

CONTESTACIÓN DE DEMANDA - PROCESO VERBAL RADICADO: 08001315301520210006500

Atlantico Barranquilla <jahuorqu692@gmail.com>

Mié 19/05/2021 14:21

Para: Juzgado 15 Civil Circuito - Atlantico - Barranquilla <ccto15ba@cendoj.ramajudicial.gov.co>
CC: Christian.insignares@clinicaportoazul.com <Christian.insignares@clinicaportoazul.com>; adavilag <adavilag@davilabermudezabogados.com>; juan_ma212@hotmail.com <juan_ma212@hotmail.com>; lexworkers@gmail.com <lexworkers@gmail.com>; ivan838@hotmail.com <ivan838@hotmail.com>

1.- Contestacion de Demanda - Rodrigo Penagos-.pdf
2.- Hoja de Vida - Dr. Rodrigo Penagos-.pdf
3.- Anatomía de la mano y la muñeca.pdf
4.- Artroscoopia_del_codo.pdf
5.-Tratamiento artroscópico de la epicondilitis...
6.- TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA EPICONDILI...
7.- complicaciones-artroscopia-codo.pdf
8.- Historia Clinica con anotaciones por Psiqui...
9.- Historia Clinica - Paciente Ivan Escorcia-.pdf
10.- Certificado de Afiliación - Ivan Escorcia ...
11.- Poder al Dr. Javier Orozco - Caso Dr. Rodr...

Señor

JUEZ QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA

Cordial saludo

Mediante el presente email, en mi calidad de apoderado judicial del demandado Dr. Rodrigo Penagos Lopez, me permito presentar Contestación de Demanda en documento adjunto, con sus respectivos anexos. Esta documentación se carga en google drive debido al peso de los archivos adjuntos.

Igualmente, en cumplimiento a lo dispuesto en el decreto 806 de 2020 y el artículo 78 del C.G. del P., me permito remitir este escrito a las partes del proceso para su conocimiento y traslado.

Cordialmente;

JAVIER OROZCO QUINTERO
Abg.

Señor (a):
JUEZ QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
Ciudad

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: IVAN ESCORCIA CEBALLOS
DEMANDADOS: CLÍNICA PORTO AZUL Y OTROS
RADICADO: 08001315301520210006500

ASUNTO: CONTESTACIÓN DE DEMANDA Y ANUNCIO DE DICTAMEN PERICIAL DE CONDUCTA MEDICA.

JAVIER OROZCO QUINTERO, mayor de edad, vecino de Barranquilla, identificado con la cédula de ciudadanía No. 8.569.836 de Soledad – Atlántico y portador de la tarjeta profesional de abogado No. 167.729 de Consejo Superior de la Judicatura, en mi calidad de apoderado judicial del **Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ**, quien funge en el proceso de la referencia como demandado, me permito dar contestación a la demanda de responsabilidad médica impetrada en su contra, dentro del término legal para hacerlo y de conformidad a lo dispuesto en el artículo 96 del Código General del Proceso.

EN CUANTO A LAS PRETENSIONES DE LA DEMANDA (ACAPITE DE DECLARACIONES Y CONDENA) Y ESTIMACIÓN RAZONADA DE LA CUANTIA (JURAMENTO ESTIMATORIO) CONTESTAMOS Y OBJETAMOS

Como apoderado judicial del **Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ**, manifiesto que me opongo expresamente a todas y cada una de las pretensiones de la demanda, ya que tal como se expondrá en la contestación de los hechos de ésta, la atención médica brindada por mi poderdante al paciente Ivan Escorcia Ceballos, se ajustó a lo descrito en la Lex Artis y los protocolos médicos; y no existe relación de causa efecto entre su actuar médico y los daños alegados; lo que por ende destierra cualquier indicio de responsabilidad que se le quiera atribuir a mi representado a cualquier título.

Por ello, seguidamente paso a oponerme a cada una de las pretensiones planteadas en el acápite denominado como "*Declaraciones y Condenas*", e igualmente, sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi representado y tomando en cuenta lo regulado en el artículo 206 del C.G. del P., paso a **OBJETAR** los valores estimados en el acápite denominado como "*Juramento Estimatorio*". A saber, se realiza lo antepuesto de la siguiente manera:

A LA PRETENSIÓN IDENTIFICADA COMO PRIMERO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ.

A LA PRETENSIÓN IDENTIFICADA COMO SEGUNDO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ.

Valga anotar que la parte demandante solicita la declaración de responsabilidad por los supuestos perjuicios ocasionados al señor Ivan Escorcía y a favor de su hija, sin que esta última sea parte del proceso. Lo anterior es completamente desacertado por dos razones:

1. Mi prohijado actuó en adecuada forma en la atención medica del demandante.
2. No es posible solicitar resarcimiento a favor de una persona que no hace parte del proceso, como es el caso de la supuesta hija del único demandante Ivan Escorcía, ya que esta no tendría legitimación alguna en la causa.

A LA PRETENSIÓN IDENTIFICADA COMO TERCERA

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ.

Igualmente, sin que el presente pronunciamiento implique algún tipo de responsabilidad de mi prohijado, me permito objetar la cuantía establecida por el demandante en esta pretensión y en la "Juramento Estimatorio", por concepto de daño material en la modalidad de "Lucro Cesante".

RESPECTO A LA SUPUESTA CAUSACIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL SUPUESTO DAÑO MATERIAL EN LA MODALIDAD DE LUCRO CESANTE (FUTURO Y PASADO) CONTESTAMOS Y OBJETAMOS

A saber, la parte demandante y su apoderado judicial refieren en esta pretensión y en el acápite de "juramento estimatorio", que el demandante sufrió un detrimento en sus ingresos económicos (daño material), desde el momento en que mi prohijado lo intervino quirúrgicamente en la Clínica Porto Azul, y por ello solicita la reparación del supuesto lucro cesante consolidado y futuro. Sin embargo, tal lucro cesante es inexistente y su liquidación es cero (\$0) pesos, por las razones que paso a exponer:

1. La parte demandante y su apoderado no aportó prueba alguna que demuestre de manera veraz y cierta, que el señor Ivan Escorcía Ceballos tuviese una merma o detrimento en sus ingresos económicos.
2. Según se desprende de la prueba documental de reporte tomado de la página web RUAF, se denota que el demandante Ivan Escorcía Ceballos, es cotizante al sistema de seguridad social en salud a través del régimen contributivo, lo que demuestra que tiene ingresos económicos suficientes y que los mismos no han sufrido detrimento alguno.
3. Al liquidar el supuesto lucro cesante consolidado, se hace de manera incorrecta, pues se liquidan dos veces el mismo monto. La parte demandante

y su apoderado judicial realizan indebidamente una liquidación por un supuesto lucro cesante consolidado, tomando dos periodos distintos; uno desde la fecha de los hechos (15 de junio de 2017) hasta la fecha de 3 de junio de 2018 (*un día antes del incremento de PCL por invalidez*); y por otro lado, desde esta última fecha hasta el día fecha de radicación de la demanda.

Lo anterior, es completamente equivocado, en tanto para cualquier determinación de lucro cesante consolidado o pasado, solamente se debe tomar la fecha de los hechos que dio origen a la reclamación, hasta la fecha de presentación de la misma, y aplicar las formulas establecidas para su liquidación.

Recordemos que de antaño la jurisprudencia de la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, ha determinado para la cuantificación del lucro cesante consolidado o pasado, que el mismo se liquidará desde la fecha de los hechos que generan la reclamación, hasta la fecha de la presentación de la reclamación judicial (demanda).

4. En lo que respecta a la liquidación supuesto daño material en la modalidad de lucro cesante futuro, la parte demandante incluye el concepto pérdida de la oportunidad, como si la misma hiciere parte de dicho daño. Sin embargo, es claro el vacío conceptual de la parte demandante en tal sentido, en tanto la Corte Suprema de Justicia y el Consejo de Estado, han establecido que la pérdida de la oportunidad es un daño autónomo y su reclamación debe ser independiente.
5. Para la liquidación del supuesto lucro cesante padecido por la parte demandante, parte de la base que el señor Ivan Escorcía, dejó de percibir un ingreso mensual por valor de \$787.094, situación está que es meramente enunciativa y/o especulativa. Por ende, tal liquidación es errónea pues recordemos que todo daño debe ser cierto, personal y subsistente, lo cual no demuestra la parte demandante en su reclamación judicial.

RESPECTO A LA SUPUESTA CAUSACIÓN Y LIQUIDACIÓN DEL DAÑO MATERIAL INMATERIAL EN LA MODALIDAD DE DAÑO MORAL Y DAÑO A LA VIDA DE RELACIÓN CONTESTAMOS Y OBJETAMOS

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ.

Igualmente, y sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, me permito objetar el valor solicitado por la demandante del proceso, en lo que respecta al supuesto Daño Moral y a la Vida de Relación, en tanto el pedimento esgrimido en este punto, es completamente desproporcional e indiscriminado. Al respecto, la Corte Suprema de Justicia en casos de mayor expresión al que nos ocupa (La muerte de un hijo o en caso de lesiones graves como quedar en estado vegetativo), ha reconocido sumas muy inferiores a la solicitada por el demandante Ivan Escoria Ceballos.

RESPECTO AL PEDIMENTO DE UN SUPUESTO DAÑO A LA SALUD CONTESTAMOS Y OBJETAMOS.

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ.

Igualmente, y sin que el presente pronunciamiento implique reconocimiento de responsabilidad por parte de mi prohijado, me permito objetar el valor solicitado por la parte demandante por el supuesto concepto de Daño a la Salud.

Al respecto, cabe señalar que la Corte Suprema de Justicia NO ha reconocido el Daño a la Salud como daño indemnizable. Recordemos que los daños inmateriales reconocidos por la Honorable Corte Suprema de Justicia en su Sala Civil han sido de antaño el daño moral, y a la vida en relación, y recientemente el daño a derechos y bienes constitucionales y convencionales.

Por lo brevemente expuesto, la solicitud planteada por la parte demandante no está llamada a prosperar y debe ser desestimada.

A LA PRETENSIÓN IDENTIFICADA COMO CUARTO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ.

A LA PRETENSIÓN IDENTIFICADA COMO QUINTO

Nos oponemos a esta pretensión, pues la misma no cuenta con el sustento factico, científico y jurídico para ser reclamada a mi prohijado Dr. Jesús Alberto Valle Cardona.

EN CUANTO A LOS HECHOS CONTESTAMOS

AL HECHO PRIMERO

Este hecho no le consta a mi representado, en tanto se trata de situaciones laborales de la parte demandante, las cuales desconoce mi prohijado.

AL HECHO SEGUNDO

Este hecho no le consta a mi representado, pues se trata de situaciones laborales y medicas de la parte demandante, las cuales desconoce mi prohijado.

Pese a lo anterior y tal como lo confiesa la parte demandante en este hecho, el señor Ivan Escorcia Ceballos desde el año 2010, padeció molestias físicas en su miembro superior derecho, por el hecho del manejo de herramienta de alto impacto.

Lo anterior lo recalcamos, pues resulta de vital importancia saber y entender que los padecimientos y molestias físicas del demandante Ivan Escorcia Ceballos, provienen desde mucho antes de haberse tratado en el año 2017 con mi representado Dr. Rodrigo Penagos.

AL HECHO TERCERO

Este hecho es cierto. Tal como se desprende de la historia anexa a la demanda y la que aportamos en esta contestación, el paciente Ivan Escorcia Ceballos desde el año 2012, padecía de las patologías de Lesión de Manguito Rotador, Epicondilitis y Síndrome del Túnel del Carpio, motivo por el cual debió ser manejado en múltiples ocasiones por su asegurador en salud y por el administrador de riesgos profesionales suramericana ARL.

Lo anterior nos demuestra que los padecimientos del demandante no provienen de los procedimientos quirúrgicos realizados por mi prohijado, sino de sus enfermedades de base, las cuales afectaban su esfera física y psíquica.

AL HECHO CUARTO

No le consta a mi poderdante las actuaciones y conceptos dados por la ARL SURAMENRICANA, en tanto se trata de atenciones que le brindaron al paciente Ivan Escorcia, en las que no participó mi prohijado.

Pese a lo anterior, debemos insistir que el paciente Ivan Escorcia Ceballos desde el año 2012, padecía de las patologías de Lesión de Manguito Rotador, Epicondilitis y Síndrome del Túnel del Carpio, hecho que mermaba su condición física y mental, tal como incluso lo termina confesando la parte demandante en este hecho, cuando manifiesta que *"continuó laborando bajo ciertas recomendaciones, pese a que las molestias eran cada vez más incómodas"*.

AL HECHO QUINTO

No le consta a mi poderdante las actuaciones y conceptos dados por la ARL SURAMENRICANA, en tanto se trata de situaciones ajenas a mi prohijado.

AL HECHO SEXTO

Este hecho es cierto, sin embargo, precisamos y aclaramos:

Tal como se desprende en la historia clínica de fecha mayo 8 de 2017, el señor Ivan Escorcia Ceballos acudió a consulta con mi representado, pues el citado paciente

presentaba una epicondilitis¹ bilateral de 5 años de evolución, la cual había tenido una pobre respuestas a los distintos tratamientos médicos instaurados. En dicha atención mi prohijado Dr. Rodrigo Penagos actuando en forma oportuna y adecuada, solicita realización de una Resonancia Magnética Nuclear (RMN), para poder definir la conducta médica a seguir. Asi consta en la historia clínica donde se destaca:

Dx: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Impresión diagnóstica Observación: BILATERAL

ARL SURA: Expediente: 1510120545 Autorización: 10109546 CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO EPICONDILITA LATERAL BIALTERAL DE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUE SE LE HA REALZIADO MULTIPLES TRATAMEINTEO CON POBRE RESULTADOS E SOLCIITA RESONANCIA MAGNETICA DE CODOS BIALTERAL, SE REVALORARA CON REPORTE DE DICHO PARACLINICO PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR. ELECTROMIOGRAFIA DEL 16/01/2017 TUNEL DEL CARPO INICIPIENTE LADO DERECHO DE MANEJO MEDICO, REVISIÓN: 15 Dias

Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ I83959570F170508I72041049 CC 10499570 Registro: 196584

Acotamos que la patología padecida por el demandante, podía ser tratada quirúrgicamente, y lo recomendable es ordenar los exámenes paraclínicos indicados para definir si era procedente o no la cirugía. En el caso concreto, insistimos, mi poderdante ordenó una Resonancia Magnética Nuclear en ambos codos, para tratar de definir si el paciente era candidato o no para cirugía.

AL HECHO SEPTIMO

Este hecho es cierto, sin embargo, precisamos, aclaramos y complementamos:

Es cierto que el paciente Ivan Escorcia Ceballos reconsultó con mi prohijado el día 25 de mayo de 2017, exhibiendo los resultados de la resonancia magnética nuclear practica en los codos, la cual previamente había ordenado mi prohijado en la consulta del 8 de mayo de dicha anualidad.

En dicho examen (RMN) se reporta una epicondilitis crónica, y en la valoración física el paciente Escorcia Ceballos refiere dolor en codo derecho, observándose una limitación para la extensión completa por el mismo dolor.

