

<https://doi.org/10.18233/apm.v46i4.3226>

Codo de niñera (Subluxación de cabeza radial de codo) “Lo que el pediatra debe saber”

Nursemaid's Elbow (Radial Head Subluxation of the Elbow) “What the pediatrician should know”.

Randall Jesús Pérez Arce¹, Gabriel Fraind Maya², Viviana Camacho Rugerio³, Rubén García Linage², David Martínez-Duncker Rebolledo², Daniel Zimbrón López², Ana Elena Aburto Planas⁴, Alfonso Migoya Nuño⁵, Diego Hurtado Alonso⁶

La subluxación de la cabeza del radio, comúnmente conocida como “codo de niñera”, es la lesión de codo más común en edad pediátrica, ocasionada por una tracción brusca de la mano, cuando el antebrazo se encuentra en pronación y el codo en extensión¹⁻⁴. (**Figura 1**) Esta tracción genera que la cabeza del radio se deslice por debajo del ligamento anular quedando éste interpuesto entre la cabeza del radio y el *capitellum*, bloqueando así la articulación y causando la posición característica del codo en semiflexión y pronación.^{1,2,4-6}

Esta lesión es muy frecuente de los 6 meses a los 6 años¹⁻⁶; esto es debido a la inestabilidad de la articulación húmero-radial, lo cual predispone a la subluxación. La cabeza del radio aún no está osificada y es relativamente pequeña, lo que permite que se deslice fácilmente por debajo del ligamento anular, el cuál es relativamente laxo en niños, haciéndolo más débil y delgado en comparación al de los adultos.^{1,5,6}

Representa el 20 % de las afecciones de las extremidades superiores en niños y constituye la patología ortopédica más frecuente en urgencias en menores de 6 años², con una incidencia de 8 por cada 10,000^{7,8}; observándose mayor prevalencia entre el primer y segundo año de vida, debido a que entre menor edad, mayor será el grado de laxitud y por lo tanto el riesgo de presentar esta patología^{1,7,8}. Afecta más al género femenino y aquellos pacientes con un percentil de peso alto para la edad y sexo^{1,2,4,7,9}.

¹Médico General, Departamento de Ortopedia y Traumatología, Hospital Ángeles Lomas, Ciudad de México.

²Traumatólogo y Ortopedista, Departamento de Traumatología y Ortopedia, Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

³Estudiante de cuarto año de Licenciatura de Médico Cirujano, Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México

⁴ Estudiante de pregrado de Licenciatura de Médico Cirujano, Facultad Mexicana de Medicina, Universidad La Salle, Ciudad de México

⁵Traumatólogo y Ortopedista, Departamento de Traumatología y Ortopedia, ABC Santa Fe, Ciudad de México

⁶Traumatólogo y Ortopedista, Departamento de Traumatología y Ortopedia, Ángeles del Pedregal, Ciudad de México

Correspondencia

Randall Jesús Pérez-Arce
randalljesusperezarce@gmail.com

Este artículo debe citarse como: Pérez Arce RJ, Fraind Maya G, Camacho Rugerio V, García Linage R, Martínez-Duncker Rebolledo D, Zimbrón López D, Aburto Planas AE, Migoya Nuño A, Diego Hurtado Alonso D. Codo de niñera (Subluxación de cabeza radial de codo) “Lo que el pediatra debe saber”. Acta Pediatr Mex 2025; 46 (4): 451-454.

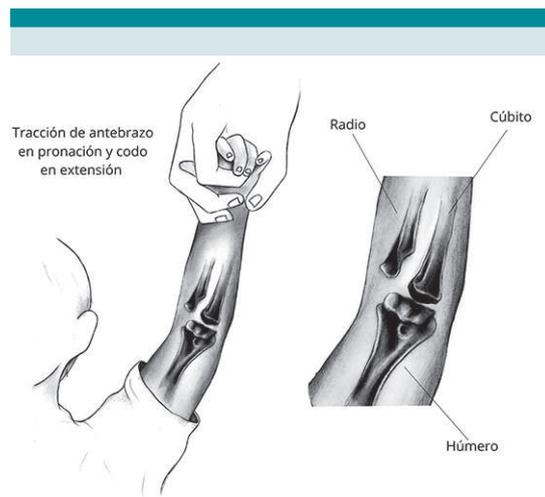


Figura 1. Se observa el mecanismo de lesión de tracción con codo en extensión, causando la subluxación de la cabeza del radio.¹⁻⁴

El diagnóstico es eminentemente clínico y se confirma ante una exploración física compatible con el mecanismo de lesión, tras la tracción suele escucharse un “click” o chasquido, seguido de dolor intenso de codo con irradiación a muñeca, limitación funcional para la flexión-extensión, pronación-supinación y una actitud forzada en semiflexión y pronación del codo^{1,7}. Las radiografías no están indicadas de forma rutinaria y quedan limitadas para presentaciones atípicas o sospecha de otro tipo de lesiones por hallazgos anormales en la exploración física como edema, deformidad, o lesiones cutáneas^{2,4,6,7}.

