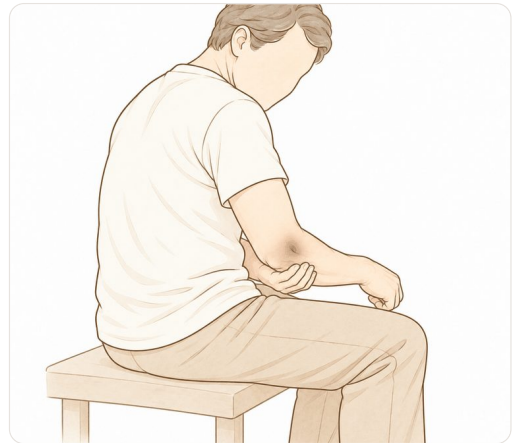


Fractura del olécrano

Radiografía que muestra una fractura del olécranon, que es la punta ósea del codo.

Kieran Hirpara © ① ③ 4.0



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

Qué está sintiendo

Una fractura del olécrano es una rotura en la parte posterior del codo, en esa punta ósea que puede sentirse al tacto. Generalmente ocurre tras una caída sobre el codo o un golpe directo. En ocasiones, un estiramiento brusco y fuerte del brazo contra resistencia hace que un fragmento óseo se desprenda de la punta.

De inmediato, sentirá dolor en la parte posterior del codo. Esa zona suele hincharse considerablemente, y puede acumularse líquido bajo la piel en el punto de la fractura. Dado que ese hueso se encuentra justo debajo de la piel, es posible sentir la propia fractura a través de la hinchazón. Su brazo puede presentar hematomas, y probablemente le resultará difícil doblar o estirar el codo.

Si la fractura desplaza algún fragmento óseo, resultará difícil o imposible estirar el brazo contra la gravedad. El músculo situado en la parte posterior del brazo normalmente se fija a esa punta ósea; cuando ese punto de anclaje se separa, el músculo ya no puede actuar correctamente. Es posible notar una separación o un cambio en la forma de la parte posterior del codo.

En los primeros días, el dolor suele ser más intenso al mover el brazo y por la noche. Acciones sencillas como alcanzar una taza, vestirse o apoyarse en el codo resultan dolorosas. Dormir con ese brazo debajo del cuerpo resulta incómodo.

Durante las primeras semanas, el dolor disminuye gradualmente a medida que el hueso comienza a soldarse. Es normal experimentar cierta rigidez, y es posible que no logre estirar completamente el codo incluso después de la curación. La mayoría de las fracturas sanan sin complicaciones.

Su cirujano examinará todo el brazo, desde el hombro hasta la mano, ya que el codo queda justo bajo la piel y esta también puede resultar lesionada. Las radiografías tomadas desde dos ángulos suelen mostrar claramente la

fractura. Si la fractura es compleja, una tomografía computarizada, que proporciona imágenes más detalladas, puede revelar mejor la disposición de los fragmentos; sin embargo, no es necesaria en la mayoría de los casos.

Si el codo también sufrió una luxación además de la fractura, se toman nuevas radiografías una vez que se ha vuelto a colocar en su posición normal.

¿Qué ocurre realmente?

La punta del codo está formada por un único trozo de hueso que funciona como una especie de tapa bisagra. Este hueso rodea un extremo del hueso del brazo y se desliza dentro de un surco allí presente al doblar o estirar el codo. Esa punta ósea también sirve como punto de anclaje para el tendón del músculo situado en la parte posterior del brazo, el que se encarga de estirar el codo.

Dado que este hueso se encuentra justo debajo de la piel y no tiene mucho tejido que lo proteja, un golpe o una caída pueden fracturarlo fácilmente. Cuando se rompe, el tendón sigue tirando del fragmento óseo. Esa fuerza arrastra el fragmento hacia arriba y fuera de su posición, creando un hueco en la superficie articular lisa. Al quedar suelto el punto de anclaje, el músculo ya no puede estirar el codo contra la gravedad. Es como una bisagra de puerta de la que se hubiera roto un trozo del mecanismo: la bisagra puede moverse, pero el mecanismo ya no tiene nada sólido a lo que agarrarse.

La fractura en sí sana de la misma manera que cualquier otra fractura ósea: los dos bordes se unen mediante nuevo hueso a lo largo de varias semanas. Si el fragmento se ha desplazado de su posición original, es necesario mantenerlo inmóvil y cerca de su lugar para que esa unión ocurra; a veces, para ello se requieren placas, alambres o puntos de sutura resistentes.

No todas las fracturas son iguales. Algunas son simples grietas pero el hueso sigue alineado; otras se desplazan de su posición; otras afectan la estabilidad misma de la articulación del codo. Las fracturas que permanecen alineadas suelen curarse sin intervención quirúrgica, mientras que aquellas que están desplazadas, compuestas por varios fragmentos o que generan inestabilidad articular, normalmente requieren cirugía para recolocarlos y fijarlos.

