

Liberación de codo rígido (artrólisis)

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 ofrecer las opciones menos invasivas adecuadas para 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, si es necesario, solicitamos estudios de imagen. Un codo rígido suele mejorar con el tiempo y el uso, por lo que normalmente probamos primero tratamientos no quirúrgicos. Estos pueden incluir fisioterapia, el uso de férulas o inyecciones durante un período de 6 a 12 semanas. La cirugía se considera cuando este tratamiento no produce mejoría suficiente.

La liberación del codo rígido, también conocida como artrólisis, es una operación que permite liberar el tejido cicatricial y tenso que rodea el codo, permitiendo así que la articulación vuelva a moverse. La recomendamos cuando la rigidez sigue limitando sus movimientos tras haber seguido un tratamiento no quirúrgico. Este procedimiento funciona mejor cuando la superficie articular sigue siendo lisa y conserva su forma normal. El objetivo es lograr una mejora duradera en la movilidad y reducir el dolor, facilitando así la realización de las tareas diarias.

Antes de la operación

Una vez programada la cirugía, hay algunos aspectos prácticos que deben resolverse. Se le indicará cuándo debe dejar de comer y beber: esto es siete horas antes de la operación. Pedimos que sea siete horas en lugar de seis para que, si el programa quirúrgico avanza antes de lo previsto, podamos adelantar su intervención. Su cirujano le indicará qué medicamentos habituales debe suspender y cuándo; usted debe llevar consigo una lista completa de los mismos. Organice que alguien lo lleve a casa después de la operación. El día de la intervención, use ropa holgada y cómoda. Siempre se realizan radiografías para planificar la cirugía; además, podría ser necesario un escáner de tomografía computarizada si la rigidez afecta al hueso. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una evaluación por parte del anestesista.

El día de la intervención

Llega usted a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital, donde se le registra y se le prepara para la cirugía. Allí conoce al anestesta. 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, se le lleva al quirófano, donde se lleva a cabo la intervención.

Despierta usted en la sala de recuperación, donde las enfermeras le vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que se encuentra estable, según el tipo de intervención y su recuperación, será trasladado a la planta de hospitalización o podrá volver a casa.

Qué implica la operación

Existen varias formas de liberar un codo rígido; su cirujano elegirá el método más adecuado para su caso. Algunas liberaciones se realizan mediante cirugía mínimamente invasiva, usando unos cuantos cortes pequeños y una cámara delgada. Otras se efectúan mediante uno o dos cortes abiertos, a veces de 3 a 5 cm de longitud, en la cara interna o externa del codo. En casos de codos muy rígidos, se puede realizar un corte en la parte posterior del codo para acceder a ambos lados.

Una vez dentro, el cirujano libera la cápsula tensa, que es la envoltura de tejido que rodea la articulación. Se eliminan los espolones óseos que impiden el movimiento, así como cualquier fragmento suelto de hueso o cartilago presente en la articulación. Si un nervio situado en la cara interna del codo queda comprimido por tejido cicatricial, se puede liberar de ese túnel de tejido o trasladar a una nueva posición donde no corra riesgo de estirarse. Cuando la superficie articular está muy desgastada, existen otras opciones, como recubrir el hueso con tejido blando o sustituir dichas superficies por piezas metálicas y plásticas. En ocasiones, se coloca un dispositivo articulado en el codo para mantenerlo en una buena posición mientras cicatriza.

Al final, los cortes se cierran con puntos de sutura y se cubren con un vendaje. Deberá mantener ese vendaje puesto durante unos 10 días, tal como se describe en la sección de recuperación.

Después de la operación

Despertará en la sala de recuperación y luego será trasladado a la habitación. Las enfermeras revisarán su codo, su mano y cómo se siente. Se le administrará analgesia según sea necesario; avise a las enfermeras si siente molestias en el codo. Su codo quedará cubierto con un vendaje suave, y podrá volver a casa con el brazo en un cabestrillo para mayor comodidad. Poco después podrá levantarse de la cama y caminar; las enfermeras le ayudarán la primera vez. Su mano, muñeca y hombro podrán moverse libremente mientras el codo se recupera. Alguien debe acompañarle durante las primeras 24 horas después de volver a casa. Su equipo médico le informará 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 retiraremos cuando venga a la consulta.

Recuperación

Durante los primeros días y semanas, el codo le dolerá y se hinchará. Esto es normal después de la intervención. El descanso, mantener la mano elevada y tomar los analgésicos según las indicaciones ayudarán a aliviar la molestia. La hinchazón disminuye gradualmente; a medida que esto ocurre, el codo suele sentirse menos tenso.

Se le dará un cabestrillo para llevar el brazo a casa, con el fin de mayor comodidad. Puede dejar de usarlo cuando ya no sea necesario. Desde el principio, la mano, la muñeca y el hombro deben seguir moviéndose libremente. La terapia de mano posterior a la cirugía la llevará a cabo Ruby Doolan en Extend Rehabilitation. Ruby le guiará en los ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite. Los ejercicios constituyen el aspecto principal de su recuperación; seguir las indicaciones al pie de la letra es lo más importante. Deberá mantener el vendaje durante unos 10 días; nosotros lo cambiaremos o lo retiraremos en su siguiente consulta.