A continuación, me permito transcribir apartes de la historia clínica la cual describe en forma literal:

Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS
Sexo: Masculino Edad: 40 Años Afiliación: COTIZANTE INACTIVO Teléfono (1): 3000000 Teléfono (2): 3014385179 Plan:: ARL Raza: No Disponible Condición: No Disponible Nivel Socioeconómico: No Disponible

Servicio: CONTROL ORTOPEdia Orden: 81009-20383400 Tipo Consulta: No Disponible IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP Fecha: 2017/05/25 11:32 Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible Acompañante: No disponible Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA BIALTERAL EN CODO DERECHO DOLOROSA DE 5 AÑOS DE EVOLUCION EA: SE OBSERVA

¹ La epicondilitis, conocida también como codo del tenista, es una lesión caracterizada por dolor en la cara externa del codo, en la región del epicóndilo, eminencia ósea que se encuentra en la parte lateral y externa de la epífisis inferior del húmero. Es provocada por movimientos repetitivos de extensión de la muñeca y supinación del antebrazo, lo que ocasiona microrroturas fibrilares y reparación inadecuada de los tendones de los músculos que se originan en la región del epicóndilo, principalmente del tendón del músculo extensor radial corto del carpo.

Aunque es denominada codo de tenis o codo del tenista, no se restringe a los jugadores de tenis: cualquier persona que realice trabajos que impliquen movimientos repetidos de supinación del antebrazo y extensión de muñeca es susceptible de sufrir la afección. <https://es.wikipedia.org/wiki/Epicondilitis>

REPORTE DE RMN DE CODOS BIALTERAL LADO DERECHO CAMBIOS DE EPICONDILITIS CRONICA, EN LADO IZQUIERDO CODOS NORMALES, PACIENTE REFIERE DOLOR EN CODO DERECHO AUMENTADO

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Codo : Alterado, DOLOR EN CODO DERECHO CON LIMITACION PARA LA EXTENSION COMPLETA POR DOLOR PERO AROCS DE MOVILIDAD ARTICULAR DEL CODO PRONO SPINACION COSNERVADA, FLEXION DE 130 GRADOS EXTENSION DE 0 GRADOS, NO DEFICIT NERVOVASCULAR DISTAL. Neurológico: no evaluado Hematopoyetico Físico: no evaluado Piel y Faneras: no evaluado

Valga anotar y complementar que mi prohijado ante la patología padecida por el paciente Ivan Escorcía, el resultado del examen paraclínicos (RMN) y la valoración física integral que realizó, sugirió la realización de la cirugía de Sinovectomía en codo y condroplastia mediante artroscopia; no sin antes advertirle al mentado paciente con suficiente antelación los procedimientos que iba realizar, los beneficios, riesgos y complicaciones como lesión de arteria, nervio o tendón. Así consta en la historia clínica de fecha 25 de Mayo de 2017. Donde literalmente se describe:

Dx: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Impresión diagnóstica

ARL SURA: Expediente: 1510120545 Autorización: 10109546 CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PATOLOGIA CRONICA DE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUI PESE A MANJOS INSTAURADOS NO SE HA LOGRADO CONTROL POR LO QUE SE CONSIDERA REALIZAR ARTROSCOPIA DE CODO PARA REALIZAR SINOVECTOMIA EN CODO Y CONDROPLASTIA EN CODO, **SE LE EXPLICA AL PACIENTE CLARAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO, RIESGOS, BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES ENTRE ESTAS: DOLOR CRONICO, LESION DE ARTERIA, NERVIOS O TENDON, INFECCION, DISMINUCION DE LA MOVILIDAD DEL CODO, PACIENTE ASIENTE, ENTIENDE Y ACEPTA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO** FIRMANDO CONSENTIMIENTO INFORMADO TAN PRONTO SE CUENTE CON AUTORIZACION DE CIRUGIA SE REALIZARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, REVISIÓN : 8 Dias

Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ I83959570F170525I72041049 CC 10499570 Registro: 19658

Todo lo anterior demuestra sin lugar a dudas, el adecuado profesional del Dr. Penagos de cara a los procedimientos quirúrgicos que se le realizarían al paciente Ivan Escorcía.

AL HECHO OCTAVO

Este hecho es parcialmente cierto.

Por una parte, es cierto que el paciente Ivan Escorcía Ceballos fue intervenido quirúrgicamente en la Clínica Porto Azul de la ciudad de Barranquilla, el día 15 de junio 2017. Tal como se desprende de la nota de cirugía o descripción quirúrgica, mi prohijado actuando conforme a la lex artis y acompañado de un equipo médico interdisciplinario, realizó los procedimientos de sinovectomía de codo total y condroplastia de codo por vía artroscópica, en los que no se evidenció complicación alguna intraoperatoriamente. Así está detalló en la citada nota de cirugía donde se describe:

CIRUGIAS
13-80-720-04 SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA Principal
13-81-860-06 CONDROPLASTIA DEL CODO, VIA ARTROSCOPICA Adicional
DIAGNOSTICO PRE-OPERATORIO
M77.1 EPICONDILITIS LATERAL
DIAGNOSTICO POST-OPERATORIO
M77.1 EPICONDILITIS LATERAL
EQUIPO MEDICO

PRIMER CIRUJANO CC-10499570 PENAGOS LOPEZ RODRIGO
AYUDANTE ESPECIALISTA CC-88284687 ANGARITA MALDONADO FREDY
ANESTESIOLOGO CC-72005576 CORRALES NAVARRO GUSTAVO
DETALLE INTERVENCION
HALLAZGOS: AUMENTO DE TEJIDO SINOVIAL EN CODO, CON DESFIBILAMIENTEO DEL
CARPTILAGO ARTICUALR DE ARTICULACION RADIO CAPITELAR Y CUBITO HUERAL EN
TROClea CODO DERECHO SECUNDARIO A EPICONDILITIS CRONICA LATERAL DE CODO.

PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISESIA COLOCACION DE CAMPOS QUIRURGICOS
ESTERILES BAJO ANESTESIA GENERAL EN DECUBITO LATERAL SE PROCEDE A COLOCAR
TORNQUETE NEUMATICO A 250 MMHG, SE REALZIA INFILTRACION INTRAARTICULAR EN
SOFTSPOT DE 20 CC DE SSN, SE REALZIA POSTERIOR A ESTO DESARROLLO DE PORTAL
ANTEROMEDIAL PROXIMAL PARA CAMARA Y POR DIFERENTE VIA SE DESARROLLA PORTAL
ANTEROLATERAL PROXIMAL PARA TRABAJO, SE UBICAN HALLAZGOS, SE PROCEDE A
REALIZAR SINOVECTOMIA TOTAL DE CODO POR ARTROSCOPIA, SE RESECA
COMPLETAMENTE TEJIDO SINOVIAL ARTICULAR CON CARACTERISTICAS AINFLAMATORIAS
CRONICAS, POSTERIOR A ESTO EN LESION CARTILAGINOSA SE PROCEDE A REALZIAR
CONDROPLASTIA CON HOJA DE SHAVER DE 4.0 ADECAUDA CONDROPLASTIA, SE RESECA
TEJIDO INFLAMATORIO EN PORCION DEL ECRB, SE RESECA COMPLETAMENTE ESTA CON
SHAVER, SE DEJA RESECCION COMPLETA DE TEJIDO INFLAMATORIO, SE BAJA TORNQUETE
SE VERIFICA. TORNQUETE SE VERIFICAHEMSOTASIA, SE CIERRA PORTALES, SE CUBRE CON
APOSITOS ESTERILES, **PROCDIMIENTO SIN COMPLICACIONES**

Por otra parte, es falso de toda falsedad, que al paciente Escorcia Ceballos no se le explicaron detalladamente las consecuencias, riesgos o posibles complicaciones de los procedimientos quirúrgicos que se le iban a realizar, y menos que el mismo paciente no tuvo la oportunidad de consentir las citadas cirugías.

Para desvirtuar las afirmaciones del demandante en este hecho, existen dos pruebas documentales que demuestran la existencia de dos consentimientos informados. La primera de ellas, es la historia clínica de fecha 25 de Mayo de 2017, donde mi prohijado, cumpliendo su deber ético y profesional de médico, le explica al paciente en forma detallada cuales eran los procedimientos a realizar y sobre todo los riesgos o complicaciones que podían derivar de dichas cirugías, tales como lesión de arterias, nervios y tendones. Me permito transcribir literalmente lo que refiere la historia clínica donde se detalla:

Dx: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Impresión diagnóstica

ARL SURA: Expediente: 1510120545 Autorización: 10109546 CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PATOLOGIA CRONICA DE 5 APÑOS DE EVOLUCION QUI PESE A MANJOS INSTAURADOS NO SE HA LOGRADO CONTROL POR LO QUE SE CONSIERA REALZIAR ARTROCOPIA DE CODO PARA REALZIAR SINOVECTOMIA EN CODO Y CONDROPLASTIA EN CODO, **SE LE EXPLICA AL PACIENTE CLARAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMINETO, RIESGOS, BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES ENTRE ESTAS: DOLOR CRONICO, LESION DE ARTERIA, NERVIO O TENDON, INFECCION, DISMINUCION DE LA MOVILIDAD DEL CODO, PACIENTE ASIENTE, ENTIENDE Y ACEPTA RPOCEDIMIENTO QUIRURGICO** FIRMANDO CONSENTIMIENTO INFORMADO TAN PRONTO SE CUENTE CON AUTORIZACION DE CIRUIGA SE REALIZARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, REVISIÓN : 8 Dias.

Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ I83959570F170525I72041049 CC 10499570 Registro: 19658

Valga acotar que todas estas explicaciones sobre las cirugías a realizar, fueron entendidas y aceptadas por el paciente Ivan Escorcia, con la suficiente antelación a los procedimientos quirúrgicos a realizar (20 días antes de las cirugías).

La segunda prueba documental la encontramos en el consentimiento informado suscrito antes de los procedimientos quirúrgicos, donde nuevamente se evidencia que el paciente aceptó libremente las cirugías a realizar y era consciente de los riesgos que podían ocurrir, tales como es la lesión de los nervios. Asi consta en el documento de consentimiento informado, donde se destaca:

2

AL HECHO NOVENO

AL HECHO DECIMO

EPICRISIS
Resumen de Hospitalización
15/06/2017 17:33 Dr(a) DAVID ENRIQUE VENEGAS VISBAL

PACIENTE MASCULINO DE 40 AÑOS DE EDAD INGRESA PROGRAMADO POR DR. PENAGOS PARA PROCEDIMIENTO **PACIENTE EN SU POSTOPERATORIO INMEDIATO QUIEN SE RECUPERA SATISFACTORIAMENTE** DE HALLAZGOS Y DESCRIPCION DE PROCEDIMIENTO REALIZADO: SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL POR ARTROSCOPIA
Fecha Cirugía Cirujano
15/06/2017 PENAGOS LOPEZ RODRIGO

Descripción
HALLAZGOS: AUMENTO DE TEJIDO SINOVIAL EN CODO, CON DESFIBILAMIENTO DEL CARPTILAGO ARTICUALR SE RESECA TEJIDO INFLAMATORIO EN PORCION DEL ECRB, SE RESECA COMPLETAMENTE ESTA CON SHAVER,

Diagnóstico Egreso
15/06/2017 17:33 Dr(a) DAVID VENEGAS VISBAL
M77.1 EPICONDILITIS LATERAL

Con este hecho se denota la mala fe de la parte demandante, en tanto relata situaciones inexistentes, queriendo aparentar una inadecuada práctica médica de mi prohijado que jamás existió.

AL HECHO DECIMO PRIMERO

Este hecho no es cierto como está redactado, por lo que se aclara y complementa:

Mi prohijado Dr. Rodrigo Penagos, no atendió al paciente Ivan Escorcía el 29 de junio de 2017, sino el 22 de mismo mes y año. Así se encuentra sustentado en la historia clínica donde se destaca lo siguiente:

No.: 7835 **Edad del paciente:** 40 años 1 mes y 17 días **Fecha de la nota:** 22/06/2017 9:46:42 a. m.

EVOLUCION MEDICA

Motivo de consulta CIRUGIA DE MANO

Diagnóstico EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA

POP DE ARTROSCOPIA EN CODO DERECHO 15/06/2017

Subjetivo PACIENTE QUE INGRESA CON MANO CAÍDA, MOVILIDAD DE CODO COMPLETA, NO FIEBRE

Objetivo SE OBSERVA EN MANO DERECHA CAÍDA CON IMPOSIBILIDAD PARA LA EXTENSIÓN DE DEDOS, DEL PULGAR Y DE LA MUÑECA, PORTALES DE ARTROSCOPIA LIMPIOS, NO DÉFICIT VASCULAR DISTAL

Análisis y plan SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PACIENTE CURSA CON MANO CAÍDA SECUNDARIA A

NEUROAPRAXIA DEL NERVIO RADIAL, DE MANEJO EXPECTANTE, SE LE EXPLICA AL PACIENTE LA SITUACIÓN QUE ES UNA POSIBLE COMPLICACIÓN ANTES YA DOCUMENTADA QUE PODÍA PASAR EN LA CIRUGIA, EL MANEJO ES MEDICO Y ESPERAR QUE EL NERVIO REINERVE, SE ENVÍA PARA COLOCACIÓN DE FÉRULA DINÁMICA DE EXTENSORES, Y TERAPIA FÍSICA, CONTROL EN 1 SEMANA.

Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS

LOPEZ

RM 19-6584

Dx Ppal.:

Dx Rel.1:

M771 EPICONDILITIS LATERAL

G563 LESION DEL NERVIO RADIAL

RECETA MEDICA

No.: 7836 **Edad del paciente:** 40 años 1 mes y 17 días **Fecha de la nota:** 22/06/2017 9:55:35 a. m.

Recetario

Descripcion MANO CAIDA

FÉRULA DINÁMICA DE EXTENSORES

Valga recalcar que mi prohijado, actuando en forma prudente y honesta frente al paciente Ivan Escorcía, le explicó que la mano derecha caída pudo deberse a la materialización de uno de los riesgos o complicaciones informados previo a las cirugías, como lo la lesión de nervios (en este caso nervio radial).

Lo anterior demuestra plena claridad y asertividad de mi prohijado en determinar y diagnosticar la complicación de nervio radial en el paciente Ivan Escorcía; y ordenar en principio las terapias indicadas para tratar de buscar una reinervación natural del nervio, tal como lo enseña la lex artis.

AL HECHO DECIMO SEGUNDO

Este no es un hecho, sino una serie de apreciaciones subjetivas y confusas que esboza la parte demandante, las cuales son carente de sustento factico y científico.

Pese a lo anterior, debemos destacar y aclarar que mi prohijado jamás incurrió en culpa frente a la atención quirúrgica dispensada al paciente, y menos en un error de diagnóstico como lo mal plantea la parte demandante en este hecho.

Respecto a las cirugías realizadas el 15 de junio de 2017 (Sinovectomia en codo y condroplastia mediante artroscopia), las mismas estaban plenamente indicadas frente a las patologías que padecía el paciente, especialmente por la epicondilitis crónica (con más de 5 años de evolución). Valga recalcar que este procedimiento se ejecutó en debida forma, pero existía la posibilidad de presentarse complicaciones en el periodo posoperatorio, como puede ser la lesión de nervios (como es el caso del nervio radial), lo cual fue explicado al demandante previó a las cirugías.

Ahora bien, en lo que respecta a la cirugía subsiguiente (cirugía de transferencia miotendinosa) para tratar la complicación de lesión del nervio radial, la misma estaba plenamente indicada², ordenándose y ejecutándose oportuna y adecuadamente, tal como lo manifestaremos a reglón seguido.

En síntesis, no hubo ningún error de diagnóstico por parte de mi representado frente a los procedimientos quirúrgicos que ordenó, y por ello, las aseveraciones planteadas por el demandante deben ser desechadas.

AL HECHO DECIMO TERCERO

Por una parte, es cierto que mi prohijado ante la no reinervación natural del nervio radial, ordenó y realizó la cirugía de transferencia miotendinosa, la cual fue realizada el día 4 de noviembre de 2017, en la Clínica Porto Azul de la ciudad de Barranquilla, previo consentimiento del paciente Ivan Escorcía.

