

Liberación de codo rígido (artrólisis)

Un codo rígido tras una lesión o cirugía: la cápsula engrosada y tensa que se libera mediante una operación de liberación.

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 una intervención quirúrgica destinada a liberar un codo rígido (una liberación, o **artrólisis**) realizada por el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Comienza con un programa de ejercicios para realizar en casa; a continuación, se detalla el protocolo clínico estructurado **para su fisioterapeuta o terapeuta de mano**. Lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia, a fin de garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podrá modificar el plan según el progreso de su recuperación.

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

Qué esperar

La rigidez del codo tras una lesión o intervención quirúrgica previa se debe a que la membrana (capsula) que recubre la articulación se engrosa y se tensa; a veces también se forma hueso adicional, impidiendo que el codo se flexione y extienda en toda su amplitud. Durante la intervención de liberación, realizada mediante cirugía artroscópica o una incisión abierta, el cirujano elimina dicha cápsula tensa (así como cualquier hueso extra o tejido cicatricial adherido) para que el codo vuelva a moverse libremente durante la operación.

Lo más importante que hay que comprender es que esta recuperación es lo opuesto a una operación de reparación. No hay nada que haya sido suturado o reparado y que requiera semanas de reposo para cicatrizar. En cambio, el cirujano logra una amplitud de movimiento casi completa durante la operación, y **la tarea principal de su rehabilitación consiste en mantener dicha movilidad**, pues la tendencia natural del codo tras la cirugía es volver a endurecerse. Por eso **no se utiliza cabestrillo ni hay fase de protección**: se empieza a mover el codo desde el primer día, y se hace de forma enérgica y frecuente. El principal enemigo es la re-rigidez, no el fallo de los tejidos.

Para información sobre el cuidado de la herida, la hinchazón y la cicatrización, consulte las pautas de [cuidado de heridas](#) de nuestra consulta. La hinchazón y el dolor son los principales factores que limitan el movimiento en las primeras etapas; por ello, controlarlos mediante elevación, hielo y analgésicos es fundamental para conservar la amplitud de movimiento.

La mayor parte de la mejora se produce entre las 6 semanas y los 3 meses; normalmente el codo alcanza su mejor amplitud estable alrededor de los **4 meses**. Para mantener e incluso aumentar dicha amplitud, se emplea un programa de inmovilización con férula durante la noche y los períodos de descanso, el cual debe continuarse durante **al menos 3 meses**.

Precauciones y limitaciones

- **Sí**, empiece a mover el codo desde el primer día, y hágalo con frecuencia a lo largo del día: esto es fundamental para su recuperación.
- **Sí**, empuje suavemente hasta el límite de cada estiramiento; a diferencia de una reparación, no existe ninguna estructura que proteger, por lo que el objetivo es alcanzar el rango completo de movimiento.
- **Sí**, controle la hinchazón y el dolor mediante elevación, hielo y los analgésicos recetados; son estos factores los que limitan su movilidad, no la cirugía en sí.
- **Sí**, tome cualquier medicamento antiinflamatorio (como la indometacina) exactamente según las indicaciones, si el Dr. Hirpara lo ha prescrito para evitar la formación excesiva de hueso.
- **Sí**, use la férula nocturna o de reposo tal como se indica, durante al menos 3 meses, para mantener y consolidar el rango de movimiento logrado.
- **No** deje el codo en reposo ni “tómelo con calma” para que se asiente: así es como vuelve la rigidez.
- **No** se alarme si siente hormigueo o entumecimiento en el dedo meñique y el anular; el nervio situado en la parte interna del codo (el nervio cubital) puede volverse más sensible a medida que mejora la flexión; por ello, informe al Dr. Hirpara o a su terapeuta para que lo evalúen.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto para recuperar y mantener la movilidad del codo y el antebrazo. Comience a realizarlos bajo la guía del Dr. Hirpara y de su terapeuta; en este protocolo, deben iniciarse de inmediato. Se deben hacer con firmeza y con frecuencia, ya que el rango de movimiento que se mantenga será el que utilice a diario mediante estos ejercicios.

