

Inestabilidad del codo

Los ligamentos colaterales situados en la parte externa (lateral) e interna (medial) del codo, que se reparan o protegen tras una lesión por inestabilidad.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



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

Este protocolo le servirá de guía para su recuperación tras la cirugía por **inestabilidad del codo** realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Abarca dos tipos distintos de inestabilidad; su cirujano le indicará cuál de ellos aplica en su caso:

- **(A) Lesión lateral (en el lado externo):** como la llamada “tríada terrible”, una fractura con dislocación, o la reparación del ligamento colateral lateral (LCL). Estas lesiones se estabilizan para evitar que el codo se desplace o gire fuera de su posición normal.
- **(B) Lesión medial (en el lado interno), propia de lanzadores:** reparación o reconstrucción del ligamento colateral ulnar (UCL), frecuente en atletas que realizan lanzamientos por encima de la cabeza.

Todo el plan de rehabilitación se basa en un principio fundamental: **movilización temprana y controlada, en lugar de inmovilización**. Los períodos prolongados con yeso o férula son la principal causa de rigidez crónica del codo; por ello, el objetivo es comenzar a moverlo de forma segura lo antes posible. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podrá ajustar el plan según el progreso de su recuperación.

Si tiene alguna duda respecto a la herida quirúrgica, no dude en contactar con el consultorio. A menudo resulta útil tomar una fotografía de la herida y enviarla por correo electrónico para su evaluación.

Qué esperar

El codo se mantiene en su posición gracias a los ligamentos situados en los lados interno y externo de la articulación. Cuando estos se lesionan (por una dislocación, una fractura-dislocación o por lanzamientos repetidos), la articulación puede volverse inestable. La cirugía repara o reconstruye las estructuras dañadas para que la articulación vuelva a quedar en su posición correcta.

El método del Dr. Hirpara evita el uso de un aparato externo con bisagra, de gran tamaño. Si la reparación resulta estable en todo su rango de movimiento durante la cirugía, simplemente deberá usar un cabestrillo ligero para mayor comodidad y comenzar a mover el codo pronto, dentro de los límites seguros. Si, por el contrario, se requiere mayor protección para la estabilidad, se puede colocar durante la intervención un **estabilizador articular interno**: una pequeña bisagra interna que mantiene el codo correctamente alineado desde el interior, permitiéndole a la vez flexionarlo y extenderlo desde el principio. Al ser un dispositivo interno, se evita la necesidad de usar un aparato externo que limite el movimiento. En caso de emplearse, este dispositivo suele retirarse una vez que los ligamentos hayan sanado, aproximadamente a los cuatro o seis meses.

Para información sobre el cuidado de la herida, la reducción de la hinchazón y la cicatrización, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta.

El hábito más importante durante la recuperación es **seguir moviendo el codo dentro de los límites seguros**, respetando siempre las posiciones que su cirujano le indique evitar. Los ejercicios que se detallan a continuación constituyen su punto de partida.

Precauciones y limitaciones

Las posiciones que deben protegerse dependen del tipo de lesión que tenga. Su cirujano y terapeuta le indicarán cuáles son las adecuadas para usted.

En caso de lesión lateral (en el lado externo) (trío terrible / LCL):

- **Sí**, mantenga el antebrazo girado **con la palma hacia abajo (pronado)** durante los movimientos; esto estabiliza la articulación y protege la reparación en el lado externo.
- **Sí**, haga ejercicios con el brazo frente a su cuerpo, o acostado con el brazo extendido hacia el techo si se lo indican, de modo que la gravedad ayude a mantener la articulación unida.
- **No** permita que el brazo se desvíe hacia el lado (evite la abducción del hombro) ni cargue peso sobre él en las primeras etapas; de lo contrario, la gravedad separará la reparación.
- **No** combine la extensión completa del codo con el antebrazo en posición **palma arriba (supinado)** hasta que su cirujano lo autorice (aproximadamente a las 16 semanas); esta es la posición que puede provocar nuevamente el desplazamiento de la articulación.
- **No** fuerce ni estire el codo hasta sentir dolor, y evite soportar peso y cargas de impacto durante los primeros meses.