Lo que resulta falso y abiertamente temerario es la afirmación del demandante y su apoderado cuando refieren que *"el señor ESCORCIA continuaba con su mano caída, presentando fuertes dolencias que le impedían utilizar su miembro superior derecho y producto de la mala praxis de la primera cirugía"*.

Jamás existió mala práctica profesional de mi representado en el acto operatorio de 15 de junio de 2017, y así quedara suficientemente acreditado en el proceso de la referencia.

² INDICACIONES Existen tres indicaciones generales para las transferencias tendinosas: A) Cuando se requiere restaurar la función de un músculo paralizado a consecuencia de una lesión nerviosa irreparable. B) En la restauración de la función después de una lesión tendinosa cerrada o por arrancamiento de su inserción ósea. C) Para restaurar el balance muscular de una mano lesionada neurológicamente. La primera es, con mucho, la causa más frecuente, y será indicación absoluta siempre que la reparación nerviosa no haya restaurado la función motora. <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2014/bc141h.pdf>

AL HECHO DECIMO CUARTO

Este no es un hecho, sino una serie de apreciaciones subjetivas y temerarias que esboza la parte demandante, las cuales son carentes de sustento factico y científico.

Pese a lo anterior, es preciso manifestar y precisar lo siguiente:

1. Es falso que mi prohijado Dr. Rodrigo Penagos no ordenó el tratamiento de la lesión del nervio radial. Tal como lo hemos explicado ampliamente a lo largo de esta contestación, mi representado ante la complicación de lesión de nervio radial, ordenó y realizó la cirugía indicada (transferencia miotendinosa) para tratar la mencionada lesión, obteniendo el paciente una mejoría parcial.

Lo anterior nos demuestra suficiente diligencia, prudencia y cuidado de parte de mi prohijado en el tratamiento de la complicación de lesión nervio radial que tuvo el paciente Ivan Escorcía.

2. Mi representado atendió al paciente Escorcía Ceballos el 16 de febrero de 2018, verificando que posterior a la cirugía de transferencia miotendinosa se había logrado extensión de la mano en forma parcial, más, sin embargo, en ese momento histórico no debía ser tratado quirúrgicamente y por ello considera enviar a calificación de secuelas, y reintegro laboral, con recomendaciones por asesor de reintegro de la ARL, y alta por cirugía de mano.

Lo anterior no quiere decir que el Dr. Penagos le levantó la incapacidad médica y lo envió a trabajar *ipso facto*, sino que ordenó la reintegración laboral del señor Ivan Escorcía, previó calificación de secuelas y recomendaciones de reintegró que diera su asesor de la ARL.

Aclarado todo lo anterior, resulta pertinente que su señoría deseche los planteamientos dados en este "hecho" por la parte demandante y su apoderado, pues los mismos, insisto, son carentes de sustento factico y científico requerido.

AL HECHO DECIMO QUINTO

Este no es un hecho, sino una serie de apreciaciones subjetivas y temerarias que esboza la parte demandante, las cuales son carentes de sustento factico y científico.

Valga recordar y reafirmar que la lesión de nervios (como lesión del nervio radial) y sus consecuencias, es una complicación y/o riesgo inherente a las cirugías de sinovectomía de codo total y condroplastia de codo por vía artroscópica, lesión que valga anotar se presenta aún bajo la adecuada práctica médica del Dr. Penagos, y pese a que la misma fue consentida y aceptada por la parte demandante con mucho tiempo de antelación a la realización de los citados procedimientos quirúrgicos. Valga las explicaciones dadas en tal sentido, a lo largo de esta contestación de demanda.

AL HECHO DECIMO SEXTO

No es un hecho las afirmaciones de la parte demandante cuando refiere *"Mi mandante fue dado de alta por el Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ, quien emitió concepto de reintegro laboral con recomendaciones médicas, a pesar de haber perdido la funcionalidad total de la mano"*.

Valga las aclaraciones dadas al contestar el hecho décimo cuarto de la demanda.

Asi mismo, no es un hecho sino apreciaciones subjetivas del demandante cuando refieren que *"con esto se ve fracturada la relación Médico – paciente, habida consideración de que el especialista se Desprendió del manejo post quirúrgico y rehabilitación"*.

Tal como está documentado en la historia clínica y se ha explicado ampliamente en esta contestación, mi prohijado le dispensó las atenciones suficientes y necesarias para tratar la complicación (lesión de nervio radial) que presentó el paciente posterior a las cirugías efectuadas el 15 de junio de 2017.

Por último, no le consta a mi prohijado las actuaciones profesionales de la Dra. Eva Tilano, en tanto se trata de atenciones médicas en las que no participó mi representado.

AL HECHO DECIMO SEPTIMO

Este hecho es parcialmente cierto.

Es cierto que la ARL suramericana emitió concepto donde le otorga un puntaje de calificación del 52.7 de perdida de la capacidad laboral al demandante.

Lo que NO resulta cierto, pero si temerario, es afirmar que la ARL SURAMERICANA haya emitido concepto donde manifieste que la pérdida de capacidad laboral del demandante se deba a un supuesto daño ocasionado por el hecho de los procedimientos quirúrgicos que realizó mi representado. Como se ha explicado, mi prohijado siempre actuó ajustado a la lex artis durante las distintas atenciones que dispensó al paciente y es impensable siquiera considerar que la ARL Suramericana conceptuara que los daños que dice padecer el paciente Ivan Escorcia, tienen génesis en una supuesta mala práctica médica.

AL HECHO DECIMO OCTAVO

Este no es un hecho, sino una serie de aseveraciones y afirmaciones de la parte demandante y su apoderado, las cuales carecen del sustento factico, científico y jurídico requerido.

EXCEPCIONES DE MÉRITO**1. AUSENCIA DE CULPA POR ADECUADO ACTUAR DEL DR. RODRIGO PENAGOS LOPEZ FRENTE A LAS ATENCIONES MÉDICO – QUIRURGICAS DADAS AL PACIENTE IVAN ESCORCIA CEBALLOS.**

Las conductas medicas asumidas por mi poderdante **Dr. RODRIGO PENAGOS LOPEZ**, antes, durante y posterior a las cirugías de sinovectomia de codo total y condroplastia de codo por vía artroscópica, y cirugía de transferencia miotendinosa, realizadas al paciente Ivan Escorcía Ceballos, se encuentran ajustadas a la lex artis, y, por lo tanto, se debe decretar la inexistencia de culpa por parte de mi representado.

2. OCURRENCIA DE UNA COMPLICACION Y/O RIESGO INHERENTE A PESAR DEL ADECUADO ACTUAR PROFESIONAL DEL DR. RODRIGO PENAGOS LOPEZ AL REALIZAR LAS CIRUGIAS DE SINOVECTOMIA DE CODO TOTAL Y CONDROPLASTIA DE CODO POR VÍA ARTROSCÓPICA, Y CIRUGÍA DE TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA AL PACIENTE IVAN ESCORCIA CEBALLOS.

*"El riesgo inherente es aquella complicación que se puede presentar por la sola realización del acto médico como tal, y que tiene por causas la complejidad o dificultad del mismo, las condiciones del paciente o la naturaleza propia del procedimiento o de los instrumentos que se utilizan para llevarlo a cabo, el cual, una vez materializado o realizado, produce un daño físico o psíquico en el paciente, sin que lo anterior implique una negligencia, impericia, imprudencia o violación de reglamento"*³.
(Subrayado del suscrito para resaltar)

Entre los daños que pueden presentarse por el despliegue de un procedimiento médico como el realizado al hoy paciente demandante, encontramos los originados en riesgos inherentes propiamente dicho o daños complicación. Estos son los que responden en su causación a factores ajenos al obrar médico. Estos daños no revisten la entidad de indemnizables pues su aparición en el paciente no depende del obrar médico.

"Si hemos sostenido que la materialización del riesgo inherente no depende del obrar médico, y que dicho daño, puede darse incluso en los procedimientos realizados en observancia de la técnica exigida, es porque consideramos que la complejidad de este riesgo desborda el comportamiento humano y se constituye por sí misma en la única causa del daño."

"El riesgo que le es propio a ciertos procedimientos, se hace incontrolable para el médico quien no puede realizar maniobras para evitar que suceda, aunque pueda prever antes de la realización del acto médico que los mismos puedan presentarse."

³ LA MATERIALIZACION DEL RIESGO INHERENTE Y SU DIFERENCIACION CON LA CULPA MÉDICA. ANDRES VILLEGAS GARCIA. REVISTA RESPONSABILIDAD CIVIL Y DEL ESTADO. EDICION 24.

"Siendo entonces la materialización del riesgo inherente un fenómeno imprevisible e irresistible para el médico que realiza el procedimiento, se constituye en una causa extraña para este existiendo una exoneración de la responsabilidad civil.

Incluso, sostenemos que en dichos casos no solamente falla la causalidad por la configuración de una causa extraña, sino también la irreprochabilidad del comportamiento del médico a quien no se le puede señalar de imprudente, negligente o imperito en la realización de su comportamiento. Lo anterior hace que el daño causado no tenga vocación de indemnizable y salga de la esfera de protección de la responsabilidad civil"⁴.

Los daños que alega la parte demandante, no son imputables al **Dr. RODRIGO PENAGOS LOPEZ**, ya que basta con una simple revisión de las notas de descripción quirúrgica de fechas 15 de junio y 4 de noviembre de 2017, y en general toda la historia clínica, para darnos cuenta que las actuaciones del Dr. Penagos estuvieron ajustadas a la lex artis.

Por otra parte, la presentación de lesión de nervios (como la lesión del nervio radial), es un riesgo inherente ampliamente descritos en la literatura científica, cuya presentación no implica mala práctica médica.

3. INEXISTENCIA DE NEXO DE CAUSALIDAD.

Como punto de partida, vale la pena recordar que cuando hablamos de responsabilidad médica, la obligación de demostrar ésta se encuentra en cabeza del demandante⁵, quien tiene la obligación de probar que el médico incurrió en una conducta culposa, y que además, ésta fue la causante del daño sobre el cual se exige la correspondiente reparación, carga que no resulta ajena a lo preceptuado por el Código General del Proceso en su artículo 167.

En el caso que nos ocupa, no existe relación de causalidad entre los daños alegados por la parte demandante y el actuar profesional de mi prohijado Dr. Rodrigo Penagos Lopez, máxime cuando su conducta medica siempre de ajustó a la lex artis.

4. AUSENCIA DE DAÑO INDEMNIZABLE.

No puede confundirse daño con daño indemnizable, ya que éste último necesita un factor de imputación que sirva para explicarlo y tornarlo en ilícito; y tampoco puede confundirse daño con culpa o con la prueba de la culpa, pues esta corresponde al

⁴ LA MATERIALIZACION DEL RIESGO INHERENTE Y SU DIFERENCIACION CON LA CULPA MÉDICA. ANDRES VILLEGAS GARCIA. REVISTA RESPONSABILIDAD CIVIL Y DEL ESTADO. EDICION 24.

⁵ Al respecto señala Tamayo Jaramillo, que "a la víctima le corresponde probar que el daño por ella sufrido es el comportamiento ilícito del agente, es decir, que éste último, por sí mismo o por interpuesta persona, cosa o actividad, bajo su responsabilidad, causó el perjuicio... la responsabilidad médica supone, también, la prueba del nexo causal entre el hecho del agente y el daño... en efecto, la doctrina tradicional exige no solo la prueba de la culpa médica, sino que, al mismo tiempo, exige que se demuestre que esa culpa fue la causante del daño". ("Tratado de Responsabilidad Civil", tomo 1, segunda edición y sexta reimpresión, Legis, 2011, Bogotá, Pág. 253, 287 y 319).

factor subjetivo o la forma como se despliega la conducta, y la conducta es un elemento de la responsabilidad civil distinto del nexo causal y el daño.

Entonces, aunque en el caso del señor Ivan Escorcía se presentó una complicación inherente a la cirugía de Sinovectomía de codo total y condroplastia de codo por vía artroscópica, este no es un daño indemnizable bajo la óptica de la responsabilidad contractual y extracontractual, y mucho menos a cargo de mi representado.

5. INEXISTENCIA DE LA OBLIGACIÓN DE INDEMNIZAR POR PARTE DEL DR. RODRIGO PENAGOS LOPEZ.

Teniendo en cuenta lo expuesto en la contestación de la demanda, en el sentido que la actuación de mi mandante fue totalmente adecuada y apegada a la *lex artis* y los protocolos médicos, y que no existe relación de causa efecto entre su actuar y los daños reclamados, por ello se concluye que no existe obligación de mi representado de indemnizar los perjuicios que solicita la parte demandante.

6. EXCESIVA TASACIÓN DE DAÑOS Y PERJUICIOS.

Sin admitir algún tipo de responsabilidad, es de resaltar que, en el presente proceso, de acuerdo a los argumentos y pronunciamientos de la Corte Suprema de Justicia, se observa que existe una excesiva tasación de perjuicios por la parte demandante, máxime teniendo en cuenta que estos ni siquiera se encuentran probados.

7. EXCEPCIONES INNOMINADAS.

Solicito señor Juez se decreten las excepciones que resulten probadas dentro del proceso, de conformidad con lo establecido en el artículo 282 del C.G.P.

PRUEBAS

Solicito respetuosamente respetado juez se sirvan tener y decretar como pruebas las siguientes:

Documentales aportados

- Hoja de vida de del Dr. RODRIGO PENAGOS LOPEZ, donde se acredita idoneidad y experiencia profesional de mi prohijado en el campo medico como especialista en ORTOPEDIA, TRAUMATOLOGIA Y CIRUGIA DE MANO.
- Literatura médica que sirvió de fundamento para las excepciones propuestas.
- Historia clínica del paciente Ivan Escorcía, donde consta varias atenciones del Dr. Rodrigo Penagos, valoración del mencionado paciente por psiquiatría antes de ser intervenido quirúrgicamente, y demás atenciones que se le dispensaron al paciente.
- Certificado tomado de la página web RUAF, donde consta que el demandante cotiza al sistema de salud.

Documentales solicitadas

- Como quiera que el señor Ivan Escorcía Ceballos es o era un paciente institucional de **ARL Suramericana y Clínica Porto Azul**, y en vista de que dichas entidades tienen la custodia y guarda de la historia clínica de dicha paciente (De conformidad a la resolución 1995 de 1999), le solicito respetuosamente al señor Juez que oficie a las precitadas entidades a los correos electrónicos registrados en la demanda; a fin de que remitan copia completa y auténtica de la historia clínica del precitado paciente.

Los lugares de notificación de las entidades son los siguientes:

ARL Suramericana: notificacionesjudiciales@suramericana.com.co, o en la dirección física Cra. 54 # 68-196 of. 304

Clínica Porto Azul: Carrera 30 Corredor Universitario No. 1-850 del municipio de Puerto Colombia (Atlántico); o en el correo electrónico christian.insignares@clinicaportoazul.com

Interrogatorio a instancia parte

- Solicito se sirva citar a interrogatorio de parte al señor Ivan Escorcía Ceballos, para que absuelva interrogatorio que se le formulará verbalmente o en sobre cerrado, con el propósito de desvirtuar los hechos de la demanda mediante la confesión provocada.

Declaración de parte

- Conforme a lo estipulado en los artículos 165 del Código General del Proceso, solicito señor juez se sirva citar al **Dr. Rodrigo Alberto Penagos Lopez**, para que rinda declaración sobre lo que sepa y conste de los hechos de la demanda.

