

Valoración del codo



Anatomía funcional

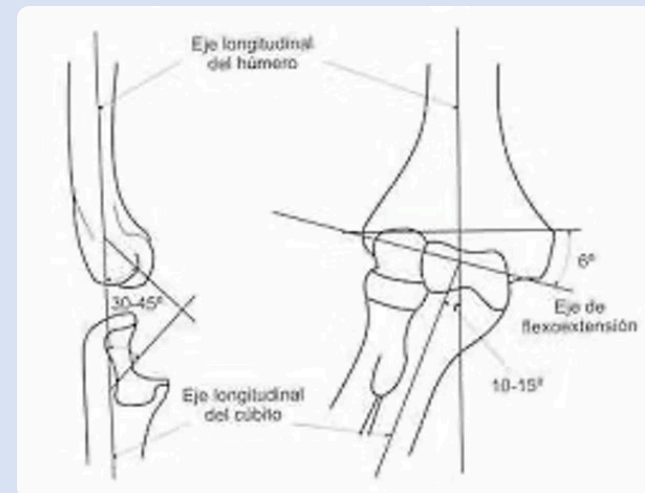
Articulaciones principales

- Humerocubital → flexión y extensión.
- Humerorradial → flexo-extensión.
- Radiocubital proximal y distal → pronosupinación (rotación del radio sobre el cúbito).



Ejes de movimiento

- Transversal → flexión/extensión.
- Longitudinal → pronación/supinación.
- El eje de flexo-extensión presenta una inclinación fisiológica (10–15° en varones, algo mayor en mujeres).



Ejes de movimiento

- Transversal → flexión/extensión.
- Longitudinal → pronación/supinación.
- El eje de flexo-extensión presenta una inclinación fisiológica (10–15° en varones, algo mayor en mujeres).

Estabilidad del codo

Elementos estabilizadores pasivos

- Congruencia ósea.
- Ligamentos colaterales:
 - LLI: fascículos anterior, medio (más potente) y posterior (Bardinet).
 - LLE: fascículos anterior (humerorradial) y posterior (humerocubital).
- Ligamento anular: estabiliza la cabeza radial.

Función

- **LLI** → resistencia a fuerzas valguizantes.
- **LLE + cabeza radial** → resistencia a fuerzas varizantes.



Cinemática y amplitud de movimientos

1

Flexo-extensión

- Normal: 0–146°.
- Funcional: 30–130°.
- Hiperextensión: hasta 5–10° en mujeres y niños.

2

Pronosupinación

- Pronación: 85–90°.
- Supinación: 90°.
- Ritmo: con el codo a 90°, posición neutra (pulgar hacia arriba).

Músculos implicados



Flexión

braquial anterior, bíceps braquial, supinador largo.



Extensión

tríceps braquial, ancóneo.



Supinación

bíceps braquial, supinador corto.



Pronación

pronador redondo y pronador cuadrado.

Ángulo de carga y desviaciones



Ángulo fisiológico en valgo: 7–20°



Mayor en mujeres, menor en niños.



Varo patológico: desviación medial del codo.

Valoración clínica

01

Inspección

tejido cutáneo, trofismo, color, textura.
Actitudes posturales anormales
(hipotonía, hipertonía, desequilibrios
musculares). Deformidades óseas,
asimetrías articulares o musculares.

02

Exploración de movilidad

activa y pasiva (flexión, extensión,
pronosupinación). Prueba de
estabilidad: abducción/aducción
pasivas. Valores normales: extensión
0°, flexión toca articulación
coxofemoral, pronosupinación 80–90°.

03

Palpación

nervio cubital en el surco epitrocleo-
olecraniano.

Pruebas clínicas específicas

Epicondilitis lateral (codo de tenista)

- Prueba de la silla
- Prueba de Thomson
- Test de Maudsley
- Prueba de Mills
- Prueba de Cozen

Epitrocleitis medial (codo de golfista)

- Prueba de flexión palmar forzada
- Prueba de Cozen invertida
- Test de Mills invertido

Síndromes de atrapamiento nervioso

- Nervio cubital: signo de Tinel.
- Nervio mediano: maniobra de compresión del pronador redondo.
- Nervio radial: prueba de compresión del supinador.

Valoración muscular

Escala de Daniels (0–5).



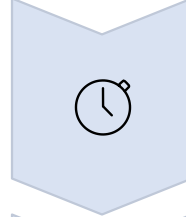
Flexores

en sedestación, resistencia a la flexión.



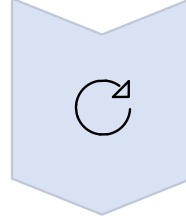
Extensores

en decúbito supino, resistencia a la extensión.



Supinadores

sedestación, resistencia a la supinación.



Pronadores

sedestación, resistencia a la pronación.



Conclusiones



La exploración del codo requiere integrar inspección, palpación, movilidad activa y pasiva, pruebas de estabilidad y fuerza muscular.



Las pruebas clínicas son esenciales para identificar tendinopatías y atrapamientos nerviosos.



El análisis sistemático permite orientar el tratamiento fisioterapéutico hacia la recuperación funcional y prevención de recidivas.