En caso de lesión por lanzamiento (en el lado medial, interno) (UCL):

- **Sí**, mantenga el antebrazo en posición **palma arriba (supinado) o neutra**, según las indicaciones.
- **No** someta el hombro a rotación externa prematura; esto ejerce presión sobre la reparación en el lado interno. Por lo general, esto se evita hasta aproximadamente las 6 semanas.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto, destinados a recuperar un movimiento seguro y a mantener el funcionamiento de la mano, el antebrazo y el hombro mientras se protege el codo. Inicie estos ejercicios y vaya aumentando su dificultad únicamente bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta; la posición y el rango de movimiento seguros del antebrazo dependen de la naturaleza específica de su lesión.

Su protocolo clínico

El resto de esta página contiene el protocolo clínico para su fisioterapeuta o terapeuta de mano. Está redactado en dos secciones, ya que ambas lesiones requieren un manejo distinto. Cada fase está condicionada a ciertos criterios: se debe avanzar únicamente cuando se cumplan dichos hitos, no simplemente según el transcurso del tiempo.

Antes de iniciar el tratamiento, revise la radiografía del paciente, el informe quirúrgico y su historial médico. Consulte también con el cirujano tratante sobre la estabilidad lograda en la cirugía, el rango de movimiento seguro y la rotación del antebrazo, así como sobre la posible colocación de un estabilizador articular interno. El Dr. Hirpara no utiliza férulas articuladas externas: las reparaciones estables en todo el rango de movimiento se manejan con un cabestrillo sencillo y movilización temprana para mayor comodidad del paciente; cuando es necesario proteger la estabilidad, un estabilizador articular interno mantiene la reducción mientras permite una extensión cómoda.

VÍA A – TRÍADA TERRIBLE / FRACTURA-LUXACIÓN / REPARACIÓN DEL LCL (LUCL)

Objetivo: Lograr un codo estable, reducido concéntricamente y con movilidad temprana; prevenir la luxación rotatoria posterolateral.

Precauciones clave durante la fase inicial:

- Mantener el **antebrazo en pronación** en caso de lesión lateral aislada (esto tensa las estructuras laterales y fija la articulación radiocapitelar). Si se repararon ambas columnas, mantener el antebrazo en posición **neutral**; la supinación solo está permitida con el codo flexionado a ~90°.
- **Evitar la carga en varo y la abducción del hombro:** la gravedad ejerce una carga en varo sobre la reparación lateral. Realizar el rango de movimiento activo con el brazo delante del cuerpo, o en posición supina con el brazo sobre la cabeza (para reducir la influencia de la gravedad) si la reparación es frágil.
- **No realizar extensión completa con supinación** hasta pasadas aproximadamente 16 semanas (esto reproduce el fenómeno de “pivot-shift”).
- No realizar carga de peso ni ejercicios de cadena cerrada durante 8–16 semanas.

Semanas 0–2: Movilización temprana. Utilizar un cabestrillo sencillo para mayor comodidad. Iniciar de inmediato el rango de movimiento activo de dedos, muñeca y hombro. A partir del día 2–3, comenzar el rango de movimiento activo y asistido del codo **hasta donde resulte cómodo**, manteniendo el antebrazo en pronación y el brazo apoyado delante del cuerpo (o en posición supina con el brazo sobre la cabeza si la reparación es frágil, para que la gravedad comprima la articulación). **En casos donde se haya colocado un**

estabilizador interno de la articulación, se puede progresar a la extensión completa y cómoda desde el principio; este dispositivo protege la reducción, por lo que no se emplea ningún aparato externo de inmovilización.

Semanas 2–6: Restauración del rango de movimiento. Progresar hasta alcanzar una flexión y extensión completas y cómodas (la extensión se realiza hasta donde resulte cómodo; si existe un estabilizador interno, esto es posible). Mantener la tendencia a la pronación; evitar cualquier carga en varo. *Criterios para avanzar:* recuperación completa del rango de movimiento pasivo, ausencia de re-luxación según la exploración y las radiografías, y dolor $\leq 3/10$.