Testimonios

Solicito se sirva ordenar la práctica de las siguientes declaraciones juradas:

Octavio De La Hoz (Anestesiólogo – Algesiología), quien podrá ser notificado en su correo electrónico: octaviodelahozo@gmail.com

Eva Tilano Molina (Fisiatra), quien podrá ser notificada en su número celular: 314 7918193, o en su consultorio ubicado en la Clínica Porto Azul Cons. 418.

Fredy Angarita Maldonado (Ortopedista), quien podrá ser notificado en su correo electrónico: fangarita7092medicina@hotmail.com

Gustavo Corrales, quien podrá ser notificado en el correo electrónico: gcorralesss@hotmail.com

David Venegas Vidal, quien podrá ser notificado en el correo electrónico: christian.insignares@clinicaportoazul.com

Ahora bien, el objeto de tales declaraciones juradas tiene como fin que cada testigo relate las actuaciones medicas desplegadas en el caso del señor Ivan Escorcía Ceballos, se refieran a los hechos de la demanda, su contestación y en general nos brinden los conceptos científicos dentro del presente proceso.

Dictamen pericial

De conformidad a lo regulado 227 del C. G. del P., me permito **ANUNCIAR** que dentro del término que prevea el despacho aportaremos **DICTAMEN PERICIAL DE PARTE**.

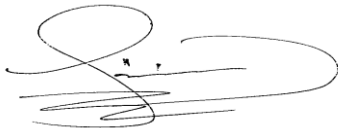
ANEXOS

Ténganse como anexos el poder para actuar y las documentales aportadas enunciadas en el acápite de pruebas.

NOTIFICACIONES

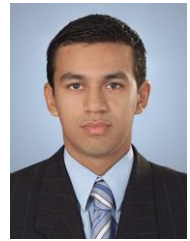
El suscrito y mi defendido las recibirá en la Carera 50 No. 79-121, la ciudad de Barranquilla, en el correo electrónico para efectos judiciales jahuorqu692@gmail.com; en los números telefónicos 321 268 28 85 - 3015471998.

Cordialmente,



JAVIER H. OROZCO QUINTERO
C.C. No. 8.569836 de Soledad, Atl.
T.P. No. 167.729 del C.S. de la J.

**MEDICO ORTOPEDISTA Y CIRUJANO DE MANO
RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ**



DATOS PERSONALES

CEDULA No
DIRECCION

CIUDAD
CELULAR
FECHA DE NACIMIENTO
ESTADO CIVIL
E-MAIL

10499570 Santander de Quilichao (cauca)
Clínica Portoazul Carrera 30 Corredor
Universitario No. 1-850 consultorio 604
Puerto Colombia, Atlántico
3007865070
21 de Diciembre de 1983
Casado
rodpe83@gmail.com

PERFIL PROFESIONAL

Médico y Cirujano egresado de la Universidad del Valle, pregrado. Ortopedista de la Universidad Nacional de Colombia y Cirujano de Mano de la Universidad El Bosque, con excelente desempeño académico durante el pregrado y durante el postgrado. Además, excelentes relaciones interpersonales, comprometido con el bienestar de los pacientes y sus familiares; con fácil adaptación al medio, capacidad de liderazgo fundamentada por una fuerte auto confianza, pensamiento conceptual y analítico en constante crecimiento; comportamiento integro y responsable, en pro de los requerimientos del entorno.

ESTUDIOS REALIZADOS

PRIMARIA

Liceo Ciudad de Santander. 1994.

SECUNDARIA

Instituto Técnico.

Colegio Nacional de Bachillerato.

Bachiller Académico 2000.

UNIVERSITARIOS

Universidad del Valle. Cali. Medico y Cirujano.

Egresado 2007

Universidad Nacional de Colombia. Bogotá
Ortopedia y Traumatología 2013

Cirugía de Mano

Universidad El Bosque 2014.

Miembro Titular de la Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano.

Miembro Titular de Sociedad Colombiana de cirugía Ortopédica, capitulo de Mano

SEMINARIOS, SIMPOSIOS Y OTROS.

Curso de Advanced Trauma Life Support (ATLS) del COLEGIO AMERICANO DE CIRUJANOS

Fundación Salamandra
Santiago de Cali, 2004.

Congreso internacional de trauma.

Santiago de Cali, 2005.

Actualización en patología de la extremidad superior.

Clinica Marly. Bogota, Colombia. Julio 16 y 17 de 2010. Intensidad horaria de 16 h.

Primer simposio de biomateriales AO

Hotel y centro de convenciones Salitre, Bogota, Colombia. Septiembre 11 de 2010.
Intensidad horaria de 8 h

III curso de actulizaciones en habilidades microquirúrgicas.

Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía Minimamente Invasiva- CLEMI. Bogota, Colombia. 18 y 19 de 2011. Intensidad horaria de 18 h.

56 Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología,

Centro de convenciones Julio Cesar Turbay Ayala, Cartagena de Indias, Colombia. 11-14 de mayo 2011. Intensidad horaria de 26 h.

57 Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología,

XVIII curso de actualizacion y entrenamiento en habilidades artroscopicas

Centro Latinoamericano de Investigación y Entrenamiento en Cirugía Minimamente Invasiva- CLEMI. Bogota, Colombia. noviembre 21-22 de 2011. Intensidad horaria de 18 h.

58 Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el cual se llevó a cabo durante los días del 22-25 de Mayo del 2013 en el Centro de Evento Valle del Pacifico, en la ciudad de Cali

AO trauma- Seminario de Radio Distal en componente Anatómico. Los días 16-17 de Agosto de 2013, Palm Beach Garden, USA.

Advanced Management of Elbow Fractures, has participated in the live CME, on October 29, 2013 and is awarded 2.0 AMA PRA Category 1 CreditsTM.

XXX Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano. 28 al 30 de agosto, 2014 Santa Marta, Colombia. Intensidad 20 horas.

IX curso de artroscopia de codo y muñeca con práctica sobre componente anatómico, Bogotá septiembre 12 y 13, 2014. Intensidad 18 horas

XXXI Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano. 27 al 29 de agosto, 2015 Cartagena, Colombia. Intensidad 20 horas.

I curso avanzado de artroscopia de muñeca con práctica sobre componente anatómico, Bogotá septiembre 25 y 26, 2015. Intensidad 18 horas

61 congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el cual se llevó a cabo durante los días del 27-30 de abril del 2016 en la ciudad de Medellin.

Conferenciasta en Curso Regional Barranquilla el cual se llevó a cabo durante los días del 17-17 de noviembre del 2018 en la ciudad de Barranquilla.

Instructor de Artroscopia en Centro latinoamericano de investigación y entrenamiento en cirugía mínimamente invasiva, curso de artroscopia de muñeca el cual se llevó a cabo durante los días del 10 y 11 de mayo del 2019

Conferencista en I curso Internacional del Capitulo de Mano modalidad virtual el cual se llevó a cabo durante los días del 23-24 de abril del 2021

EXPERIENCIA ACADÉMICA.

PREGRADO

HOSPITAL UNIVERSITARIO DEL VALLE.

OTRAS INSTITUCIONES.

Hospital Mario Correa Rengifo

Hospital San Juan de Dios

Hospital Joaquín Paz Borrero

Instituto de Los Seguros Sociales

Hospital Cañaveralejo

Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses.

Hospital Psiquiátrico Universitario del Valle

POSGRADO (ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGIA)

HOSPITAL EL TUNAL.

HOSPITAL DE LA MISERICORDIA.

HOSPITAL CENTRAL DE LA POLICIA

FELLOW (CIRUGIA DE MANO)

FUNDACION SANTAFE DE BOGOTA.

FUNDACION CARDIO INFANTIL.

CLINICA REINA SOFIA.

INSTITUTO ROOSEVELT.

HOSPITAL CENTRAL MILITAR.

EXPERIENCIA LABORAL.

MEDICO SERVICIO SOCIAL OBLIGATORIO

HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

NIVEL II

SANTANDER DE QUILICHAO, CAUCA

INSTITUCIÓN CERTIFICADA ISO9001

Febrero de 2008 - Julio 2008

MEDICO GENERAL

HOSPITAL FRANCISCO DE PAULA SANTANDER

NIVEL II

SANTANDER DE QUILICHAO, CAUCA

CENTRO MEDICO CENTENARIO IPS de la eps SOS

Santander de Quilichao

ABRIL A SEPTIEMBRE de 2008

CLÍNICA DE ORTOPEDIA Y ACCIDENTES LABORALES

URGENCIAS DE ORTOPEDIA

DESDE MAYO DE 2010 – ENERO DEL 2014

CIRUJANO DE MANO

MEDICO ORTOPEDISTA CIRUJANO DE MANO ADSCRITO A LA CLINICA

PORTOAZUL

BARRANQUILLA

ABRIL 2014

CLINICA DE FRACTURAS

BARRANQUILLA

FEBRERO 2014 HASTA, FEBRERO DE 2016

PROFESOR CATEDRÁTICO PREGRADO AREA DE ORTOPEDIA UNIVERSIDAD DEL NORTE

BARRANQUILLA 2017-2018, ACTUALMENTE ACTIVO EN CATEDRA DE ORTOPEDIA

TRABAJOS CIENTIFICOS REALIZADOS

1. Penagos R. Pinilla X. González D. Pinilla E. Fractura de radio distal asociada a fragilidad ósea como manifestación clínica del hiperparatiroidismo primario: Reporte de caso. Rev. Col Or Tra 2012; 26(3): 185-92.
2. Tratamiento de la artrosis de la articulación trapeciometacarpiana con prótesis de resuperficialización de policaprolactona degradable basada en poliuretano (Artelon®) Rev. Colomb. Reumatol. vol. 19 núm. 2 junio de 2012
3. A Histological Study of Postnatal Development of Clavicle Articular Ends Univ. Sci. 2015, Vol. 20 (3): 361-368
4. Proyecciones radiológicas de muñeca para visualizar adecuadamente la superficie articular del radio en fracturas de radio distal, de acuerdo a ángulos encontrados mediante modelo virtual 3D. Durante el 58 Congreso Nacional de la Sociedad Colombiana de Cirugía Ortopédica y Traumatología, el cual se llevó a cabo durante los días del 22-25 de Mayo del 2013 en el Centro de Evento Valle del Pacifico, en la ciudad de Cali, el cual fue **GANADOR**, al premio Mejor Trabajo, de Investigación en Ciencias Básicas “José Vicente Bernal”.
5. Enfermedad de Trevor en la mano. Reporte de Caso
6. Neurorrafia Doble latero – lateral con y sin injerto nervioso. Modelo experimental en ratas. Tesis de grado Fellow de Cirugía de Mano. Trabajo ganador como mejor trabajo de investigación. XXXI Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano. 27 al 29 de agosto, 2015 Cartagena, Colombia.

REFERENCIAS PERSONALES.

Dr. Edgar Pinilla Pabón
Cirujano de Mano
Fundación Santafé de Bogotá
3003970800

Dr. Edgar Henao
Ortopedista y Traumatólogo
Clínica Reina Sofia
3102621284

Dr. Gustavo Corrales Navarro
Anestesiólogo
Clínica Portoazul
3105319916

REFERENCIAS FAMILIARES.

Dr. DIEGO RAMON PENAGOS.
Cirugía General
Hospital Francisco de Paula Santander
Santander de Quilichao
3155810162

OLGA LUCIA CABRERA.
Enfermera Jefe.
Hospital Francisco de Paula Santander
Santander de Quilichao
3153689081.

WILLIAM A. PENAGOS
Ingeniero de Sistemas
310 4326807

RODRIGO A. PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 Santander de Quilichao (cauca)



República de Colombia
Ministerio de Educación Nacional



La Universidad del Valle

Confiere el Título de

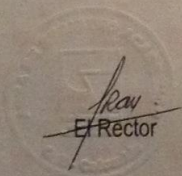
Médico y Cirujano

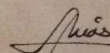
a

Rodrigo Alberto Penagos López

Identificado con C.C. 10499570

En testimonio de ello le expide el presente Diploma y lo refrenda con el sello de la institución. En la ciudad de Santiago de Cali, Valle del Cauca,
a los 7 días, del mes de *Diciembre* de 2007


El Rector


El Decano

054671

Registro al folio 207-21 del Libro 2 de Diplomas, a los 7 días del mes de Diciembre de 2007.



Universidad del Valle

RECTORÍA

ACTA DE GRADO No 830

En la ciudad Santiago de Cali del Departamento del Valle del Cauca, de conformidad con lo dispuesto en la Resolución No 842 emanada de la Rectoría de la Universidad del Valle; el día 7 de diciembre de 2007, en nombre de la República de Colombia y por autorización del Ministro de Educación Nacional, confiere el título de:

MÉDICO Y CIRUJANO

RG 120346100007600111100 SNIES

a:

RODRIGO ALBERTO PENAGOS LÓPEZ

Identificado con C.C. 10499570

El diploma correspondiente le será entregado en la fecha prevista en la Resolución No. 842 y anotado en el libro 2 Folio 202 Registro 21 de la Universidad del Valle.

(Fdo) Iván Enrique Ramos Calderón - Rector

(Fdo) Oscar López Pulecio - Secretario General

Se firma en Santiago de Cali, el 7 de diciembre de 2007

ADM. GLORIA STELLA PÉREZ CUÉLLAR

Jefa División de Admisiones y Registro Académico

ESTE DOCUMENTO NO REQUIERE AUTENTIFICACIÓN EN VIRTUD DEL DECRETO No 1024 DE 1982

Nº 01832

REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE EDUCACIÓN NACIONAL

LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA



TENIENDO EN CUENTA QUE

Rodrigo Alberto Penagos López
C.C. 10.499.570 de Santander De Quilichao

CUMPLIÓ SATISFACTORIAMENTE TODOS LOS REQUISITOS REGLAMENTARIOS
DEL PROGRAMA DE ESTUDIOS DE POSTGRADO LE CONFIERE EL TÍTULO DE

Especialista en Ortopedia y Traumatología

EN LA CIUDAD DE Bogotá D.C., al primer (01) día del mes de marzo de 2013

Y /a
DECANATURA DE FACULTAD

[Signature]
RECTORÍA

[Signature]
SECRETARÍA GENERAL

REGISTRO No. 1282, Folio 86 del Libro de Diplomas No. 3

DE LA SEDE DE Bogotá

FACULTAD DE Medicina



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

SEDE BOGOTÁ

FACULTAD DE

Medicina

ACTA DE GRADO NÚMERO 1267

El consejo de Facultad en su sesión del día 13 de diciembre de 2012 - Acta No. 42

CONSIDERANDO QUE

Rodrigo Alberto Penagos López

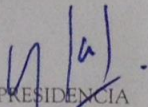
C.C. 10.499.570 de Santander De Quilichao

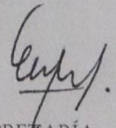
Cumplió satisfactoriamente con los requisitos exigidos por los Acuerdos y Reglamentos de la Universidad, resuelve otorgarle el título de

Especialista en Ortopedia y Traumatología

En nombre y representación de la República de Colombia y de la Universidad Nacional de Colombia se expide el Diploma Número 32822 consignado en el Registro No. 1282, Folio 86 del Libro No. 3

En testimonio de lo anterior se firma la presente Acta de Grado en la ciudad de Bogotá D.C., a los 13 días del mes de diciembre de 2012


PRESIDENCIA
Consejo de Facultad


SECRETARÍA
Consejo de Facultad



EN ATENCIÓN A QUE:

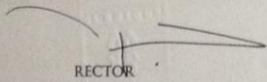
RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ

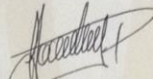
CÉDULA DE CIUDADANÍA No. 10.499.570 EXPEDIDA EN SANTANDER DE QUILICHAO

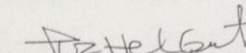
CUMPLIÓ CON LOS REQUISITOS LEGALES Y ACADÉMICOS EXIGIDOS POR LA INSTITUCIÓN,
LE CONFIERE EL TÍTULO DE

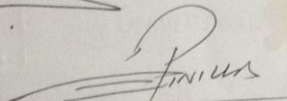
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MANO

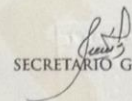
DADO EN BOGOTÁ D.C., REPÚBLICA DE COLOMBIA, EL DÍA 06 DE MARZO DE 2014


RECTOR


DIRECTOR DE POSTGRADOS


PRESIDENTE DE EL CONSEJO DIRECTIVO


DIRECTOR DEL PROGRAMA


SECRETARIO GENERAL

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

Personería Jurídica: Resolución No.11153 de 1978 Reconocimiento institucional como
Universidad: Resolución No. 327 de 1997 del Ministerio de Educación Nacional.

