

Tratamiento del codo de niñera en el primer nivel de atención de salud

Treatment of the nursemaid'elbow at the primary health care

Alejandro Hernández Sandí

Departamento de Emergencias Médicas. Clínica "Doctor Solón Núñez Frutos", de la Caja Costarricense del Seguro Social. San José, Costa Rica.

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, conocer 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.

ABSTRACT

The nursemaid's elbow is a frequent reason for consultation in the primary health care dealing with the pediatric population. It is then fundamental for the physicians and the rest of the health staff to learn about the present concepts on the mechanism of trauma and pathology in order to properly identify it through good diagnosis based on the medical history, the clinical presentation and the physical exam and presence of

subluxation of the radial head due to annular ligament displacement, to timely apply the adequate reduction techniques and to assess the progress, avoiding the use of X-rays that unnecessarily exposes this type of patients to radiations.

Keywords: luxations; elbow; joint ligaments.

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 menores de 5 años de edad, 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} Aunque menos común, esta entidad también se puede presentar en menores de 1 año, y es el movimiento de girársela su causa, y con mayor tendencia de presentarse en el brazo izquierdo.³ 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 tratamiento.

DESARROLLO

Existen varias denominaciones en la literatura para esta lesión, y la más usada en la actualidad es "codo de niñera". Esta 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 trauma.⁴ Otros vocablos utilizados para referirse a esta entidad se muestran en el cuadro.⁴

Cuadro. Sinónimos de codo de niñera

Codo de enfermera
Codo de rabieta
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
Síndrome de rotación de codo
Subluxación de la cabeza del radio
Subluxación del radio por elongación
Trastorno interno del codo

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 en las que habitualmente esto puede suceder son: cuando un adulto levanta un niño del suelo, cama o silla; al halarlo durante una rabieta; 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 a tratar de un niño con facies de dolor, sosteniendo el brazo en pronación y flexión parcial contra su tórax, que constituye la típica posición antiálgica de esta entidad.⁵

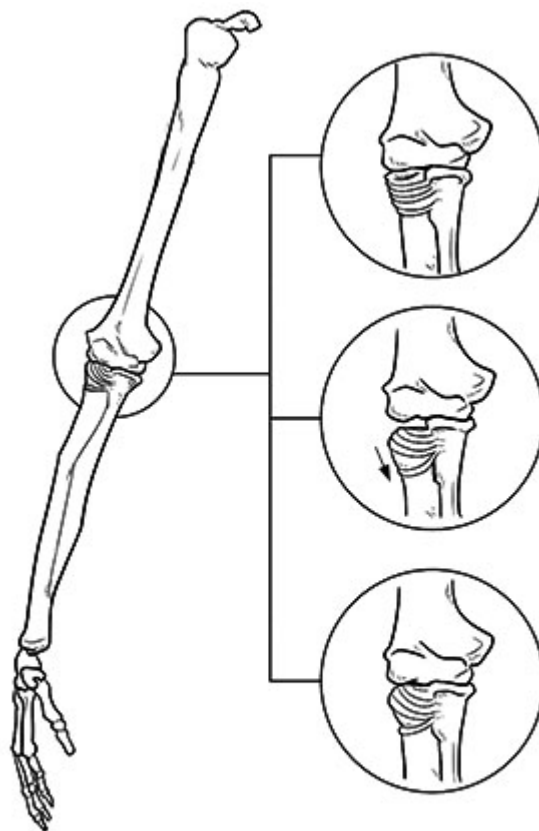
En la historia clínica es importante conocer el mecanismo de lesión, si se escuchó o sintió un "click" justo antes de iniciar el dolor, el antecedente personal de CN, así como el antecedente familiar en hermanos con CN.

Al examen físico, el niño se presenta en la típica posición antiálgica, con resistencia a la exploración física, dolor exacerbado 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 (figura). 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, cubre la cabeza del radio hacia una posición más proximal, que finalmente, lo va a ubicar entre el cóndilo humeral y la cabeza radial.⁶



Fuente: creación propia del autor.