Su protocolo clínico

El resto de esta página contiene el protocolo clínico para la rehabilitación posterior a la liberación quirúrgica (artrólisis) de un codo rígido. Esta sección debe entregarse a su fisioterapeuta o terapeuta de mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que está ocurriendo. El principio

fundamental es que el cirujano logra un rango de movimiento casi completo en la mesa de operaciones; la función de la rehabilitación es evitar que se pierda dicho rango. No existe ningún tipo de fijación para proteger el codo, por lo que no hay fase de protección: el control del dolor y la hinchazón son los factores que limitan el ritmo de la rehabilitación, no la cicatrización de los tejidos.

DÍAS 0 A 2 DESPUÉS DE LA OPERACIÓN

Durante el primer día o dos, se mantiene el codo en reposo brevemente, el brazo se mantiene elevado y la hinchazón se controla con hielo y compresión. Con frecuencia, el codo se sujeta en una posición de **extensión completa**, ya que este es el movimiento que con mayor frecuencia se pierde y al que se debe favorecer. Si existe preocupación por una formación ósea excesiva (por ejemplo, tras la extirpación de hueso adicional o tras una lesión de alta energía), el Dr. Hirpara podría iniciar ahora un medicamento antiinflamatorio para prevenirla.

Para su fisioterapeuta:

Antes de iniciar el tratamiento, revise las imágenes médicas del paciente, el informe quirúrgico y su historial clínico previo; además, consulte con el cirujano responsable sobre el rango de movimiento logrado durante la operación, cualquier procedimiento realizado en el nervio cubital y si se ha iniciado la profilaxis contra la osificación heterotópica.

Posición y edema

- Inmovilización breve en **extensión completa** mediante una férula acolchada; brazo elevado; crioterapia y compresión para controlar el edema.
- Por lo general, los drenajes se retiran al día siguiente de la operación.

Profilaxis contra la osificación heterotópica (si procede)

- Indometacina (por ejemplo, 25 mg tres veces al día, o 75–100 mg/día) durante 3–6 semanas cuando sea necesario, especialmente tras la extirpación de tejido óseo o tras traumatismos de alta energía; en casos seleccionados de alto riesgo, se puede añadir una dosis única de radioterapia perioperatoria (según criterio del cirujano).

A PARTIR DEL DÍA 1: MOVILIZACIÓN INMEDIATA Y ENÉRGICA

Esta es la base del protocolo. El día posterior a la cirugía se retira el yeso y se inicia una **movilización firme y frecuente**: flexión y extensión activo-asistida y pasiva, así como rotación del antebrazo, con el objetivo de recuperar todo el rango de movimiento que el cirujano logró durante la intervención. No existe límite alguno para el rango de movimiento; el objetivo es alcanzar exactamente el arco intraoperatorio completo.

Para su fisioterapeuta:

Límite del rango de movimiento

- **Ninguno.** Se debe recuperar el arco intraoperatorio completo. Retirar el yeso al día siguiente a la cirugía.

Ejercicios

- Movilización activo-asistida y pasiva en flexión, extensión, pronación y supinación; se debe enfatizar el estiramiento en la dirección más restrictiva (normalmente la extensión).

CQ HAND + UPPER LIMB

Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

- **CPM opcional:** si se utiliza, iniciar en el hospital al día siguiente a la cirugía con el rango máximo disponible (usualmente 0–145° con un cojín detrás del codo) y continuar en casa durante unas 4 semanas, además de la fisioterapia. El CPM es únicamente un complemento; no se ha demostrado que sea superior a la fisioterapia supervisada; su uso queda a criterio del cirujano.
- Frecuencia: fisioterapia supervisada a diario durante la primera semana postoperatoria, y luego 2–3 veces por semana durante aproximadamente 6 semanas.

Criterios para avanzar

- Mantenimiento del rango de movimiento logrado durante la cirugía; control del edema y del dolor.

SEMANAS 2 A 6: MANTENER EL ARCO DE MOVIMIENTO E INTRODUCIR EL USO DE FÉRULAS

El movimiento continúa siendo constante. Para mantener y ampliar el rango de movimiento, se incorpora un **programa de férulas** durante la noche y los períodos de descanso: se realiza un estiramiento prolongado y de baja carga en el extremo del rango de movimiento, alternando entre flexión y extensión.