ACTA DE GRADO

El Consejo Directivo de la Universidad El Bosque, en su sesión del día 19 de febrero del año 2014, según consta en el Acta No. 1032 y Acuerdo No. 12124 de la misma fecha, estudió y aprobó la solicitud del aspirante a grado, alumno (a)

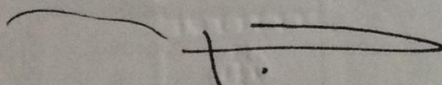
RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
C.C. 10.499.570 de Santander de Quilichao

quien cumplió satisfactoriamente con todos los requisitos académicos y legales exigidos por la Institución, conforme al concepto previo emitido por el Consejo Académico, motivo por el cual autorizó se le otorgue el título de:

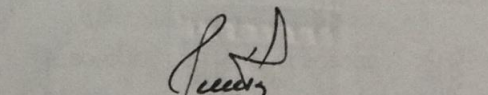
ESPECIALISTA EN CIRUGÍA DE MANO

En ceremonia solemne del día 06 de marzo del año 2014, se le hace entrega del diploma No.10331, el cual aparece registrado con el No. 10520, al folio 609 del libro de registro de títulos de la Universidad, correspondiente al año 2014.

En testimonio de lo anterior, se firma el presente extracto de Acta de grado, en Bogotá, D. C., a los seis (06) días del mes de marzo del año dos mil catorce (2014).



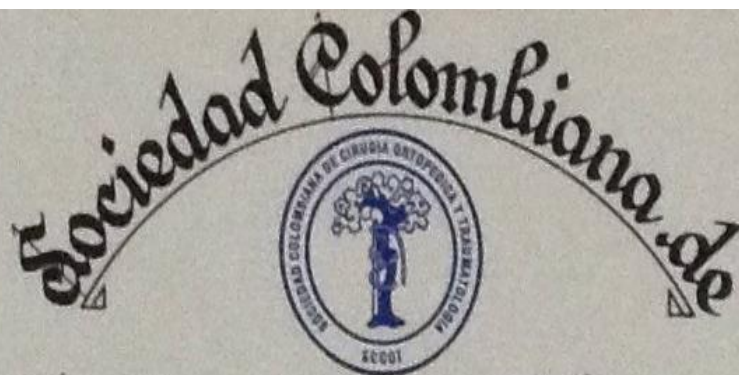
CARLOS FELIPE ESCOBAR ROA
RECTOR



LUIS ARTURO RODRÍGUEZ BUITRAGO
SECRETARIO GENERAL

Por una Cultura de la Vida, su Calidad y su Sentido

Carrera 7 b bis No. 132 - 11, PBX (571)648 90 00 Fax 6252030
www.unbosque.edu.co Bogotá - Colombia



Cirugía Ortopédica y Traumatología

Diploma de Honor

José Vicente Bernal

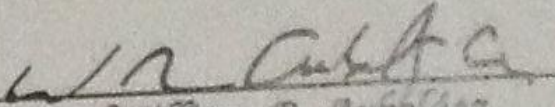
Mejor Trabajo de Investigación en Ciencias Básicas
Otorgado al Doctor

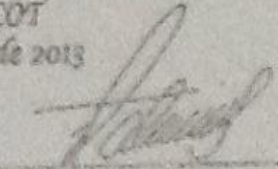
Rodrigo Penagos

Por su Trabajo Científico titulado

Proyecciones radiológicas de muñeca para visualizar adecuadamente la superficie articular del radio en fracturas de radio distal, de acuerdo a ángulos encontrados mediante modelo virtual 3D

Presentado en el 58º Congreso Nacional SCCOT
Santiago de Cali - Colombia, 22 al 25 de Mayo de 2013


Dr. William R. Arbeláez
Secretario General


Dr. Julio César Palacio
Presidente



ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE CIRUGÍA DE LA MANO

Diploma de Honor

Que acredita al Doctor

RODRIGO PENAGOS LÓPEZ

Como

Miembro Titular

*Según lo dispuesto por los Estatutos
Bogotá, Colombia, Agosto 23 de 2013*

Dr. Hernando Laverde G.
Presidente

Dr. Ricardo Galán S.
Secretario



Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano

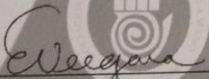
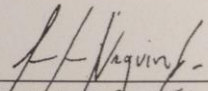
Certifica que

RODRIGO ALBERTO PENAGOS

Asistió al

XXX Congreso Nacional de la Asociación Colombiana de Cirugía de la Mano

*28 al 30 de agosto de 2014, Hotel Estelar y Centro de Convenciones, Santa Marta - Colombia
Intensidad: 20 Horas*


Dr. Enrique Vergara
Presidente ASOCIMANO
Dr. Luis Felipe Náquira
Secretario General ASOCIMANO



Sociedad Colombiana de Cirugía
Ortopédica y Traumatología - SCCOT



Centro Latinoamericano de Investigación
y Entrenamiento en Cirugía
de Mínima Invasión - CLEMI

Certifica que

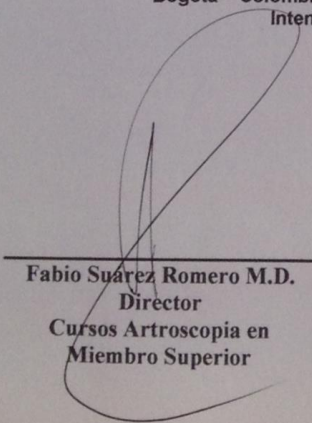
DR. RODRIGO PENAGOS

Participante

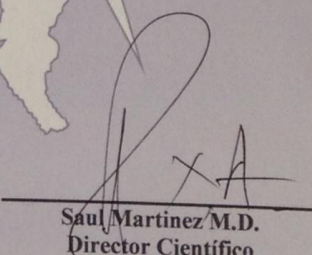
Asistió al

**IX CURSO DE ARTROSCOPIA DE CODO Y MUÑECA
CON PRÁCTICA SOBRE COMPONENTE ANATÓMICO**

Bogotá – Colombia Septiembre 12 y 13 de 2014
Intensidad: 18 Horas



Fabio Suárez Romero M.D.
Director
Cursos Artroscopia en
Miembro Superior



Saul Martínez M.D.
Director Científico
CLEMI



Certifica que

Rodrigo Alberto Penagos López

Ha participado en el

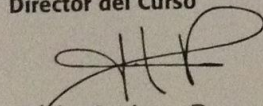
AOTrauma Seminario – de
Radio Distal en Componente
Anatómico

En Calidad de
Participante

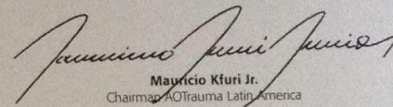
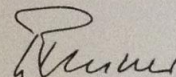
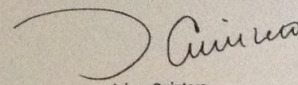
Fecha/Ciudad

Agosto 16 - 17, 2013 Palm Beach Gardens, USA

Director del Curso


Fabio Suárez Romero

El presente certificado solamente confirma que la persona mencionada participó en el curso.
Este certificado no confirma o garantiza en ninguna forma la competencia del participante.


Mauricio Kfuri Jr.
Chairman AOTrauma Latin America
Nikolaus Renner
Chairperson AOTrauma Board
Jaime Quintero
President AO Foundation



MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

PROSPERIDAD
PARA TODOS

IDENTIFICACIÓN ÚNICA DEL
TALENTO HUMANO EN SALUD

Registro No.

19 6584/2008

Profesión u Ocupación

MÉDICO

Nombres y Apellidos

RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ

C.C. o C.E.

10499570

Institución de Educación

U. DEL VALLE

Código

D76296/08

Ciudad

CALI

Fecha de Expedición

22/02/2013

FIRMA

FIRMA

MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL O SU DELEGADO

ESTA TARJETA ES DOCUMENTO PÚBLICO Y SE EXPIDE DE
CONFORMIDAD CON LA LEY No. 1164 DEL 3 DE OCTUBRE DE 2007.
SI ESTA TARJETA ES ENCONTRADA, FAVOR DEVOLVERLA
AL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL.

CON BASE EN LOS DECRETOS 1465 DE 1992 Y 4107 DE 2011, QUE
SEÑALAN LAS FUNCIONES DEL CREADO MINISTERIO DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL, LEY 1444 DE 2011.

TRIBUNAL DE ÉTICA MÉDICA DEL ATLANTICO

Calle 57 No. 23-100 Piso 1 fax: 3721860 Tele: 3468829

Hospital Universitario CARI E.S.E

Barranquilla Colombia

HACE CONSTAR:

Que contra el doctor **RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ**, identificado con cédula de ciudadanía No. 10.499.570 de Santander de Quilichao (Cauca), y registro Medico No. 19-6584-08/08 Expedido por la Secretaria de Salud Departamental del Cauca, no cursa a la fecha proceso ético disciplinario y no ha sido suspendido, ni sancionado **POR ESTE TRIBUNAL** en su ejercicio profesional.

Dado en Barranquilla, el día Veintisiete (27) de Marzo de Dos Mil Catorce (2014) a petición del interesado.

**TRIBUNAL DE ETICA MEDICA
SECCIONAL ATLANTICO**

SECRETARIA ABOGADA

RAMONA DEL SOCORRO MOSQUERA CHAPARRO
Secretaria Abogada

JAIME M.

REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO **10.499.570**

PENAGOS LOPEZ

APELLIDOS

RODRIGO ALBERTO

NOMBRES

[Handwritten Signature]
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO **21-DIC-1983**
SANTANDER DE QUILICHAO
(CAUCA)

LUGAR DE NACIMIENTO

1.70

ESTATURA

A+

G.S. RH

M

SEXO

21-DIC-2001 SANTANDER DE QUILICHAO

FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SANCHEZ TORRES



A-1500150-00494883-M-0010499570-20131011

0035426565A 1

1232577588

Muñeca y mano



Anatomía de la mano y la muñeca

Fraser J. Leversedge, MD

I. Anatomía del lecho ungueal

- A. Perioniquio: Zona que incluye la uña, el lecho ungueal y la piel que los rodea.
- B. Paroniquio: Pliegue lateral de la uña.
- C. Hiponiquio: Piel inmediatamente distal y palmar a la uña, en la unión de la matriz ungueal y la piel del pulpejo.
- D. Eponiquio: Pliegue ungueal dorsal, proximal a la placa ungueal; añade lustre a la uña.
- E. Lúnula: Parte blanca de la zona proximal de la uña; probablemente procede de núcleos celulares retenidos.
- F. Matriz ungueal y matriz germinal: La matriz ungueal es el tejido blando profundo adherido a la uña distal a la lúnula y la matriz germinal es el tejido blando profundo proximal a la lúnula. Esta última es responsable de la mayor parte del crecimiento de la uña.
 - 1. El periostio de la falange distal está en situación inmediatamente palmar a las matrices ungueal y germinal.
 - 2. La distancia entre la inserción del tendón extensor y la matriz germinal proximal es aproximadamente de 1,2-1,4 mm.

II. Anatomía de la piel y aponeurosis

- A. Aponeurosis palmar
 - 1. La aponeurosis palmar es la prolongación terminal del tendón del palmar largo.
 - 2. La banda pretendinosa está en situación superficial a las fibras transversas de la aponeurosis pal-

mar. Se inserta en la piel a nivel de la articulación metacarpofalángica y se trifurca en dos bandas espirales (radial y cubital) y una central.

- 3. El ligamento metacarpiano transversal superficial abarca las fibras transversas de la aponeurosis palmar.
- 4. El ligamento natatorio consiste en fibras transversas en el espacio reticular; impide la abducción de los dedos.
- 5. Los ocho tabiques verticales de Legueu y Juvara están situados a ambos lados de los tendones flexores, creando así siete compartimentos; en cuatro de ellos están ubicados los flexores, y en los otros tres, los haces vasculonerviosos y los músculos lumbricales. Estos tabiques se unen al ligamento transversal de la aponeurosis palmar.
- 6. La placa palmar es la estructura estabilizadora palmar de la articulación metacarpofalángica y se une al ligamento metacarpiano transversal superficial.
- B. Aponeurosis digital: La aponeurosis digital lateral recibe contribuciones de los siguientes tejidos.
 - 1. La banda espiral: se origina en la banda pretendinosa y pasa dorsalmente al haz vasculonervioso para insertarse en la aponeurosis digital lateral.
 - 2. El ligamento natatorio: ocupa los espacios reticulares interdigitales.
 - 3. Los ligamentos de Grayson: se originan en la vaina flexora palmar, pasan por delante de los haces vasculonerviosos y se insertan en la piel; las fibras de los ligamentos de Grayson se orientan perpendicularmente al eje de los dedos.
 - 4. Los ligamentos de Cleland: se originan en la falange, pasan dorsalmente a los haces vasculonerviosos y se insertan en la piel; hay cuatro ligamentos de Cleland en cada lado del dedo, dos adyacentes a la articulación interfalángica proximal y dos a la distal.

El Dr. Leversedge o alguno de sus familiares inmediatos han recibido regalías de Orthohelix Surgical Designs; han recibido regalías por consultoría o son empleados de Orthohelix Surgical Designs y Stryker; poseen acciones u opciones sobre acciones de Orthohelix Surgical Designs; han recibido ayudas para investigación o institucionales de AxoGen y Orthohelix Surgical Designs, y han sido miembros del comité directivo, propietarios o asesores de la American Academy of Orthopaedic Surgeons y la American Foundation for Surgery of the Hand.

III. Compartimentos del antebrazo y la mano

- A. Compartimentos del antebrazo (Figura 1, A)
 - 1. Compartimento dorsal.
 - 2. Compartimento palmar.
 - 3. Compartimento posterior.