Las actividades cotidianas volverán poco a poco. Al principio, necesitará ayuda para cocinar, vestirse y llevar objetos. A medida que recupere la movilidad y la hinchazón disminuya, podrá realizar más tareas con el brazo operado. Una vez que su cirujano le autorice a conducir, podrá volver a hacerlo; nuestra guía sobre [conducción tras una cirugía de miembro superior](#) explica las normas aplicables, entre ellas no conducir mientras el brazo lleve cabestrillo y no estar bajo el efecto de analgésicos fuertes.

La recuperación varía según cada persona. Su cronograma puede ser distinto; su cirujano y terapeuta 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 incidencia a tiempo.

Cuanto más tiempo haya estado rígido el codo, mayor es la probabilidad de que aparezcan problemas tras la liberación. Si su codo ha estado rígido durante mucho tiempo, su cirujano hablará con usted sobre este aspecto antes de que tome una decisión.

Algunas personas notan después de la intervención una sensación nueva de hormigueo, entumecimiento o debilidad en el dedo meñique y el anular. Esto se debe al nervio situado en la parte interna del codo. No siempre es posible predecir quién experimentará esto. Si nota estas sensaciones, mencione esto en su próxima consulta o llame a la clínica si aparecen de forma repentina.

Los codos que ya han sufrido lesiones previamente tienen mayor riesgo de desarrollar una infección profunda posteriormente. Esté atento a si la herida presenta enrojecimiento que se extiende, calor, mayor hinchazón o un dolor profundo y pulsátil que no cede con analgésicos comunes. También podría sentir fiebre o malestar general. Si observa cualquiera de estos signos, llame de inmediato a la clínica o acuda al servicio de urgencias si es fuera del horario laboral.

Si su operación implica la colocación de un marco articulado en el codo, hay algunos aspectos adicionales que debe conocer. Este marco incrementa la pérdida de sangre durante la cirugía, el tiempo en quirófano y la

estancia hospitalaria. Además, existe una pequeña probabilidad de que la articulación se vuelva inestable o poco firme. Su cirujano le explicará cómo esto afecta su hospitalización y recuperación.

Si ya se ha sometido a otras operaciones en ese codo, el riesgo de infección profunda vuelve a ser mayor. Lo mismo ocurre cuando la intervención en sí es más compleja. Su cirujano evaluará todo esto junto con usted antes de proceder.

Las lesiones crónicas del codo también pueden modificar el funcionamiento de la articulación. La piel cicatrizada, los huesos que se han soldado fuera de posición, el cartílago dañado, el exceso óseo, los ligamentos flojos o tensos, los nervios comprimidos y el músculo cicatrizado pueden alterar el movimiento del codo. Su cirujano buscará estos factores al planificar la operación.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas típicas, por si desea conocer los datos específicos.

¿Cuándo deben llamarnos?

Llámenos si observa fiebre, enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, secreción procedente de la herida o un dolor que empeora progresivamente. Acuda a urgencias si experimenta dolor intenso y repentino, hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar. Llámenos de inmediato si su mano o dedos se entumecen o palidecen, o si no puede mover el brazo. Si el hormigueo o entumecimiento en el dedo meñique y el anular aparece de forma súbita, llame a la clínica en lugar de esperar a su próxima cita de seguimiento.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome decisiones sobre su propio tratamiento. Merece la pena leerla si desea comprender por qué, al liberar un codo rígido, la evidencia apunta a algo inusual: la técnica quirúrgica que la mayoría de los pacientes preguntan por, ya sea artroscópica u abierta, parece ser menos importante que la extensión de la intervención; además, el verdadero “enemigo” de la operación es el mismo proceso que originó la rigidez desde un principio.

LO IMPORTANTE NO ES SI SE UTILIZA LA TÉCNICA ABIERTA O ARTROSCÓPICA

Una revisión sistemática y metaanálisis realizada en **4,311** pacientes con rigidez postraumática del codo comparó la artrolisis abierta con la artroscópica, y determinó que los resultados generales eran **comparables** [1]. La conclusión fue que la experiencia del cirujano y el estado particular del paciente son factores más relevantes que la técnica empleada [1].

Se trata de una afirmación inusualmente directa para una revisión sistemática; por ello, merece ser tomada al pie de la letra. Se trata de una intervención técnicamente compleja que se realiza cerca de tres nervios principales, en una articulación cuya capacidad de movimiento ya se encuentra limitada por la contractura que se está tratando. La familiaridad del cirujano con la técnica empleada resulta más determinante que la técnica en sí.