Debe distinguirse la subluxación de otras lesiones, como fracturas supracondíleas, fractura de la cabeza y cuello del radio, luxaciones completas y anomalías óseas, incluyendo la osteocondritis disecante⁴.

El tratamiento consiste en la reducción cerrada mediante las siguientes maniobras: Supinación-Flexión y la Hiperpronación^{1,2,4-7,10,11}.

- A)** Supinación-Flexión: con el codo a 90°, se realiza supinación del antebrazo seguida de flexión del codo; se lleva la palma de la mano hacia arriba y se flexiona el codo buscando que el meñique del paciente haga contacto con el hombro del paciente.^{2,4-7} (**Figura 2**)
- B)** Hiperpronación: con el codo a 90° se aplica una pronación del antebrazo hasta llevarlo su máximo rango de movimiento mientras la otra mano sujeta el codo colocando un pulgar sobre la cabeza del radio^{2,4-7}.

Ambas técnicas provocan molestias mínimas leves al paciente y se suele conseguir la reducción ante el primer intento de reducción por lo que no está indicada la sedación^{2,4-7}.

La maniobra de Hiperpronación ha demostrado ser más eficaz (85% vs 53%) y menos dolorosa^{2,4,5,10,11}.

La presencia de un chasquido audible o palpable durante la maniobra de reducción se asocia con un procedimiento exitoso^{2,4,7,12}. Esta se confirma clínicamente por la resolución espontánea del dolor y la recuperación completa de la función del codo en flexo-extensión y prono-supinación, lo cual suele ocurrir dentro de los primeros 10 a 15 minutos posteriores a la reducción.^{4,5,6,7,12}

La reducción puede corroborarse mediante la maniobra de “cookie test” que consiste en colocar una galleta u objeto a una distancia que estimule la extensión activa del brazo afectado; si lo hace sin dificultad, la reducción fue exitosa.⁷

Si tras la maniobra de reducción no se recuperan por completo los arcos de movilidad, están indicadas las radiografías simples de codo en proyección anteroposterior y lateral, así como referencia inmediata al ortopedista pediátrico

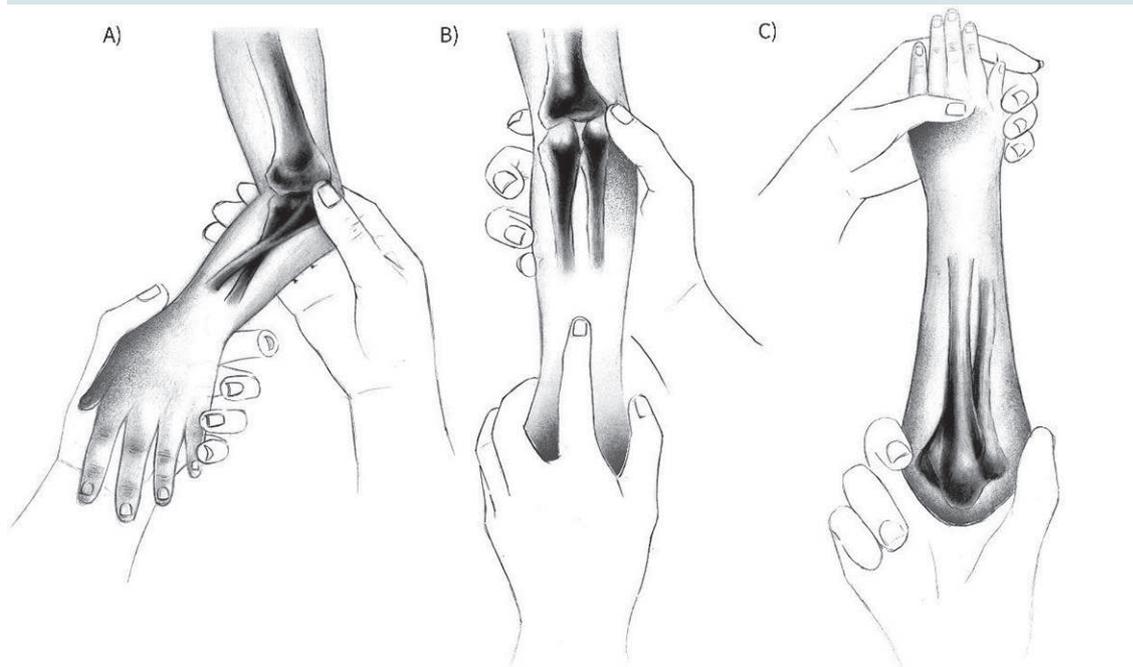


Figura 2. Maniobra de Supinación-Flexión A) Se palpa cabeza del radio con codo a 90° y no se retira hasta finalizar maniobra, B) Se realiza supinación completa de antebrazo, C) Se realiza flexión de codo llevando mano hacia hombro.^{2, 4-7}

para descartar otros diagnósticos. El ultrasonido es el estudio de elección ante dudas diagnósticas o para confirmar una adecuada reducción; su hallazgo característico es el “signo del eclipse parcial”, donde el borde sinovial posterior se observa interpuesto entre el ligamento anular y la cabeza radial desapareciendo tras una reducción efectiva.^{3,7}