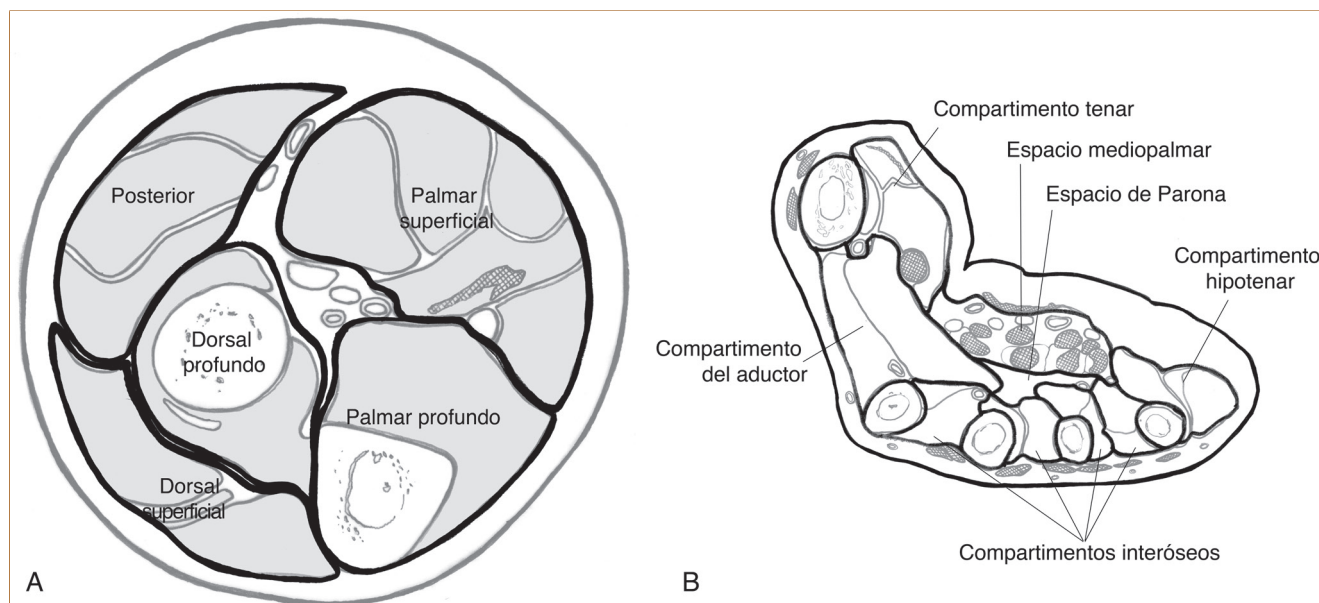


Figura 1 Ilustraciones que representan las estructuras anatómicas observadas en un corte transversal de los compartimentos del antebrazo (A) y de la mano (B). (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCS; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

B. Compartimentos de la mano (Figura 1, B)

1. Compartimento tenar.
2. El aductor del pulgar constituye por sí solo un compartimento.
3. Compartimento hipotenar (puede tener varios subcompartimentos).
4. Cuatro compartimentos interóseos dorsales y tres palmares.
5. Túnel del carpo.

2. Está separado del espacio tenar por el tabique mediopalmar. El espacio mediopalmar está situado hacia dentro de este tabique.
3. El límite dorsal del espacio mediopalmar es la aponeurosis de los músculos interóseos palmares segundo y tercero; el límite palmar está formado por las vainas de los flexores de los dedos medio, anular y meñique y la aponeurosis palmar.

C. Espacio hipotenar

1. El espacio hipotenar se localiza entre el tabique hipotenar y los músculos de la eminencia hipotenar.
2. El límite dorsal del espacio hipotenar es el periostio del quinto metacarpiano y la aponeurosis hipotenar profunda; el límite palmar lo forman la aponeurosis palmar y las aponeurosis de los músculos superficiales de la eminencia hipotenar.

D. Bursa radial

1. La bursa radial comienza en la articulación metacarpofalángica y se extiende en sentido proximal hasta 1-2 cm más allá del ligamento transversal del carpo.
2. La vaina del flexor largo del pulgar habitualmente se continúa con la bursa radial.

E. Bursa cubital

1. La bursa cubital comienza en la parte proximal de la vaina del flexor propio del meñique y se extiende proximalmente hasta 1-2 cm más allá del ligamento transversal del carpo.
2. La vaina sinovial del meñique puede conectar con la bursa cubital.

IV. Espacios palmares de la mano

A. Espacio tenar

1. El espacio tenar está en situación dorsal a los tendones flexores y palmar a la aponeurosis interósea.
2. Está separado del espacio mediopalmar por el tabique mediopalmar, un tabique aponeurótico que va desde la aponeurosis palmar al tercer metacarpiano. El espacio tenar está situado hacia fuera de este tabique.
3. El límite dorsal del espacio tenar es la aponeurosis del aductor del pulgar; el límite palmar está formado por la vaina del flexor propio del índice y la aponeurosis palmar.

B. Espacio mediopalmar

1. El espacio mediopalmar está en situación dorsal a los tendones flexores y palmar a la aponeurosis interósea.

F. Espacio de Parona

1. El espacio de Parona está localizado entre el tendón del flexor común profundo de los dedos y la aponeurosis del pronador grande.
2. El espacio de Parona permite la comunicación entre las bursas radial y cubital.

V. Anatomía de los dedos

A. Componentes óseos

1. El esqueleto de los dedos está formado por las falanges proximal, media y distal.
2. El pulgar sólo tiene dos falanges, proximal y distal.

B. Articulaciones

1. Articulación metacarpofalángica.
 - a. La articulación metacarpofalángica de los dedos es una articulación condílea triaxial. El rango de movilidad habitual es desde 15° de hiperextensión hasta 90° de flexión. La forma trapezoidal de las cabezas de los metacarpianos crea un efecto de leva sobre los ligamentos colaterales, que se tensan durante la flexión de la articulación y se destensan en la extensión. Por lo tanto, la articulación metacarpofalángica es estable en flexión e inestable en extensión.
 - b. En el pulgar, al contrario que en los demás dedos, la cabeza del metacarpiano es un único cóndilo ancho. En la cara palmar están los huesos sesamoideos. La articulación metacarpofalángica del pulgar tiene un amplio rango de movilidad. El ligamento colateral cubital incluye el ligamento propiamente dicho y el accesorio. El ligamento colateral cubital va desde la falange proximal a la cabeza del metacarpiano, mientras que el ligamento colateral accesorio se origina en la cabeza del metacarpiano y se inserta en la placa palmar.
2. Articulación interfalángica proximal.
 - a. La articulación interfalángica proximal es una articulación troclear. La cabeza de la falange proximal tiene dos cóndilos separados por la escotadura intercondílea. Esta escotadura proporciona cierta estabilidad intrínseca mediante su articulación con la cresta roma en la base de la segunda falange.
 - b. Los ligamentos colaterales en la articulación interfalángica proximal están en tensión durante todo el arco de movimiento.
 - Ligamento colateral propiamente dicho: se origina en la cabeza de la falange proximal; se inserta en el tubérculo lateral de la base de la segunda falange.

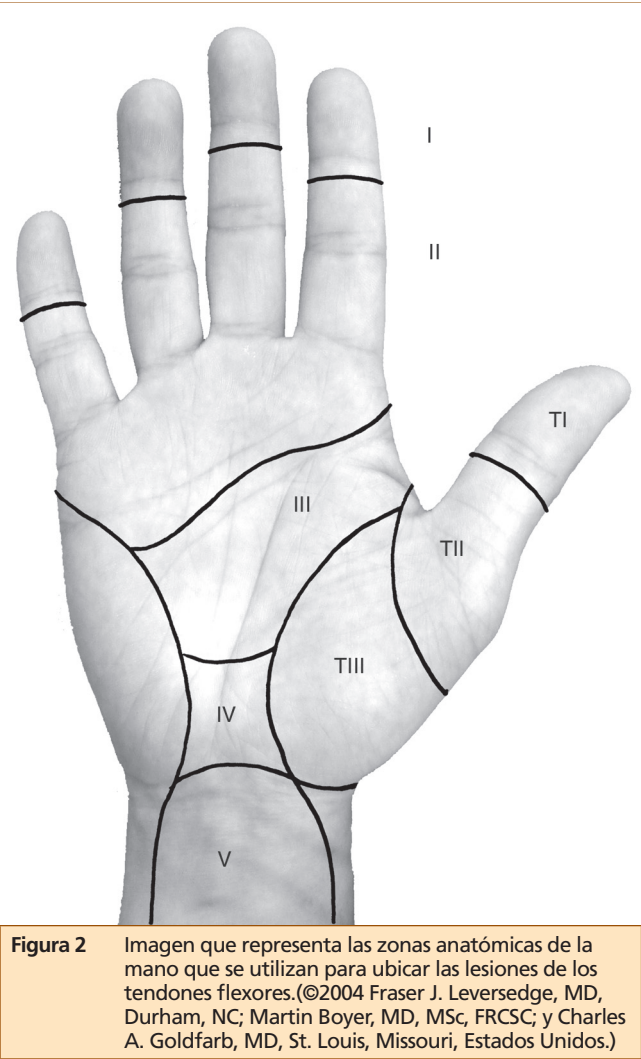
- Ligamento colateral accesorio: se inserta en la placa palmar.
- Placa palmar: es una base fibrocartilaginosa gruesa situada entre la polea A2 y la zona rugosa de la base de la segunda falange. La placa palmar sirve de punto de inserción del ligamento colateral accesorio e impide la hiperextensión de la articulación interfalángica proximal.

3. Articulación interfalángica distal: la estabilidad de la articulación interfalángica distal proviene de los ligamentos colaterales, la inserción terminal del tendón extensor, la inserción del flexor común profundo de los dedos y la placa palmar.

C. Cara dorsal de los dedos

1. Aparato extensor.
 - a. Los tendones extensores se dividen en zonas anatómicas. El tendón extensor extrínseco se trifurca en la base de la falange proximal; la porción central se inserta en la base dorsal de la segunda falange formando la cintilla central.
 - b. Las cintillas laterales se unen a fibras oblicuas procedentes de la expansión extensora, de los músculos interóseos y de los lumbricales para formar las bandas laterales conjuntas. Estas bandas convergen hacia la segunda falange para formar el tendón terminal, que se inserta en la base de la falange distal.
 - c. Las contribuciones de los músculos interóseos dorsales y lumbricales al aparato extensor dorsal se enumeran en la **Tabla 1**.
2. Estructuras estabilizadoras dorsales.
 - a. Las bandas sagitales, que se originan en la placa palmar en la articulación metacarpofalángica y la base de la falange proximal, estabilizan el tendón extensor extrínseco en la articulación metacarpofalángica dorsal. Contribuyen indirectamente a la extensión de la articulación metacarpofalángica por un mecanismo de tipo eslinga.
 - b. El ligamento triangular estabiliza las bandas laterales conjuntas en la base de la segunda falange e impide la subluxación palmar.
 - c. El ligamento retinacular transversal estabiliza la banda lateral conjunta para prevenir la subluxación dorsal. Las fibras de este ligamento están orientadas en sentido dorsal-palmar al nivel de la articulación interfalángica proximal.
 - d. El ligamento retinacular oblicuo une las articulaciones interfalángicas proximal y distal. Se origina en el canal osteofibroso en la polea A2 y en el tercio medio de la primera falange (palmar), para insertarse en el tendón extensor terminal (dorsal).

Tabla 1	
Contribuciones de los músculos interóseos dorsales y los lumbricales al aparato extensor	
Músculos	Localización y acciones
Interóseos dorsales	Cuatro interóseos dorsales Bipenados; salen de ambos metacarpianos en el espacio intermetacarpiano Cada interóseo dorsal tiene dos vientres musculares: Superficial Pasa bajo la expansión sagital para convertirse en tendón medial Inserción: tubérculo lateral de la falange proximal Acción: abducción del dedo Profundo Pasa sobre la expansión sagital para convertirse en tendón medial Inserción: fibras transversas del aparato extensor Acción: flexión de la articulación metacarpofalángica
Lumbricales	Se originan del tendón del flexor común profundo Pasan en posición palmar respecto al ligamento intermetacarpiano transverso profundo Se localizan en el lado radial de cada dedo Inserción: banda radial lateral (del aparato extensor) mediante fibras oblicuas Acción: extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales El único músculo capaz de “relajar” a su antagonista (origen en el flexor común profundo de los dedos) Inervación: Primer y segundo músculos lumbricales (unipenados): nervio mediano Tercer y cuarto músculos lumbricales (bipenados): nervio cubital



D. Cara palmar de los dedos

1. Aponeurosis palmar: está compuesta por los ligamentos de Grayson y Cleland, como ya quedó descrito anteriormente.
2. Tendones flexores.
 - a. Anatomía.
 - Los tendones flexores se dividen en cinco zonas anatómicas (Figura 2). Al nivel de la polea A1, el flexor común superficial de los dedos se aplana y bifurca para permitir al flexor común profundo pasar distalmente a su inserción en la base de la tercera falange. Las dos cintillas bifurcadas del flexor común superficial giran en sentido lateral y dorsal alrededor del flexor común pro-

fundo de los dedos y después se dividen de nuevo en las cintillas medial y lateral.

- Las cintillas mediales del tendón del flexor común superficial de los dedos se cruzan dorsalmente con el flexor profundo y se vuelven a unir para formar el quiasma tendinoso de los dedos de la mano (quiasma de Camper) en la parte distal de la primera falange y en la placa palmar de la articulación interfalángica proximal. La cintilla lateral se prolonga distalmente y se inserta en la base de la segunda falange.
- b. Irrigación: los tendones flexores están abastecidos por aporte vascular directo y por difusión sinovial.
 - Aporte vascular directo: procede de las arterias digitales transversas (ramas en escalera) que se originan en las arterias digitales para alimentar el sistema vincular (los vínculos son las redes vasculares mesotendinosas en la superficie dorsal de los tendones flexores) y de un sistema arterial

directo procedente de los vasos intraóseos en las inserciones tendinosas.

- Difusión sinovial: las zonas avasculares e hipovascularizadas de los tendones del flexor común superficial y el flexor común profundo de los dedos en la vaina tendinosa de los flexores se nutren de canalículos intratendinosos por difusión sinovial.

3. Vainas y poleas de los tendones flexores: la vaina digital osteofibrosa aporta eficiencia biomecánica y es una de las fuentes de aporte de nutrientes a los tendones flexores. Estos tendones están envueltos por una capa de paratendón visceral y cada uno de los sistemas de poleas y retináculos está recubierto por una capa de paratendón parietal. Las condensaciones de la vaina sinovial forman puntos estratégicos a lo largo del dedo para actuar conjuntamente con el ligamento transversal del carpo y la aponeurosis palmar para aumentar la eficiencia de la rotación de la articulación y la transmisión de las fuerzas. Clásicamente se han descrito cinco poleas anulares y tres cruciformes (Figura 3). Las poleas A1, A3 y A5 se originan en las placas palmáres de las articulaciones metacarpofalángica, interfalángica proximal e interfalángica distal, respectivamente. Las poleas A2 y A4 se originan en las falanges proximal y media, respectivamente. Las más importantes biomecánicamente son las poleas A2 y A4.

- E. Cara dorsal del pulgar: la musculatura dorsal del pulgar corresponde al aparato extensor de este dedo. En la articulación metacarpofalángica, el tendón del extensor largo del pulgar está situado por dentro del extensor corto antes de aplanarse y continuar hasta su inserción en la base dorsal de la falange distal. Los extensores del pulgar largo y corto están estabilizados en la articulación metacarpofalángica por la banda sagital. Se han descrito diversas variantes anatómicas del extensor corto del pulgar, entre ellas la inserción en la expansión de los extensores en vez de en la falange proximal.

F. Cara palmar del pulgar

1. Tendón flexor.

- a. El flexor largo del pulgar surge del espacio entre el aductor del pulgar y la musculatura de la eminencia tenar para alcanzar la vaina osteofibrosa digital al nivel de la articulación metacarpofalángica del pulgar.
- b. El flexor largo del pulgar flexiona el pulgar por la articulación interfalángica.