Fig. Desplazamiento del ligamento anular.

El desplazamiento del ligamento anular 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, ubica esta porción más caudalmente, y cubre la cabeza del radio más que rodeándolo, como anteriormente sucedía.⁶

Diagnóstico

El diagnóstico se establece basándose en la historia clínica, la presentación clínica y el 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 desplazamiento del ligamento anular, y se estaría exponiendo al paciente a radiación innecesaria.⁷

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 sí exista desplazamiento del ligamento anular, la distancia se aumenta prácticamente el doble; mientras, en ausencia de desplazamiento, las diferencias entre uno y otro codo son mínimas.^{7,8}

Tratamiento

La reducción de la luxación suele ser el tratamiento 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 está caracterizada por una pronación simultánea, de la muñeca y extensión del codo, seguida de una flexión del codo con el antebrazo mantenido en pronación.⁶

Ambas maniobras son muy seguras y prácticas, y aunque hay controversia en la literatura sobre cuál 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 aplicación.^{1,9,10} 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.

Conducta a seguir

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", y 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; y si se documenta fractura, se debe referir a cirujano ortopédico.⁴

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 transcurrido ese tiempo ya el niño usa su brazo, se puede dar de alta, pero si persiste sin utilizarlo, se debe revalorar en 12 h. Posterior a las 12 h de observación, si el niño usa el brazo, se puede dar de alta, pero si persiste sin poder utilizarlo, se debe referir a un cirujano ortopédico para su tratamiento.⁴

Se concluye que el CN es una lesión que es fácilmente reconocible y tratable, siempre que se tenga en cuenta un adecuado diagnóstico por medio de la historia clínica, 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.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara no tener conflicto de intereses en la realización del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Lucas JK. Nursemaid's Elbow. Atlas of Emergency Medicine Procedures. New York: Springer; 2016. p. 731-5.
2. Vitello S, Dvorkin R, Sattler S, Levy D, Ung L. Epidemiology of Nursemaid's Elbow. West J Emerg Med. 2014 Aug;5(4):554-7.
3. Irie T, Sono T, Hayama Y, Matsumoto T, Matsushita M. Investigation on 2 331 cases of pulled elbow over the last 10 years. Pediatr Rep. 2014 May;6(2):5090.
4. Sankar NS. Pulled elbow. J R Soc Med. 1999;92(9):462-4.
5. Hardy RH. Pulled elbow. J R Coll Gen Pract. 1978 Apr;28(189):224-6.
6. Kaplan RE, Lillis KA. Recurrent nurse maid's elbow (annular ligament displacement) treatment via telephone. Pediatrics. 2002 Jul;110(1):171-4.
7. Dohi D. Confirmed specific ultrasonographic findings of pulled elbow. J Pediatr Orthop. 2013;33(8):829-31.
8. Sohn Y, Lee Y, Oh Y, Lee W. Sonographic finding of a pulled elbow: the "hook sign". Pediatr Emerg Care. 2014 Dec;30(12):919-21.
9. García-Mata S, Hidalgo-Ovejero A. Efficacy of reduction maneuvers for "pulled elbow" in children: a prospective study of 115 cases. J Pediatr Orthop. 2014 Jun;34(4):432-6.
10. Guzel M, Salt O, Demir MT, Akdemir HU, Durukan P, Yalcin A. Comparison of hyperpronation and supination-flexion techniques in children presented to emergency department with painful pronation. Niger J Clin Pract. 2014 Mar-Apr;17(2):201-4.

Recibido: 12 de junio de 2016.

Aprobado: 26 de junio de 2016.

Alejandro Hernández Sandí. Departamento de Emergencias Médicas. Clínica "Doctor Solón Núñez Frutos", de la Caja Costarricense del Seguro Social. Avenida 42, Vía 110, Hatillo. San José, Costa Rica. Correo electrónico: aleomark@yahoo.com