La mayoría de estas fracturas ocurren de forma espontánea, pero la misma caída puede lesionar otras partes del brazo, y el hueso fracturado puede abrir un corte en la piel del codo. Su cirujano evaluará ambas posibilidades.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica de cada paciente. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En esa primera consulta, tomamos el historial clínico, examinamos el brazo y, cuando es necesario, utilizamos radiografías o tomografías computarizadas para determinar el patrón de la fractura.

Algunas fracturas permanecen alineadas o apenas se desplazan; además, algunas personas tienen otros problemas de salud que hacen que la cirugía no sea una opción adecuada. En esos casos, podríamos sugerir un tratamiento sin intervención quirúrgica. Generalmente esto implica el uso de un cabestrillo, férula o escayola para mantener el codo inmóvil mientras el hueso se repara, además de realizar radiografías de control para asegurarnos de que no haya desplazamientos. Una vez que la fractura está lista, se recupera el movimiento gradualmente mediante fisioterapia. Este enfoque resulta especialmente adecuado para personas mayores y menos activas; incluso puede ser válido cuando la fractura está ligeramente desplazada.

Otras fracturas requieren cirugía desde el principio. Si el fragmento óseo se ha desplazado considerablemente, si la articulación del codo es inestable o si la fractura está compuesta por varios fragmentos, la operación permite volver a colocarlos y fijarlos para que el hueso se repare en la posición correcta. La reparación debe ser lo suficientemente sólida para permitir el inicio temprano de los movimientos, lo cual ayuda a evitar la rigidez del codo. La mayoría de los pacientes sometidos a cirugía para este tipo de fracturas tienen buenos resultados; no obstante, es frecuente una pérdida leve de la capacidad de estirar completamente el brazo, y a veces es necesario extraer los implantes metálicos posteriormente por causar molestias. La decisión se toma de forma conjunta: en el caso de ciertas fracturas en personas mayores, ambos enfoques pueden ser válidos, y la elección depende de cuánta molestia esté dispuesto a soportar y del resultado final que desee para su codo.

Independientemente del camino que elija, las primeras semanas son similares en ambos casos. El alivio del dolor le mantendrá cómodo mientras disminuye la hinchazón. Deberá proteger el brazo mientras el hueso se repara, respetando los límites que le indiquemos. La fisioterapia comenzará en el momento adecuado según su lesión, restaurando el movimiento de forma gradual. A lo largo del proceso, le haremos seguimiento para comprobar que la fractura se esté curando correctamente.

Qué esperar

La mayoría de estas fracturas sanan bien. El hueso se une a lo largo de varias semanas, y el dolor disminuye con el tiempo. La mayor parte de los pacientes terminan con un codo funcional; sin embargo, es común una ligera pérdida de la capacidad de estirarlo por completo, algo que generalmente no supone problemas en la vida cotidiana.

Si su fractura se trata sin cirugía, deberá usar un cabestrillo, férula o escayola mientras el hueso se une, y acudir a revisiones con radiografías para asegurarnos de que no haya desplazamientos. En personas mayores que siguen este tratamiento, la funcionalidad al cabo de seis meses suele ser buena, y la fractura puede sanar sin complicaciones. El principal riesgo es que los fragmentos óseos se muevan antes de unirse, por lo que los vigilamos de cerca.

En caso de cirugía, los fragmentos se fijan firmemente para que el hueso se una en la posición correcta; el uso de placas garantiza una curación fiable. La mayoría de los pacientes recuperan la movilidad y pueden realizar sus tareas diarias en cuestión de semanas; la fisioterapia contribuye a una mayor recuperación en los meses siguientes. A largo plazo, el 96 % de quienes recibieron este tratamiento para fracturas desplazadas refieren una función del codo buena o muy buena; estos resultados se han seguido hasta 25 años después de la lesión.

La recuperación no siempre es sencilla. El problema más frecuente tras la cirugía es no recuperar la capacidad de estirar el codo por completo; esto ocurre en el 39 % de los pacientes con placas. El material metálico queda justo debajo de la piel y, en ocasiones, genera molestias suficientes como para requerir su extracción posteriormente. Si no se mantiene la movilidad del codo, puede aparecer rigidez; además, años después de la lesión es posible desarrollar artritis, sobre todo cuando la fractura implicaba varios fragmentos.

En el caso de los niños, las fracturas tratadas sin cirugía requieren un seguimiento radiográfico riguroso, pues los fragmentos pueden desplazarse tras iniciar el tratamiento. Una fractura en un niño suele formar parte de una lesión más compleja alrededor del codo, por lo que se examina todo el brazo con detenimiento.

Las personas mayores enfrentan riesgos adicionales más allá del propio codo. Las fracturas de este tipo en ancianos conllevan tasas de mortalidad en el primer año superiores a lo esperado; por ello evaluamos cuidadosamente la cirugía frente a otros problemas de salud antes de recomendar cualquier tratamiento.

¿Cuándo consultar a un médico?