Una vez confirmada la reducción y la recuperación funcional, el paciente puede ser dado de alta sin necesidad de analgesia, antiinflamatorios ni terapia física.⁷

Dada la alta tasa de recurrencia (5–39 %) asociada a la hiperlaxitud ligamentaria⁶, es fundamental informar a los padres sobre el riesgo que implica la tracción de los brazos, y

orientarlos sobre la forma correcta de cargar y manipular al niño, siempre desde las axilas y evitando tracción de los brazos.⁶

En casos con más de tres episodios de subluxación en un periodo menor a seis meses, se recomienda la inmovilización con férula braquial durante dos semanas y la referencia a ortopedia pediátrica, ante el riesgo de osteocondritis disecante.⁷

CONCLUSIÓN

El codo de niñera es una patología frecuente, benigna, de fácil diagnóstico y tratamiento. Idealmente, el médico general, pediatra o médico familiar debe ser capaz de realizar la reducción reservando la referencia al ortopedista pediátrico

para aquellos casos en los que las maniobras de reducción no sean exitosas, casos recurrentes o cuando la presentación y manifestaciones clínicas sean atípicas.^{2, 4}

REFERENCIAS

1. Vitello S, Dvorkin R, Sattler S, Levy D, Ung L. Epidemiology of nursemaid's elbow. *West J Emerg Med*. 2014 Jul;15(4):554-7. doi: 10.5811/westjem.2014.1.20813. PMID: 25035767; PMCID: PMC4100867.
2. Gündel P A, Vidal O C, Yañez P R, Figueroa G MJ, Giménez B B, Cañete C I. Pronación dolorosa: diagnóstico y manejo de urgencia [Nursemaid's elbow: diagnosis and treatment in emergency department]. *Andes Pediatr*. 2021 Oct;92(5):718-723. Spanish. doi: 10.32641/andespediatr.v92i5.2976. PMID: 35319578.
3. Tsai CC, Chiang YP. The Usefulness of Dynamic Ultrasonography in Nursemaid's Elbow: A Prospective Case Series of 13 Patients Reconsideration of the Pathophysiology of Nursemaid's Elbow. *J Pediatr Orthop*. 2023 Jul 1;43(6):e440-e445. doi: 10.1097/BPO.0000000000002401. Epub 2023 Mar 24. PMID: 36962080; PMCID: PMC10234314.
4. Yamanaka S, Goldman RD. Pulled elbow in children. *Can Fam Physician*. 2018 Jun;64(6):439-441. PMID: 29898933; PMCID: PMC5999240.
5. Krul M, van der Wouden JC, van Suijlekom-Smit LW, Koes BW. Manipulative interventions for reducing pulled elbow in young children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012 Jan 18;1(1):CD007759. doi: 10.1002/14651858.CD007759.pub3. Update in: *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Jul 28;7:CD007759. doi: 10.1002/14651858.CD007759.pub4. PMID: 22258973; PMCID: PMC6464868.
6. Baiu I, Melendez E. Nursemaid's Elbow (Elbow Subluxation). *JAMA*. 2018 Feb 6;319(5):515. doi: 10.1001/jama.2017.22031. PMID: 29411033.
7. Paluch LK. Nursemaid's elbow: Radial head subluxation injuries in children. *JAAPA*. 2024 Jun 1;37(6):18-21. doi: 10.1097/01.JAA.000000000000025. Epub 2024 May 28. PMID: 38747889.
8. Zhou JJ, Shah NV, Scheer RC, et al. Trends and epidemiology of radial head subluxation in the United States from 2004 to 2018. *Eur J Orthop Surg Traumatol*. 2022;32(6):1137-1144.
9. Wong K, Troncoso AB, Calello DP, Salo D, Fiessler F. Radial Head Subluxation: Factors Associated with Its Recurrence and Radiographic Evaluation in a Tertiary Pediatric Emergency Department. *J Emerg Med*. 2016 Dec;51(6):621-627. doi: 10.1016/j.jemermed.2016.07.081. Epub 2016 Sep 27. PMID: 27687166.
10. Hutchinson J. Partial dislocation of the head of the radius peculiar to children. *Br Med J* 1886;1(1305):9-10.
11. Bexkens R, Washburn FJ, Eygendaal D, van den Bekerom MP, Oh LS. Effectiveness of reduction maneuvers in the treatment of nursemaid's elbow: a systematic review and meta-analysis. *Am J Emerg Med* 2017;35(1):159-63. Epub 2016 Nov 2
12. Hill CE, Cooke S. Common paediatric elbow injuries. *Open Orthop J* 2017; 11:1380-93