el cirujano también puede tratar problemas que no se observaban en las pruebas de imagen.

Las pequeñas incisiones se cierran con puntos de sutura y se cubren con un vendaje. Al realizarse mediante incisiones mínimas en lugar de una única abertura grande, esta técnica provoca menos alteración en los tejidos blandos circundantes que la cirugía abierta.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán mientras el efecto de la anestesia desaparece. Su brazo estará en un cabestrillo o cubierto con un vendaje sencillo; podrá moverse en cuanto se sienta estable. Se administran analgésicos antes de que abandone el quirófano; por lo tanto, si siente dolor en el codo, informe a las enfermeras para que ajusten el tratamiento. Alguien debe acompañarlo durante las primeras 24 horas después de regresar a casa. Su equipo médico le indicará si podrá volver a casa el mismo día o si deberá permanecer una noche en el hospital. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiaremos o lo quitaremos cuando venga a la consulta.

Recuperación

Durante los primeros días, el codo le dolerá y se le hinchará. Esta hinchazón disminuye gradualmente. El descanso, mantener la mano elevada cuando sea posible y los analgésicos recetados le serán de gran ayuda. Muchas personas notan que la molestia es mayor al principio y disminuye progresivamente a medida que la hinchazón desaparece.

Al regresar a casa, tendrá el brazo en un cabestrillo o con un vendaje sencillo. Puede utilizar la mano para tareas ligeras en cuanto se sienta cómodo: comer, escribir en el teclado o abrochar botones, por ejemplo. La terapia de mano posterior a la cirugía será impartida por Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby es terapeuta especializada en mano: ella le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite. Estos ejercicios mantienen en movimiento el codo y la muñeca mientras todo cicatriza; son tan importantes como la propia operación. Realícelos según las indicaciones y coménteles a su terapeuta si algún movimiento le provoca dolor intenso.

Las actividades cotidianas se recuperan poco a poco. Una vez que la hinchazón disminuya, notará que su agarre se vuelve más fuerte y que alcanzar objetos le resulta más fácil. Cuando su cirujano considere que el codo se mueve y cicatriza adecuadamente, le autorizará a conducir; nuestra guía sobre [conducción tras una cirugía de extremidad superior](#) explica las normas aplicables, como no conducir mientras el brazo esté en cabestrillo ni bajo los efectos de analgésicos potentes. Podrá volver al trabajo y a la práctica deportiva cuando sea capaz de realizarlas sin dolor; su cirujano o terapeuta le indicarán cuándo ha llegado ese momento.

La recuperación varía según cada persona. Su cronograma personal puede ser distinto; su cirujano y terapeuta de mano le guiarán durante todo el proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier anomalía a tiempo.

La irritación nerviosa es el problema más frecuente. Puede notar hormigueo, sensación de pinchazos, entumecimiento o una zona de la piel que se siente distinta. Por lo general, esto es temporal y desaparece por sí solo. Si esto ocurre, infórmelo a su cirujano en la próxima revisión.

En los días posteriores a la cirugía puede producirse una infección. Esté atento a un dolor profundo y palpitante que no ceda con analgésicos comunes, a enrojecimiento que se extienda desde la herida o a líquido que se filtre a través del vendaje. Si observa cualquiera de estos signos, llame de inmediato a la clínica. Una infección profunda requiere tratamiento urgente.

Hay ciertos factores que aumentan el riesgo de infección. Si padece diabetes, si fuma o si tiene sobrepeso, su riesgo es mayor. Asimismo, una inyección de esteroides en la articulación, ya sea poco antes de la cirugía o al final de la misma, también incrementa dicho riesgo. Su cirujano analizará todo esto con usted con antelación.

En casos muy excepcionales, la lesión nerviosa puede ser permanente. Aunque es poco frecuente, cuando ocurre sus efectos perduran de por vida. Su cirujano le explicará este riesgo antes de que usted dé su consentimiento para la intervención.

En ocasiones el hueso se forma donde no debería, dentro o alrededor de la articulación; esto se conoce como osificación heterotópica. Puede sentir un bulto duro cerca del codo o notar que la articulación no se dobla o estira tanto como antes. Coméntelo en su próxima revisión para que se pueda evaluar.

Existen otros problemas poco comunes pero conocidos: la cámara o algún instrumento podría rozar y dañar la superficie lisa de la articulación; puede formarse un pequeño conducto por el cual el líquido articular llegue a la piel; un instrumento podría romperse dentro de la articulación; el vendaje utilizado durante la cirugía podría presionar el brazo e irritar brevemente la piel debajo de él.

Si en los días posteriores a la cirugía se siente mal o algo en su codo le parece anormal, llame a la clínica en lugar de esperar a su próxima cita. En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos exactos.

¿Cuándo deben llamarnos?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras etapas; preferimos que nos informe el mismo día en lugar de que espere. Llámenos si su codo se calienta, se hincha más o le duele más; si el enrojecimiento se extiende desde la herida; o si el líquido se filtra a través del vendaje. Llámenos también si tiene fiebre, si el hormigueo o entumecimiento empeora en lugar de mejorar, o si no puede mover la mano o los dedos como antes. Acuda a urgencias hospitalarias si experimenta dolor intenso y repentino, nueva hinchazón en la pantorrilla o dificultad para respirar. Estos síntomas podrían indicar la presencia de un coágulo sanguíneo y requieren evaluación inmediata. Si algo simplemente no le parece normal, llámenos.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. La artroscopia de codo merece ser estudiada con mayor detalle, ya que la tasa de complicaciones publicada no se presenta como un único valor, sino como un rango tan amplio que parece un error. Comprender el motivo de ello explica la mayor parte de lo relevante respecto a la intervención.