Busque atención urgente si su codo parece deformado, si la piel está rota, si presenta entumecimiento u hormigueo, o si no puede usar el brazo en absoluto. En la mayoría de los demás casos de fracturas, comience por consultar a su médico de cabecera, quien podrá ordenar radiografías y derivarlo a un especialista si fuera necesario. Una vez iniciado el tratamiento, vigile cómo evoluciona la situación semana tras semana. Consulte a su médico de cabecera o solicite una evaluación especializada si el dolor no disminuye, o si la hinchazón, la movilidad o la capacidad para realizar actividades cotidianas no muestran mejoría de una semana a la siguiente mientras el hueso sana. Confíe en lo que usted percibe: un progreso lento es normal, pero la ausencia total de progreso merece ser evaluada.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. La fractura del olécrano merece una lectura adicional debido a un hallazgo que invierte la lógica habitual en la cirugía de fracturas: en pacientes de edad avanzada, una fractura desplazada del olécrano puede dejarse sin fijar y, aun así, el codo funciona correctamente.

LA FRACTURA DESPLAZADA QUE NO REQUIERE CORRECCIÓN

Una fractura en el olécrano separa el tríceps del antebrazo; por ello, la lógica habitual indica que debe reinsertarse para que el codo pueda estirarse contra resistencia. Sin embargo, en pacientes **mayores de 70 años** esta lógica no se aplica. Una revisión sistemática demostró que las fracturas desplazadas del olécrano en este grupo **pueden tratarse eficazmente sin cirugía, logrando alta satisfacción y un rango de movimiento funcional** [1].

Lo que se “paga” como costo es medible: una pérdida de extensión, la imposibilidad de estirar completamente el codo y una disminución de la fuerza en dicha extensión. En cambio, lo que se evita es una herida sobre un hueso subcutáneo en piel delgada y frágil, así como el uso de material metálico bajo dicha piel. Dado que la presencia

de implantes es la causa más frecuente de una segunda intervención tras la fijación del olécrano, evitarlos elimina por completo la complicación más habitual.

Para una persona mayor cuyo brazo se utiliza para tareas cotidianas y no para empujes fuertes, un codo que no alcanza los últimos grados de extensión supone una molestia menor que cualquier complicación derivada de una herida. Para un paciente más joven o con mayores exigencias funcionales, no es así; por eso este hallazgo es específico de la edad y no de carácter general.

EN LOS CASOS EN QUE SE EMPLEA LA FIJACIÓN, LA ELECCIÓN DEL IMPLANTE VARÍA

Para el patrón común de fracturas desplazadas pero sencillas, compiten dos tipos de implantes: una estructura de banda de tensión hecha con alambres y una placa. En **827** pacientes con fracturas de tipo II según la clasificación de Mayo, **la fijación con placa demostró mayor eficacia y seguridad** que el uso de bandas de tensión con alambres; los autores señalan, no obstante, que se incluyeron pocos estudios y que aún se requieren ensayos aleatorizados de mayor calidad [2]. Una revisión de 2025 realizada con **472** pacientes, que compara técnicas modernas de fijación con el método tradicional de bandas de tensión, llega a la misma conclusión [3].

Este es uno de los pocos casos en este sitio donde la comparación entre técnicas arroja resultados claros en lugar de dejar la cuestión en el aire. No obstante, conviene tomar estos hallazgos con cautela, dado que los propios autores advierten sobre la limitada base de evidencia disponible.

SE DESARROLLA ARTRITIS, PERO EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS NO SUPONE UN PROBLEMA

Los hallazgos imagenológicos a largo plazo pueden resultar alarmantes si se comunican sin contexto. Tras fracturas aisladas del olécrano, **la incidencia media de artrosis postraumática fue del 19% con un seguimiento medio de 41 meses, y los resultados finales reportados por los pacientes variaron entre buenos y excelentes, independientemente del tipo de fractura o de la presencia de artritis** [4].

Ambas partes de esa oración son esenciales. La aparición de artritis en radiografías de seguimiento tras esta lesión es frecuente; sin embargo, en este período de tiempo, dicha artritis apenas influye en la percepción que los pacientes tienen de la funcionalidad de su codo. Un hallazgo radiológico no equivale automáticamente a un problema clínico, y por sí solo no debería ser motivo para iniciar intervenciones adicionales.

REFERENCIAS

- [1] Alvara CA, Biedron G, Dunn JC. Tratamiento no quirúrgico de las fracturas del olécrano en pacientes ancianos: una revisión sistemática. Hand (N Y). 2020;17(4):734-9. <https://doi.org/10.1177/1558944720944261>
- [2] Jia Y, Liu A, Guo T, Chen J, Yu W, Zhai J. Eficacia y seguridad del alambre de banda de tensión frente a la placa en fracturas del olécrano de tipo Mayo II: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2022;17(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-022-03262-7>
- [3] Wang C, Li C. Técnicas modernas de fijación frente al método tradicional de alambre de banda de tensión para fracturas del olécrano: una revisión sistemática y metaanálisis. J Orthop Surg Res. 2025;20(1). <https://doi.org/10.1186/s13018-025-06061-y>

[4] Wiersma JP, de Klerk HH, Priester-Vink S, Doornberg JN, Bhasyam AR, van den Bekerom MP. Incidencia de artrosis postraumática en fracturas del olécrano y el papel del tipo de fractura: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2026. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2026.02.024>