Para su fisioterapeuta:

Ejercicios y uso de férulas

- Continuar con ejercicios activos, activo-asistidos o pasivos para mantener el rango de movimiento.
- Incorporar **férulas estático-progresivas** (o dinámicas/estático-serie/torniquete) para realizar estiramientos prolongados de baja carga en el extremo del rango de movimiento: un programa nocturno o de descanso que alterna flexión y extensión. Las férulas estático-progresivas (elásticas, con ajuste incremental del torque por parte del paciente) son la modalidad preferida para tratar las contracturas de flexión del codo.
- Control del edema y manejo de las cicatrices.

Criterios para avanzar

- El arco de movimiento se mantiene o se amplía; alrededor de la semana 6 el paciente estará listo para someterse a carga.

SEMANAS 6 A 12: FORTALECIMIENTO Y CONTINUACIÓN DEL USO DE FÉRULAS

Una vez que el movimiento se vuelve estable, generalmente alrededor de la semana 6, **se inicia el fortalecimiento** mediante ejercicios de resistencia progresiva según la tolerancia del paciente. El programa de uso de férulas se mantiene.

Para su fisioterapeuta:

Ejercicios y férulas

- Iniciar el fortalecimiento con resistencia progresiva una vez que el movimiento sea estable (normalmente alrededor de la semana 6)
- **Continuar el uso de férulas durante al menos 3 meses** después de la cirugía para lograr un rango de movimiento final óptimo

ALREDEDOR DE 16 SEMANAS: FASE DE ESTABILIZACIÓN

Los estudios publicados indican que los pacientes alcanzan su **rango máximo de movimiento en un promedio de aproximadamente 16 semanas**, siendo **la mayor parte de la recuperación observable entre las 6 semanas y los 3 meses**. Esta expectativa debe comunicarse al paciente antes de la cirugía. Los avances obtenidos en cuanto al rango de flexión/extensión y rotación suelen mantenerse a largo plazo (según seguimientos de hasta 15 meses en grandes cohortes de pacientes).

Para su fisioterapeuta:

- El rango máximo de movimiento se alcanza en un promedio de ~16 semanas; se debe informar al paciente que ningún umbral previo al procedimiento permite predecir con certeza la trayectoria de recuperación; aplique este mismo plazo de ~16 semanas a todos los pacientes.

Volver al trabajo y a las actividades cotidianas

Al no existir ningún tipo de fijación que proteja la zona, el regreso a las actividades diarias se regula según su **comodidad, la hinchazón y el rango de movimiento que logre alcanzar**, en lugar de esperar a que algo se cure. Desde el principio se recomienda un uso moderado del brazo para las tareas cotidianas; de hecho, utilizar el codo con normalidad durante el día forma parte del tratamiento.

El fortalecimiento muscular, así como la realización de tareas más exigentes, comienzan alrededor de las 6 semanas, una vez que su movilidad se haya estabilizado, y se incrementan gradualmente según su fuerza y rango de movimiento lo permitan. La mayoría de las personas alcanzan un rango y nivel funcional estables al cabo de unos 4 meses, y los progresos obtenidos suelen mantenerse a largo plazo. El regreso a la conducción, al trabajo y a la práctica deportiva depende de que recupere suficiente movilidad, fuerza y control para cada actividad específica; hable con el Dr. Hirpara y su terapeuta sobre el momento adecuado para su caso, ya que esto varía según su profesión y la magnitud de la cirugía. El mensaje más importante es que debe mantener el programa de ejercicios de movilidad y el uso de la férula nocturna o de reposo durante todo el proceso, pues eso es lo que garantiza que conserve el rango de movimiento que tanto le ha costado recuperar.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación que brinda la clínica: consulte [manejo del dolor postoperatorio](#) y [cuidado de la herida](#). Para información sobre la recuperación del codo cuando se realiza la liberación del revestimiento articular, vea [liberación capsular](#). El plan por fases descrito anteriormente se ajusta a la evidencia científica publicada sobre la rehabilitación tras la liberación de contracturas del codo; además, su proceso de recuperación será guiado individualmente por su fisioterapeuta o terapeuta de mano, según la evolución de su codo.