2. Vainas tendinosas y poleas flexoras.

- a. Con iguales cometidos que las poleas de los demás dedos, el sistema de poleas del pulgar está formado por las poleas A1, oblicua y A2.
- b. La polea A1 corresponde al nivel de la articulación metacarpofalángica; las fibras de la

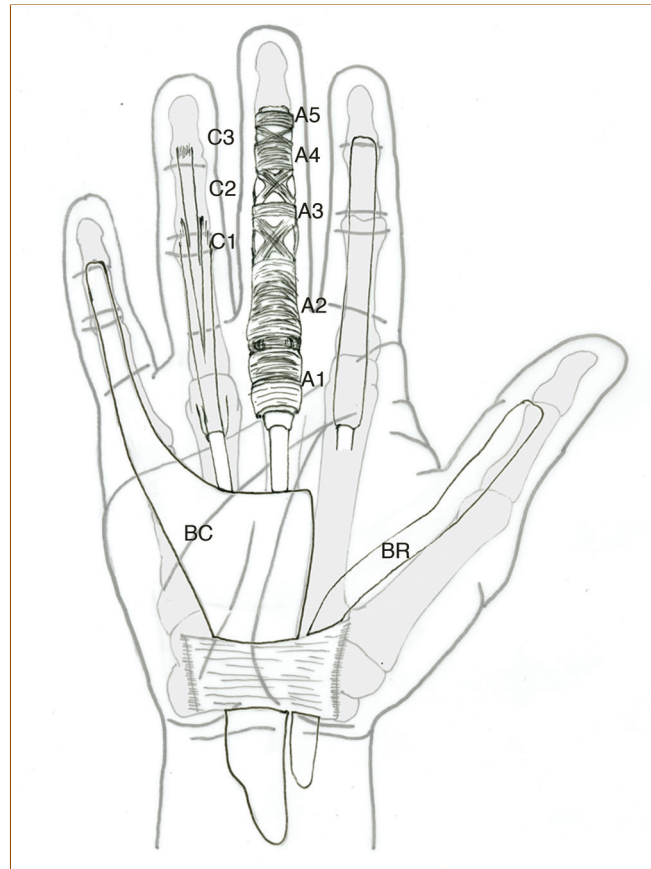


Figura 3 Ilustración que representa la nomenclatura más aceptada para las poleas flexoras (A1-A5 y C1-C3). Obsérvese la posición de la bursa cubital (BC) y la bursa radial (BR). (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

polea oblicua están orientadas en dirección distal y radial al nivel de la falange proximal; la polea A2 se origina en la placa palmar de la articulación interfalángica. Las más importantes biomecánicamente son las poleas A1 y oblicua.

- c. El nervio digital radial está especialmente en riesgo en la liberación de la polea A1.

VI. Anatomía de la mano

A. Articulaciones

1. La articulación carpometacarpiana del pulgar, o trapeziometacarpiana, es biconcavo-convexa, similar a dos sillas de montar puestas una frente a la otra.
2. La estabilidad de la articulación trapeziometacarpiana depende principalmente del complejo ligamentoso dorsal (ligamentos dorsorradial y oblicuo posterior) y el ligamento oblicuo anterior profundo.

Tabla 2

Músculos interóseos

Músculos	Inserción	Acción	Características
Dorsales			
Ventre muscular superficial	Tubérculo lateral de la falange proximal	Abducción de los dedos	Bipenado
Ventre muscular profundo	Fibras transversas del aparato extensor	Flexión de las articulaciones metacarpofalángicas	Bipenado
Palmares	Aparato extensor; no inserción en la falange proximal	Flexión de las articulaciones metacarpofalángicas; aducción del índice, anular y meñique	Unipenado

Tabla 3

Músculos lumbricales

Músculo	Origen	Inervación	Acción	Características
Primer lumbrical	Tendón del flexor común profundo de los dedos	Nervio mediano	Extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales	Unipenado
Segundo lumbrical	Tendón del flexor común profundo de los dedos	Nervio mediano	Extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales	Unipenado
Tercer lumbrical	Tendón del flexor común profundo de los dedos	Nervio cubital	Extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales	Bipenado
Cuarto lumbrical	Tendón del flexor común profundo de los dedos	Nervio cubital	Extensión de las articulaciones interfalángicas proximales y distales	Bipenado

B. Tejidos blandos

1. Dorso de la mano/tendones extensores.

- Las uniones tendinosas son interconexiones orientadas oblicuamente entre los tendones extensores extrínsecos del dorso de la mano.
- El extensor propio del índice y el extensor propio del meñique se localizan habitualmente en situación cubital respecto de los tendones del extensor común correspondientes a dichos dedos.
- La anatomía extensora más habitual en el meñique es que haya dos tendones del extensor propio del meñique y ninguno del extensor común de los dedos.
- El extensor común corto de los dedos es un vientre muscular anómalo que aparece en el 3% de las personas y está situado entre los tendones extensores de los dedos índice y medio; a veces se confunde con un tumor de tejidos blandos.

2. Músculos intrínsecos: interóseos (dorsal y palmar), lumbricales, de la eminencia tenar y de la eminencia hipotenar.

- Los músculos interóseos (Tabla 2) tienen su origen en las diáfisis de los metacarpianos y pasan por detrás del ligamento intermetacarpiano transverso profundo. Están inervados

por el nervio cubital, aunque el primer interóseo puede estar inervado por el nervio mediano mediante una interconexión de Martin-Gruber en el antebrazo o de Riche-Cannieu en la mano.

- Interóseos dorsales: los cuatro interóseos dorsales son bipenados y se originan en sus respectivos espacios entre dos metacarpianos adyacentes. Cada músculo tiene dos vientres, uno superficial y otro profundo. El vientre superficial pasa bajo la expansión sagital para convertirse en tendón medial; se inserta en el tubérculo lateral de la falange proximal. Su acción es la abducción del dedo. El vientre muscular profundo pasa sobre la expansión sagital para convertirse en tendón lateral; se inserta en las fibras transversas del aparato extensor. Flexiona la articulación metacarpofalángica.
 - Interóseos palmares: cada uno de estos músculos unipenados tiene su origen en el metacarpiano del mismo dedo en el que se insertan. Los interóseos palmares se insertan en el aparato extensor y no en la falange proximal. Flexionan la articulación metacarpofalángica y aproximan el índice, el anular y el meñique.
- Los músculos lumbricales (Tabla 3) se originan en el tendón del flexor común profundo de los

Tabla 4

Músculos de la eminencia tenar

Músculo	Origen	Inserción	Inervación	Acción
Abductor corto del pulgar	Ligamento transverso del carpo, vaina del flexor radial del carpo, trapecio, escafoides	Base radial de la primera falange, cápsula de la articulación metacarpofalángica, sesamoideo radial	Nervio mediano: 95,0% Nervio cubital 2,5% Ambos: 2,5%	Abducción y flexión del primer metacarpiano Angulación cubital de la articulación metacarpofalángica Extensión de la articulación interfalángica del pulgar
Flexor corto del pulgar	Ligamento transverso del carpo	Cápsula de la articulación metacarpofalángica del pulgar y sesamoideo radial	Cabeza superficial: nervio mediano Cabeza profunda: nervio cubital	Flexión del metacarpiano y la falange proximal del pulgar Pronación del pulgar Extensión de la articulación interfalángica del pulgar
Oponente del pulgar	Ligamento transverso del carpo, trapecio, cápsula de la articulación carpometacarpiana del pulgar	Palmar-radial en primer metacarpiano distal	Nervio mediano: 83% Nervio cubital: 10% Ambos 7%	Flexión y pronación del primer metacarpiano
Abductor del pulgar	Tercer metacarpiano	Sesamoideo cubital del pulgar, base cubital de la falange proximal, aparato dorsal	Nervio cubital	Aducción del primer metacarpiano Extensión de la articulación interfalángica del pulgar

Tabla 5

Músculos de la eminencia hipotenar

Músculos	Origen	Inserción	Inervación	Acción
Abductor propio del meñique	Pisiforme distal, inserción del flexor cubital del carpo	Base cubital de la primera falange: 90% Aparato extensor: 10%	Nervio cubital	Potente abductor del meñique Flexión ligera de la articulación metacarpofalángica del meñique Extensión de la articulación interfalángica del meñique
Flexor propio del meñique	Ligamento transverso del carpo, gancho del ganchoso	Base palmar de la primera falange del meñique	Nervio cubital	Flexión de la articulación metacarpofalángica del meñique
Oponente del meñique	Ligamento transverso del carpo, gancho del ganchoso	Cuarto distal de la cara cubital del quinto metacarpiano	Nervio cubital	Supinación del quinto metacarpiano Ahonda la palma para complementar la oposición del pulgar

dedos y pasan palmarmente al ligamento intermetacarpiano transversal profundo en el lado radial de cada dedo. Se insertan en la banda radial lateral del aparato extensor. Extienden las articulaciones interfalángicas proximales y distales mediante las fibras oblicuas. Los lumbricales son los únicos músculos capaces de “relajar” a sus antagonistas por tener origen en el tendón del flexor común profundo de los dedos. Los músculos lumbricales primero y segundo están inervados por el nervio mediano y son unipenados. El tercero y el cuarto están inervados por el cubital y son bipenados.

- c. Los músculos de la eminencia tenar (Tabla 4) son el abductor corto del pulgar, el flexor cor-

to del pulgar, el oponente del pulgar y el aductor del pulgar.

- d. Los músculos de la eminencia hipotenar (Tabla 5) son el abductor del meñique, el flexor del meñique y el oponente del meñique. El flexor del meñique está ausente en el 15-20% de las manos.

VII. Muñeca

A. Componentes óseos

1. Radio y cúbito distales.

- a. La superficie articular distal del radio tiene dos facetas cóncavas, la del escafoides y la del se-

Tabla 6

Origen e inserciones de los ligamentos extrínsecos de la muñeca

Ligamentos	Origen	Inserción
Palmares, radiocarpianos		
Colateral radial	Radio (0 mm de la punta de la estiloides)	Cuello del escafoides y trapecio distal palmar
Radioescafogrande	Radio (4 mm de la punta de la estiloides)	Cuello del escafoides y grande mediopalmar
Radiosemilunopiramidal	Radio (10 mm de la punta de la estiloides)	Semilunar y/o piramidal
Radioescafopiramidal	Mesocápsula con el final del nervio interóseo anterior y de la arteria interósea anterior	Ligamento de Testut y Kuenz
Radiosemilunar corto	Borde palmar-cubital del radio	Semilunar
Palmares, cubitocarpianos		
Cubitopiramidal	Ligamento radiocubital palmar	Piramidal
Cubitosemilunar	Ligamento radiocubital palmar	Semilunar
Cubitogrande	Borde palmar de la cabeza del cúbito	Grande
Dorsales		
Radiocarpiano dorsal	Radio dorsal en el tubérculo de Lister	Semilunar y piramidal
Intercarpiano dorsal	Piramidal	Escafoides y trapezoide y grande

milunar, separadas por el rodete escafosemilunar o anteroposterior.

- b. La fosa sigmoidea, situada en el borde interno del radio distal, es una concavidad poco profunda para la cabeza del cúbito en la articulación radiocubital distal.
- c. La epífisis distal del cúbito está recubierta por cartílago hialino en sus superficies dorsal, lateral, palmar y distal.
- d. La apófisis estiloides cubital se proyecta hacia abajo; en su base está localizada la fovea, donde se inserta el complejo fibrocartilaginoso triangular.

2. Carpo.

- a. Está compuesto por ocho huesos pequeños.
- b. Tradicionalmente, estos huesos del carpo se han distribuido en dos filas: en la proximal están el escafoides, el semilunar, el piramidal y el pisiforme, y en la distal, el trapecio, el trapezoide, el grande y el ganchoso.
 - Escafoides: su vascularización principal procede de una rama de la arteria radial en su borde dorsal. Un grupo de pequeños vasos entra en el tubérculo palmar e irriga el 30% distal. El ligamento transversal del carpo se inserta en el tubérculo palmar.
 - Semilunar: en el 80% de las muñecas hay un aporte vascular dorsal y palmar; en el otro 20% sólo hay vasos palmares. El hueso semilunar es más ancho en sentido palmar que en sentido dorsal.
 - Piramidal: se articula con el ganchoso distalmente, con el semilunar radialmente y

con el pisiforme palmarmente. Se estabiliza en la fovea del cúbito gracias al ligamento cubitopiramidal.

- Ganchoso: está formado por un cuerpo y un gancho o apófisis unciforme, que sirve de punto de inserción del ligamento transversal del carpo y de punto de origen de los músculos flexor propio del meñique y opo-nente del meñique.
- Grande: el aporte vascular a la cabeza (la porción proximal) a menudo se hace retrógradamente. Dos crestas separan la superficie articular distal en tres partes para articularse con los metacarpianos segundo, tercero y cuarto.
- Trapezoide: tiene dos carillas distales que se articulan con el segundo metacarpiano.
- Trapecio: tiene una articulación en silla de montar con la base del primer metacarpiano. También tiene un surco palmar para el músculo flexor radial del carpo (palmar mayor), bordeado lateralmente por la tuberosidad palmar y la inserción del ligamento transversal del carpo.
- Pisiforme: es un hueso sesamoideo dentro del tendón del flexor cubital del carpo. Es el punto de origen del abductor del meñique.

B. Ligamentos (Tabla 6, Figura 4)

1. Los ligamentos extrínsecos de la muñeca son el ligamento intercarpiano dorsal y el ligamento radiocarpiano dorsal (Figura 4, A).