LA MISMA OPERACIÓN, DOS RESULTADOS MUY DISTINTOS

Una revisión sistemática que agrupó **16,815** artroscopias de codo reportó una tasa mediana de complicaciones de **3%**, con un rango entre estudios de **0% a 71%** [1]. La tasa de reoperaciones siguió el mismo patrón: mediana de **2%**, rango de **0% a 59%** [1]. Otro metaanálisis independiente con **14,289** procedimientos concluyó, con razón, que la artroscopia de codo es una operación relativamente segura y con bajas tasas de complicaciones [2].

Ambas afirmaciones son correctas. La explicación se encuentra en los propios hallazgos de la primera revisión: las tasas de complicaciones son mayores tras cirugías más complejas [1]. “Artroscopia de codo” no es una única operación. La extracción de un cuerpo libre de una articulación espaciosa y la liberación de una cápsula contracturada situada a pocos milímetros de los nervios cubital y radial comparten nombre y instrumental, pero casi nada más. Cualquier cifra de riesgo citada carece prácticamente de significado si no se asocia al procedimiento específico que se vaya a realizar.

¿POR QUÉ EL CODO NO ES COMO LA RODILLA?

El codo presenta la relación más estrecha entre la articulación y los nervios de todas las articulaciones que se someten habitualmente a artroscopia. Los nervios cubital, radial y mediano se encuentran todos a pocos milímetros de los puntos de acceso estándar; además, el espacio de trabajo es reducido, y aún más en aquellos codos rígidos y contraídos que son los que más necesitan la intervención. Esta anatomía explica por qué los síntomas nerviosos transitorios son los que predominan en las tablas de complicaciones, y por qué el riesgo aumenta en función de la magnitud de la liberación, no del tiempo empleado en la cirugía.

COMPARACIÓN ENTRE LA TÉCNICA ARTROSCÓPICA Y LA ABIERTA

En el caso de codos **artríticos**, una revisión sistemática realizada con **1,097** pacientes reveló una buena función a medio plazo tras la artroplastia con desbridamiento; además, no se observó un aumento de complicaciones al emplear la técnica artroscópica en comparación con la abierta [3]. Se trata de un resultado de verdadera equivalencia, no de una demostración de superioridad.

Respecto al **codo de tenista**, una revisión de **1,604** pacientes que comparó las técnicas abierta, artroscópica y percutánea concluyó que tanto la liberación abierta como la artroscópica podrían proporcionar una mejor funcionalidad que la técnica percutánea; asimismo, el dolor resultó ser menor con los métodos artroscópico y percutáneo. El riesgo de complicaciones fue similar independientemente de la técnica empleada [4].

En ambos casos, la artroscopia por sí sola no resulta más segura ni más eficaz. Cuando presenta ventajas, estas se limitan a la recuperación postoperatoria, no al resultado clínico final.

UN RESULTADO NEGATIVO, AUNQUE HONESTO

Añadir artroscopia a otra intervención quirúrgica “solo para echar un vistazo” no resulta beneficioso. En un metaanálisis de **2,118** pacientes, la artroscopia diagnóstica rutinaria realizada antes de la reconstrucción del ligamento colateral ulnar **no** redujo significativamente la necesidad de intervenciones posteriores por otros problemas derivados de la sobrecarga en extensión en valgo [5]. Echar un vistazo no equivale a encontrar algo que merezca ser tratado; además, cada portal adicional implica el riesgo neurológico ya mencionado.

REFERENCIAS

- [1] de Klerk HH, Verweij LP, Sierevelt IN, Priester-Vink S, Hilgersom NF, Eygendaal D, et al. Gran variabilidad en las tasas de complicaciones tras la artroscopia de codo en pacientes adultos y pediátricos: una revisión sistemática. *Arthroscopy*. 2023;39(11):2363-87. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2023.04.015>
- [2] Ahmed AF, Alzobi OZ, Hantouly AT, Toubasi A, Farsakoury R, Alkhelaifi K, et al. Complicaciones de la cirugía artroscópica del codo: una revisión sistemática y metaanálisis. *Orthop J Sports Med*. 2022;10(11). <https://doi.org/10.1177/23259671221137863>
- [3] White CHR, Ravi V, Watson J, Badhrinarayanan S, Phadnis J. Revisión sistemática sobre el desbridamiento artroscópico frente al abierto en el codo artrítico. *Arthroscopy*. 2020;37(2):747. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.005>
- [4] Pierce TP, Issa K, Gilbert BT, Hanly B, Festa A, McInerney VK, et al. Revisión sistemática sobre la cirugía del codo de tenista: comparación entre técnicas abierta, artroscópica y percutánea para liberar el origen del extensor común. *Arthroscopy*. 2017;33(6):1260. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.01.042>
- [5] Looney AM, Bovill JD, Huffman SS, Najarian RG. La artroscopia diagnóstica rutinaria junto con la reconstrucción del ligamento colateral ulnar del codo no reduce la necesidad de futuras cirugías relacionadas con sobrecarga por extensión valga: una revisión sistemática y metaanálisis. *J Shoulder Elbow Surg*. 2022;31(1):e22-e36. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.08.004>