

ENFERMEDAD PROFESIONAL**MANEJO DEL CODO DE NIÑERA
EN EL PRIMER NIVEL DE
ATENCIÓN DE SALUD**

Alejandro Hernández Sandí*

SUMMARY

The babysitter's elbow is a frequent consultation entity in the primary care that covers pediatric population; therefore, it is essential for physicians and for the rest of the health care personnel to handle the current concepts on the mechanisms of injury and pathology in order to properly recognize, by means of an accurate diagnosis based on clinical history, clinical presentation and physical examination, the existence of an injury of subluxation of the radial head by sliding the annular ligament, with the purpose of timely implementing the proper

reduction techniques and to assess its evolution, avoiding the use of x-ray to prevent exposing this type of patients to radiation unnecessarily.

Keywords: dislocations, elbow, joint ligaments (BIREME).

INTRODUCCIÓN

El término codo de niñera (CN) hace referencia a una subluxación de la cabeza del radio, es una lesión común que se presenta en servicios de emergencias médicas donde se atienden pacientes pediátricos, frecuentemente vista en pacientes bajo la edad de 5

años, con mayor riesgo para los niños que están en la edad entre 1 y 2 años, con ligera preferencia hacia pacientes femeninas y rara vez sufrida por adultos^{1,2}. Es importante para el clínico reconocer por historia clínica el mecanismo de lesión, así como la presentación del paciente para guiar el diagnóstico y posterior manejo.

NOMENCLATURA

Existen varias denominaciones en la literatura para esta lesión, siendo la más usada en la actualidad “codo de niñera”, esta

* Médico de primer nivel de atención de salud y departamento de emergencias médicas, Coopesain R.L., San José, Costa Rica.

Tabla 1
Sinónimos de codo de niñera

Codo de enfermera
Codo de rabietas
Codo de supermercado
Codo deslizado
Codo tenso
Dislocación del codo
Dislocación de la cabeza del radio
Dislocación parcial de la cabeza del radio
Lesión de Goyrand
Lesión de Malgaigne
Parálisis dolorosa en infantes
Pronación dolorosa
Separación de epífisis parcial de la cabeza del radio
Síndrome de rotación de codo
Subluxación de la cabeza del radio
Subluxación del radio por elongación
Trastorno interno del codo

lesión debido a su mecanismo queda mejor representada por el término desplazamiento del ligamento anular (DLA), debido a que su mismo nombre indica el mecanismo de trauma³. Otros vocablos utilizados para referirse a esta entidad se muestran en la tabla 1³.

MECANISMO Y PRESENTACIÓN

El CN es el resultado de una fuerza de tracción sobre la mano o muñeca del niño en posición pronada y con el codo en extensión. Situaciones donde habitualmente esto puede suceder son cuando un adulto levanta un niño del suelo, cama o silla,

al jalarlo durante una rabietas, caminando de la mano por evitar que el niño se deslice o caiga, o que el adulto sostenga al niño y este empuje fuertemente por librarse, entre otros escenarios.

La presentación del paciente en la consulta externa o servicio de emergencias médicas, se va tratar de un niño con fascies de dolor, sosteniendo el brazo en pronación y flexión parcial contra su tórax, constituyendo la típica posición antiálgica de esta entidad⁴. En la historia clínica es importante conocer el mecanismo de lesión, si se escuchó o sintió “un click” justo antes de iniciar el dolor, antecedente personal de CN, antecedente familiar en hermanos

(as) de CN. Al examen físico, vamos a encontrar que el niño se presenta en la típica posición antiálgica, con resistencia a la exploración física, dolor exquisito a la palpación profunda, limitación funcional por dolor y ausencia de otros signos de inflamación (calor, rubor).

PATOLOGÍA

El CN se trata de una subluxación de la cabeza del radio debido a un desplazamiento del ligamento anular entre el cóndilo del húmero y la cabeza del radio, la cabeza del radio no se mueve de su posición relativa, por lo tanto en esta entidad, el ligamento anular se desplaza de su posición

habitual, cubriendo la cabeza del radio, hacia una posición más proximal, que finalmente, lo va a ubicar entre el cóndilo humeral y la cabeza radial⁵. El DLA ocurre como consecuencia de una serie de movimientos seguidos, que involucran: una fuerza externa que desplaza distalmente el radio, seguido del deslizamiento de la cabeza del radio a través de la cara anterior del ligamento anular y finalmente la porción no adherida del ligamento anular se desliza sobre la cabeza del radio, ubicándose esta porción más caudalmente y cubriendo la cabeza del radio más que rodeándolo, como anteriormente sucedía⁵.

