

# MANEJO EN URGENCIAS DE UNA LUXACIÓN ANTERIOR DE CODO EN PACIENTE PEDIÁTRICO, A PROPÓSITO DE UN CASO.

MELINA CANO MAALOUF, BEATRIZ GARCÍA MARQUÉS, MARÍA DEL MAR OTERO PÉREZ, CRISTINA WERT MARTÍN, ARIADNA CASADO CASTILLO  
HOSPITAL UNIVERSITARIO FUNDACIÓN ALCORCÓN

## INTRODUCCIÓN

Presentar un caso de luxación anterior de codo en un paciente varón de 10 años de edad tras caída casual.

## MATERIAL Y MÉTODOS



Varón de 10 años, con hiperlaxitud como único dato de interés, sin otras enfermedades diagnosticadas. Acude a urgencias por dolor, impotencia funcional y deformidad de codo derecho tras caída saltando en unas camas elásticas. Refiere caída sobre codo en flexión. A la exploración física presentaba deformidad visible de codo derecho con BA limitado para todos los rangos de movimiento. Movilidad de muñeca y dedos conservada. Sin alteraciones neurovasculares distales. En la radiografía se observa una luxación anterior de codo además de una posible hipoplasia de olécranon.



## RESULTADOS

Tras administración de Ketamina iv en urgencias por parte de Pediatría, se procede a la reducción cerrada realizando una maniobra con el codo en flexión de tracción y desplazamiento posterior del antebrazo, sumada a la aplicación de una ligera presión a nivel del borde posterior del húmero distal. Tras comprobar la integridad de las estructuras neurovasculares, se inmoviliza mediante una férula braquiopalmar dorsal.

En revisión en consultas tras dos semanas, se retira la inmovilización. Codo estable. Permanecen molestias en región medial. Alcanza los 90° de flexión a la exploración. Extensión y pronosupinación completas. En la radiografía, se confirma una correcta congruencia articular. Se recomienda comenzar con la movilidad del codo de manera progresiva.



## CONCLUSIÓN

La luxación traumática de codo es una lesión poco frecuente en la población pediátrica. Representan alrededor del 3-6% de las lesiones de codo. En menos del 9% de los casos, la luxación es anterior. Existen factores intrínsecos comúnmente asociados a la LAC, como aplasias o deformidades del olécranon, hiperlaxitud congénita o síndromes como el Ehler-Danlos, el Marfan o la osteogénesis imperfecta. Es fundamental descartar fracturas o lesiones neurovasculares asociadas. El manejo inicial es la reducción cerrada y la inmovilización con férula braquiopalmar. Se recomienda una reevaluación a los 10-14 días. Si la articulación es estable, se recomienda iniciar con ejercicios de movilidad de manera progresiva para evitar la rigidez.