Semanas 6–12: Fortalecimiento. Una vez que se constate la curación clínica y radiográfica (alrededor de la semana 6), iniciar un fortalecimiento progresivo; emplear una férula estática progresiva si se observa tendencia a la contractura. Seguir evitando la carga en varo. El estabilizador interno, si se utilizó, suele mantenerse hasta que los ligamentos hayan cicatrizado por completo.

Semanas 12–20 en adelante: Etapa avanzada / retorno a la actividad. Introducir resistencia progresiva; retorno a trabajos de gran esfuerzo. **El retorno a deportes de contacto y actividades con el brazo sobre la cabeza se produce aproximadamente a los 6–9 meses** (y tras retirar cualquier estabilizador interno). Seguir evitando ejercicios de fortalecimiento que impliquen carga en varo.

VÍA B – REPARACIÓN/RECONSTRUCCIÓN DEL LCU MEDIAL EN LANZADORES

Se trata de un problema crónico derivado de sobrecarga en la zona medial. La preferencia del Dr. Hirpara es **no utilizar férulas externas con bisagra**: el refuerzo interno mediante cinta de sutura (reparación) o el injerto tendinoso (reconstrucción) brindan la protección necesaria; la rehabilitación se centra específicamente en el acto de lanzar. El antebrazo se mantiene en posición de **supinación/neutral**; se evita la rotación externa resistida del hombro hasta aproximadamente la semana 6, ya que genera carga valga sobre el injerto.

Reparación reforzada con soporte interno (versión acelerada, alineada con el enfoque sin férula externa):

- Movilidad controlada desde el inicio, según tolerancia del paciente; rango de movimiento completo alrededor de la semana 0–4 (aprox. semana 6).
- Programa Thrower's Ten a partir de la semana 3; ejercicios pliométricos a partir de la semana 6.
- **Programa de lanzamientos intermitentes a partir de la semana 11; retorno al deporte alrededor de los 5–7 meses.**

Vía de reconstrucción mediante injerto, si se aplica (proceso más lento):

- Rango de movimiento completo alrededor de la semana 6; lanzamientos intermitentes a partir de la semana 14–16; no se permite lanzar desde un montículo antes de los 6 meses; el retorno a la competición suele producirse a los 9–16 meses.

Volver al trabajo y a las actividades

La rapidez con la que se reincorpora depende del tipo de lesión sufrida y de las exigencias de su trabajo o deporte.

- **Lesión lateral (tríada terrible / LCL):** las tareas ligeras de oficina y de autocuidado pueden retomarse pronto, siempre que se realicen en posiciones seguras. El fortalecimiento muscular suele iniciarse alrededor de las 6 semanas, una vez que el codo ha sanado clínicamente y en las radiografías. La práctica de deportes de contacto o que requieran lanzamientos se retrasa generalmente hasta los 6–9 meses, y tras retirar cualquier estabilizador articular interno que se haya colocado. Evite cargar peso a través del brazo o ejercer fuerza lateralmente hasta que su cirujano lo autorice.
- **Lesión por lanzamiento (UCL):** en caso de reparación reforzada con un soporte interno, un programa estructurado de lanzamientos suele comenzar alrededor de las 11 semanas, con retorno al deporte a los 5–7 meses aproximadamente. Tras una reconstrucción, el retorno a lanzamientos competitivos es más lento, generalmente a los 9–16 meses.

Se puede volver a conducir una vez que tenga un control cómodo y seguro del brazo fuera del cabestrillo, y siempre que su cirujano lo autorice en la revisión. Su terapeuta irá progresando con el fortalecimiento y los ejercicios específicos para su deporte o trabajo, orientados a alcanzar sus objetivos personales.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación de la clínica; consulte [control del dolor postoperatorio](#) y [cuidado de la herida](#). Su recuperación continua será guiada de forma individual por su fisioterapeuta o terapeuta de mano, según la evolución de su codo y el tipo de lesión que haya sufrido. El resumen de evidencia clínica correspondiente a este protocolo se encuentra junto a esta página.