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico se estable basándose en la historia clínica, presentación clínica y examen físico, se debe evitar el uso de radiografías si se sospecha del diagnóstico de CN, ya que no se han documentado hallazgos alterados en la radiografía de un paciente con DLA y se estaría exponiendo al paciente a radiación innecesaria⁶. Se ha documentado la utilidad del ultrasonido de codo, por lo que en caso de duda si es justificable solicitarlo. Este se realiza comparando la distancia radiocondilar entre el codo afectado y el normal en posición de pronación. En el caso de que

si existe DLA, la distancia se aumenta prácticamente el doble, en ausencia de desplazamiento las diferencias entre uno y otro codo son mínima⁶.

TRATAMIENTO

La reducción de la luxación suele ser el manejo definitivo, en muchos casos conlleva al alivio inmediato del dolor, por lo cual normalmente no es necesario indicar analgésicos. Para reducir un CN se cuenta con dos maniobras: supinación o pronación. La maniobra de supinación consiste en una supinación simultánea de la muñeca y extensión del codo, seguida de una flexión del codo siempre manteniendo el antebrazo en supinación. La maniobra de pronación esta constituida por una pronación simultánea, de la muñeca y extensión del codo, seguida de una flexión del codo con el antebrazo mantenido en pronación⁵. Ambas maniobras son muy seguras y prácticas, y aunque hay controversia en la literatura sobre cual es más acertada, parece ser que es más efectiva la maniobra de pronación, aun así muchos clínicos prefieren la maniobra de supinación por su mayor facilidad de aplicación¹. Se describe también que en muchos casos se conoce que la reducción fue eficaz, si al concluir la maniobra se escucha o percibe

“un click” junto con el alivio del dolor del paciente.

MANEJO

Si se presenta un niño con historia típica, presentación clínica y examen físico sugerente de CN, se debe aplicar una maniobra de reducción de supinación o pronación, esperando finalizarla con “un click”, en caso de no lograrse se debe referir el paciente a cirujano ortopédico. Ante un paciente pediátrico que se presenta en la consulta externa o servicio de emergencias, por dolor en codo, con ausencia de historia o presentación típica, se debe indicar radiografía de codo, si esta es normal se puede manipular el codo, si se documenta fractura se debe referir a cirujano ortopédico³. Posterior a una maniobra de reducción exitosa, el niño debe ser capaz de usar su brazo inmediatamente, si es así se puede indicar el alta, en caso contrario se recomienda observación y revalorar en una hora, si luego de una hora ya el niño usa su brazo se puede dar de alta, si persiste sin utilizarlo, se debe revalorar en 12 horas, si posterior a 12 horas de observación, el niño usa el brazo se puede dar de alta, si persiste sin poder utilizarlo se debe referir a un cirujano ortopédico para su manejo³.

CONCLUSIONES

En resumen, el CN, es una lesión que es fácilmente reconocible y tratable, siempre que se tenga en cuenta un manejo claro del debido diagnóstico por medio de la historia clínica y examen físico del paciente y tratamiento mediante las técnicas de reducción. En caso de no lograrse una reducción exitosa, o el no uso del miembro a pesar de una maniobra exitosa, se debe referir a cirujano ortopédico, para su manejo definitivo.

RESUMEN

El codo de niñera es una entidad de consulta frecuente en el primer nivel de atención que cubre población pediátrica, por lo tanto, es fundamental para los médicos, así como para el resto del personal de salud, manejar los conceptos actuales sobre el mecanismo de trauma y patología, para poder reconocer apropiadamente, mediante un buen diagnóstico basado en historia clínica, presentación clínica y examen físico, la presencia de una lesión de subluxación de la cabeza del radio por deslizamiento del ligamento anular, para aplicar de forma oportuna las técnicas adecuadas de reducción y valorar la evolución, evitando el uso de radiografías para no exponer innecesariamente a radiación a

este tipo de pacientes.

Palabras clave: luxaciones, codo, ligamentos articulares (BIREME).

BIBLIOGRAFÍA

1. Macias C, Bothner J, Wiebe R. A Comparison of Supination /Flexion to Hyperpronation in the reduction of Radial Head Subluxations. *Pediatrics*. 1998 Jul; 102(1): e10.
2. Vitello S, Dvorkin R, Sattler S, Levy D, Ung L. Epidemiology of Nursemaid's Elbow. *West J Emerg Med*. 2014 Aug; 5(4), 554–557.
3. Sankar NS. Pulled elbow. *J R Soc Med*. 1999; 92(9): 462-464.
4. Hardy RH. Pulled elbow. *J R Coll Gen Pract*. 1978 Apr; 28(189): 224–226.
5. Kaplan RE, Lillis KA. Recurrent nursemaid's elbow (annular ligament displacement) treatment via telephone. *Pediatrics*. 2002 Jul; 110(1 Pt 1): 171-4.
6. Kosuwon W, Mahaisavariya B, Saengnianpanthkul S, Laupattarakasem W, Jirawipoolwon P. Ultrasonography of pulled elbow. *J Bone Joint Surg Br*. 1993 May; 75(3): 421-2.