MENOS CIRUGÍA, MENOS PROBLEMAS

Una revisión sistemática previa realizada con **798** pacientes arrojó una conclusión que se ha mantenido: el número de complicaciones parece aumentar conforme **aumenta la extensión** del procedimiento quirúrgico. Por ello, la recomendación es optar por el tratamiento menos invasivo posible [2]. Los autores calificaron dicha recomendación de forma moderada; la evidencia científica no es suficiente para llegar a una conclusión estadística definitiva, pero la tendencia es coherente.

Esta es la tensión central en la práctica quirúrgica: una liberación más completa permite mayor movilidad durante la operación, pero conlleva mayor traumatismo de los tejidos blandos, más sangrado en la articulación y un mayor estímulo inflamatorio, factores que favorecen la reaparición de la rigidez articular.

LA OSIFICACIÓN HETEROTÓPICA ES LO QUE HAY QUE PREVENIR

La osificación heterotópica, que consiste en la formación de hueso en tejidos blandos que deberían permanecer flexibles, es el mecanismo mediante el cual un codo previamente liberado vuelve a quedar rígido. La profilaxis con antiinflamatorios es el procedimiento estándar, aunque la evidencia científica al respecto es menos contundente que la práctica clínica.

Un metaanálisis realizado con **622** pacientes, en el que se compararon los antiinflamatorios selectivos para COX-2 frente a los no selectivos tras cirugía por traumatismo de codo, reveló que ambos tipos **reducen eficazmente** el riesgo de osificación heterotópica. No obstante, las comparaciones directas entre ellos no mostraron diferencias estadísticamente significativas, y la solidez general de la evidencia resultó ser baja [3]. En conclusión: la profilaxis parece beneficiosa, la elección del fármaco no parece tener gran relevancia, y la certeza de los datos disponibles es limitada.

El contexto clínico ayuda a establecer expectativas realistas. Tras una artroplastia total de codo, la osificación heterotópica es una complicación **poco frecuente**; en la mayoría de los casos en que se produce, los pacientes permanecen asintomáticos y no requieren intervención quirúrgica alguna. De hecho, la literatura médica no respalda la profilaxis rutinaria tras dicha operación [4]. El riesgo no es uniforme en todas las cirugías de codo; se concentra especialmente en casos de traumatismo y en intervenciones que implican liberaciones extensas de tejidos.

UNA INTERVENCIÓN QUE NO PRODUCE EL EFECTO ESPERADO

El ácido tranexámico reduce el sangrado en muchas cirugías ortopédicas; por ello, reducir el sangrado en un codo recién operado parecería contribuir a disminuir la rigidez articular. Un metaanálisis con **660** pacientes reveló que el ácido tranexámico sí puede reducir el volumen de sangrado durante la artroplastia abierta del codo, pero **no** influye en el rango final de movimiento ni en las puntuaciones de dolor [5].

Se trata de un claro ejemplo de cómo un mecanismo aparentemente lógico no se traduce en el resultado que realmente importa; además, sirve como recordatorio de que “menos sangrado” es solo un indicador sustitutivo, no el resultado final deseado.

¿QUÉ DETERMINA REALMENTE EL RESULTADO FINAL?

Nada en esta literatura científica sugiere la existencia de atajos técnicos. Los indicadores constantes indican que la intervención quirúrgica debe ser lo más reducida posible, que la profilaxis contra la osificación heterotópica resulta beneficiosa, y que el rango de movilidad ganado durante la cirugía solo se mantiene mediante la rehabilitación posterior. El codo tiende de forma notable a volverse rígido; los meses posteriores a la liberación del mismo son al menos tan importantes como la propia intervención.

REFERENCIAS

- [1] Khorram R, Ghayyad K, Vafadar R, Borazjani R, Nezameslami A, Huffman GR, et al. Tratamientos quirúrgicos para la rigidez postraumática del codo: una revisión sistemática y metaanálisis. J Shoulder Elbow Surg. 2026;35(1):387-407. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2025.05.004>
- [2] Kodde IF, van Rijn J, van den Bekerom MP, Eygendaal D. Tratamiento quirúrgico de la rigidez postraumática del codo: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2013;22(4):574-80. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2012.11.010>
- [3] Ahmad A, Khorram R, Ghayyad K, Amin V, Kachooei AR, Huffman GR, et al. Profilaxis con antiinflamatorios no esteroideos después de la cirugía para prevenir la osificación heterotópica en el codo: una revisión sistemática y metaanálisis comparando inhibidores selectivos y no selectivos de la COX-2. JSES Rev Rep Tech. 2026;6(2):100628. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2025.100628>
- [4] Liu EY, Hildebrand A, Horner NS, Athwal GS, Khan M, Alolabi B. Osificación heterotópica tras artroplastia total de codo: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2019;28(3):587-95. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2018.10.003>
- [5] Nejat MH, Khayami A, Daliri M, Ebrahimzadeh MH, Sadeghi M, Moradi A. ¿Reduce el ácido tranexámico la hemorragia y el dolor en la artroplastia abierta de codo? Una revisión sistemática y metaanálisis. BMC Musculoskelet Disord. 2023;24(1). <https://doi.org/10.1186/s12891-023-06835-7>