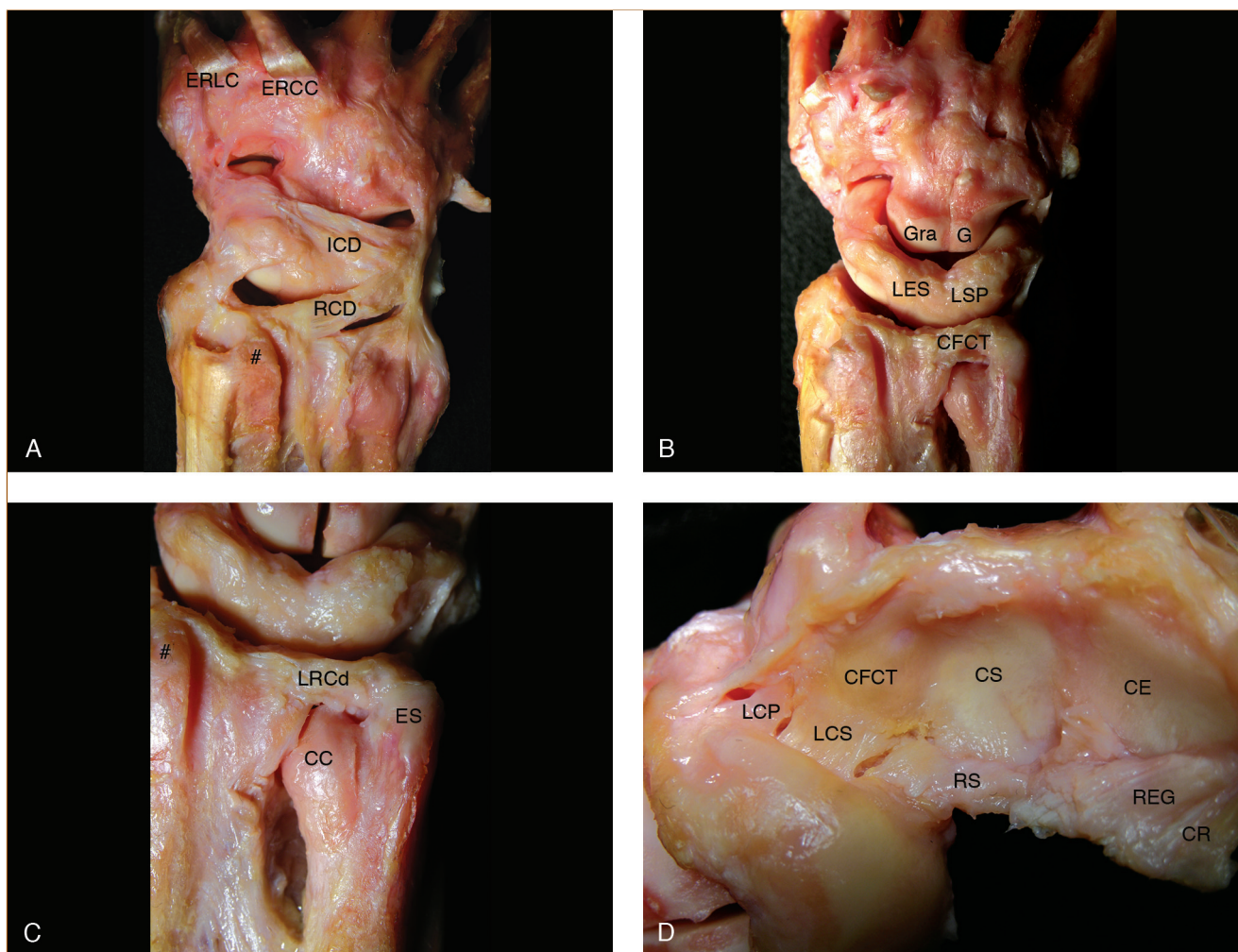


Figura 4 Fotografías de la disección anatómica de una muñeca derecha. **A**, Vista dorsal de la muñeca derecha con el extensor radial largo del carpo (ERLC) y el segundo radial o extensor radial corto del carpo (ERCC) reflejados distalmente. Se identifican los ligamentos extrínsecos dorsales de la muñeca. El ligamento radiocarpiano dorsal (RCD) se origina en el labio dorsal del radio distal adyacente al tubérculo radial dorsal (el tubérculo de Lister, señalado con #). Atraviesa la articulación radiocarpiana oblicuamente para insertarse en el semilunar y el piramidal. El ligamento intercarpiano dorsal (ICD) sale del piramidal y se inserta en el grande, el escafoides distal y el trapezoide. **B**, Vista dorsal de la muñeca derecha tras resección de los ligamentos extrínsecos. Puede apreciarse la cara dorsal del complejo fibrocartilaginoso triangular (CFCT), el ligamento radiocubital dorsal. El ligamento escafosemilunar (LES) y el ligamento semilunopiramidal (LSP) estabilizan la fila proximal del carpo. En la fila distal del carpo se reconocen el grande (Gra) y el ganchoso (G). **C**, Vista dorsal de la articulación radiocubital distal (ARCD). El cúbito distal se articula con el radio distal en la ARCD, en la que la superficie articular del radio (fosa sigmoidea) tiene mayor radio de curvatura que la de la cabeza del cúbito (CC). La ARCD está constreñida por los ligamentos radiocubitales distales dorsal y palmar (no mostrados). Los ligamentos radiocubitales distales (LRCd) son componentes del CFCT. Se identifica el tubérculo de Lister (señalado con #) a modo de referencia. ES: estiloides cubital. **D**, Vista directa de la superficie articular del radio distal derecho y la articulación cubitocarpiana, con el carpo reflejado en dirección palmar y cubital. La carilla articular del escafoides (CE) y la carilla del semilunar (CS) en el radio distal están separadas por el reborde escafosemilunar. Los ligamentos palmares extrínsecos se originan en el radio distal e incluyen el ligamento colateral radial (CR), el ligamento radioescafoide (REG) y el ligamento radiosemilunar (RS). Los componentes del CFCT son el homólogo meniscal central, los ligamentos radiocubitales dorsal y palmar (no mostrados), el ligamento cubitosemilunar (LCS), el ligamento cubitopiramidal (LCP) y el suelo de la vaina del extensor cubital del carpo (no mostrado). (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

2. Los ligamentos intrínsecos de la muñeca son el ligamento escafosemilunar y el ligamento semilunopiramidal (Figura 4, B).

a. El ligamento escafosemilunar tiene forma de C en el plano sagital. La parte más gruesa y resistente es el tercio dorsal.

b. La parte más gruesa del ligamento semilunopiramidal es la palmar.

C. Complejo fibrocartilaginoso triangular

1. El complejo fibrocartilaginoso triangular está formado por el homólogo meniscal central, los ligamentos radiocubitales dorsal y palmar, el suelo de

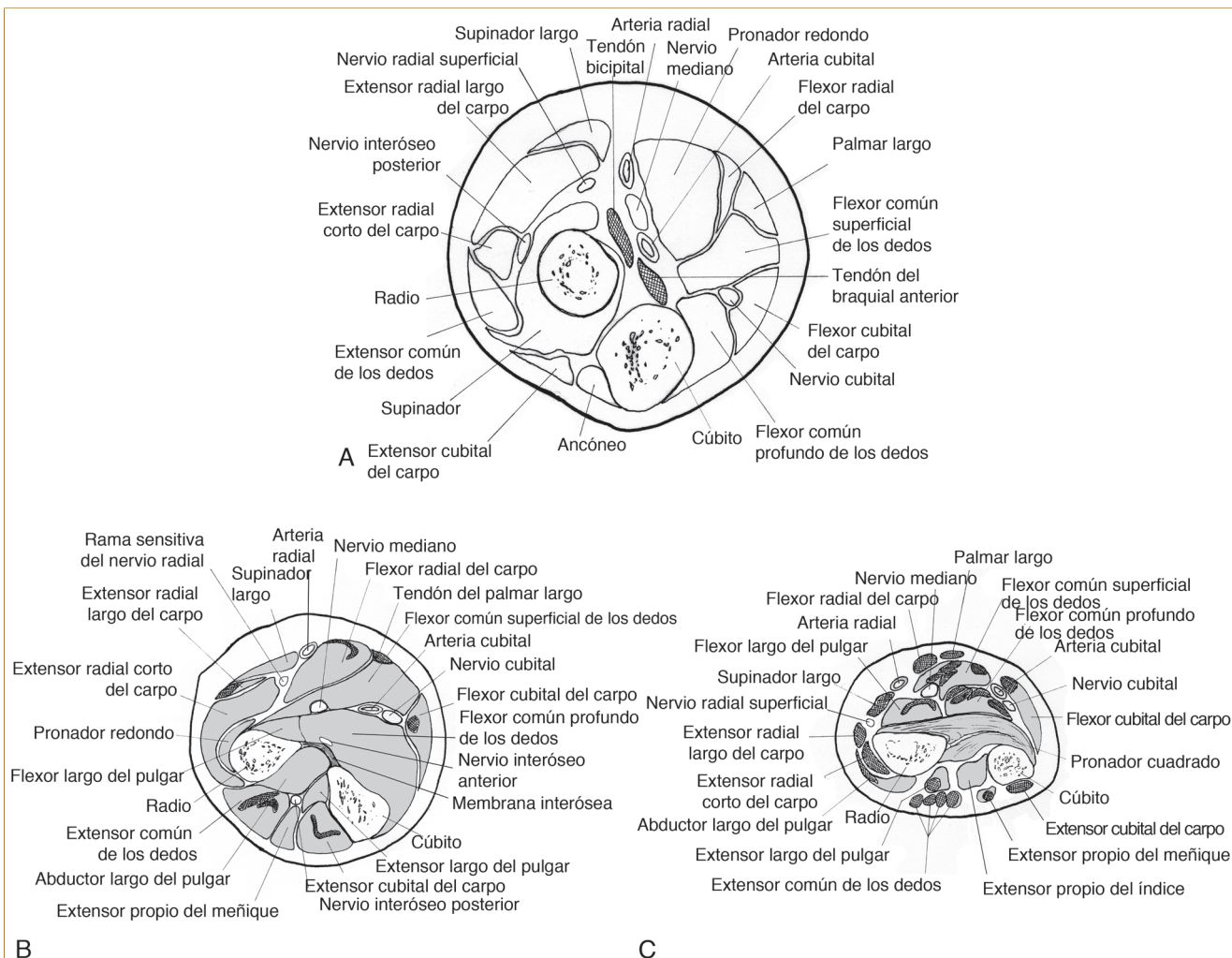


Figura 5 Ilustraciones que representan las estructuras anatómicas observadas en un corte transversal a nivel de los tercios proximal (A) medio (B) y distal (C) del antebrazo. (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCS; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

la vaina del tendón del extensor cubital del carpo y los ligamentos cubitocarpianos palmares (Figura 4, C y D).

2. El complejo fibrocartilaginoso triangular sale del borde radial del radio distal y se inserta en la base de la estiloides cubital y el cúbito distal mediante el ligamento triangular.
3. Los ligamentos radiocubitales dorsal y palmar son los estabilizadores principales de la articulación radiocubital distal.
4. Sólo el 10%-40% periférico del complejo fibrocartilaginoso triangular palmar, cubital y dorsal tiene un aporte vascular propio.

D. Cinemática del carpo

1. La fila proximal del carpo no tiene inserciones musculares ni tendinosas y es un segmento intercalar.
2. Con la desviación cubital, la fila proximal se extiende en relación con el antebrazo y con la fila

distal. Con la desviación radial, la fila proximal se flexiona en relación con el antebrazo y con la fila distal.

3. Con la carga axial sobre la muñeca en posición neutra, aproximadamente el 80% de las fuerzas se transmiten al radio distal (60% sobre la carilla articular del escafoides y 40% sobre la del semilunar), y el 20%, al cúbito distal.
4. Con flexión de la muñeca, el 60% de la movilidad es mediocarpiana y el 40% radiocarpiana. Con extensión de la muñeca, el 33% de la movilidad es mediocarpiana y el 66% es radiocarpiana.

VIII. Antebrazo

A. En la Figura 5 se muestran secciones transversales por las zonas proximal, media y distal del antebrazo.

B. Componentes óseos/membrana interósea

Tabla 7

Musculatura dorsal del antebrazo y la muñeca

Músculo	Origen	Inserción	Inervación
Compartimento posterior			
Supinador largo	Cresta supracondílea superior	Estiloides radial	Nervio radial
Primer radial	Cresta supracondílea inferior	Base del segundo metacarpiano	Nervio radial
Segundo radial	Epicóndilo, ligamento anular del codo	Base del tercer metacarpiano	Rama superficial del nervio radial: 25% Nervio interóseo posterior: 45% Nervio radial: 30%
Extensores superficiales			
Ancóneo	Parte posterior del epicóndilo	Cúbito lateral-dorsal	Nervio radial
Extensor cubital del carpo	Por dentro del extensor común en borde cubital superior	Base del quinto metacarpiano	Nervio interóseo posterior
Extensor propio del meñique	Origen del extensor común	Aparato extensor del meñique	Nervio interóseo posterior
Extensor común de los dedos	Origen del extensor común	Aparato extensor digital	Nervio interóseo posterior
Extensores profundos			
Supinador	Epicóndilo, ligamento anular del codo, ligamento colateral cubital lateral	Radio proximal anterior	Nervio interóseo posterior
Abductor largo del pulgar	Radio	Base del primer metacarpiano, músculo trapecio tenar (varía)	Nervio interóseo posterior
Extensor corto del pulgar	Ligamento interóseo y/o radio	Falange proximal del pulgar, expansión extensora (varía)	Nervio interóseo posterior
Extensor largo del pulgar	Cúbito	Falange distal del pulgar	Nervio interóseo posterior
Extensor propio del índice	Cúbito y ligamento interóseo	Aparato extensor del índice	Nervio interóseo posterior

1. El radio y el cúbito están estabilizados por las articulaciones radiocubitales proximal y distal y por el ligamento interóseo, que es importante para la transferencia de las fuerzas compresivas de la muñeca al codo. La membrana interósea va en sentido distal-cubital a proximal-radial.

2. El complejo del ligamento interóseo está formado por tres partes: el ligamento interóseo propiamente dicho (ligamento central), la banda interósea proximal y las bandas accesorias.

C. Musculatura dorsal/extensora del antebrazo y la muñeca

1. Se divide en tres grupos: el compartimento posterior, los músculos extensores superficiales y los músculos extensores profundos (Tabla 7)

2. En la muñeca hay seis compartimentos osteofibrosos sinoviales dorsales por debajo del retináculo extensor.

a. Primer compartimento extensor: abductor largo del pulgar y extensor corto del pulgar.

- Abductor largo del pulgar: está en situación palmar y radial respecto del extensor

corto del pulgar. Puede tener una o múltiples cintillas; en alrededor del 70% de las muñecas tiene dos cintillas. El abductor largo del pulgar tiene numerosas inserciones en el oponente del pulgar, el abductor corto del pulgar y el trapecio.

- Extensor corto del pulgar: sólo tiene una cintilla; puede estar situado en su propio subcompartimento; se encuentra aproximadamente en el 30% de las muñecas. Los primeros tendones extensores dorsales cruzan a los del segundo compartimento aproximadamente 7 cm por encima del pliegue de la muñeca.

b. Segundo compartimento extensor: primer radial y extensor radial corto del carpo.

c. Tercer compartimento extensor: extensor largo del pulgar; extiende y aproxima el pulgar.

d. Cuarto compartimento extensor: extensor común de los dedos y extensor propio del índice.

- El origen del extensor propio del índice es más profundo que el del extensor común de los dedos y su vientre muscular se prolon-

Tabla 8

Musculatura palmar/flexora del antebrazo y la muñeca

Músculo	Origen	Inserción	Inervación ^a
Estrato superficial (todos cruzan la articulación del codo)			
Pronador redondo	Cabeza superficial: 1 cm distal a la cresta supracondílea y en la epitroclea Cabeza profunda: coronoideos medial distal al tubérculo sublimb ^b	Radio mediolateral	Nervio mediano
Flexor radial del carpo	Epitroclea	Base del segundo y el tercer metacarpianos	Nervio mediano
Palmar largo ^c	Epitroclea	Aponeurosis palmar	Nervio mediano
Flexor común superficial de los dedos	Epitroclea, tubérculo sublimb, radio anterior	Base de la segunda falange (dedos ^d)	Nervio mediano
Flexor cubital del carpo	Cabeza humeral: epitroclea Cabeza cubital: cúbito posterointerno	Pisiforme, ligamento pisoganchoso	Nervio cubital
Estrato profundo (ninguno cruza la articulación del codo)			
Flexor común profundo de los dedos	Cúbito anterointerno, ligamento interóseo	Base de la tercera falange (dedos)	Nervio interóseo anterior, nervio cubital
Flexor largo del pulgar	Radio anterior, ligamento interóseo	Base de la segunda falange del pulgar	Nervio interóseo anterior
Pronador cuadrado	Cúbito distal	Radio palmar	Nervio interóseo anterior

^aEl nervio mediano puede transitar distalmente entre el flexor común superficial y el profundo; habitualmente en el epimisio del flexor común superficial y ocasionalmente dentro del propio músculo.

^bLa cabeza profunda (cubital) del pronador redondo separa la arteria cubital (profunda) del nervio mediano (superficial). Está ausente aproximadamente en el 6% de las muñecas.

^cEl palmar largo está ausente unilateralmente en cerca del 15% de las muñecas y bilateralmente en el 7%.

^dLa presencia de flexor superficial en el meñique varía.

ga en su mayoría distalmente. El extensor propio del índice se localiza en situación más cubital que el ramal correspondiente al índice del extensor común de los dedos.

- En el 55% de las muñecas, aproximadamente, hay dos tendones del extensor del meñique, sin que haya tendón del extensor común de los dedos para el meñique. La segunda forma de presentación más común es que haya un tendón del extensor propio del meñique y otro del extensor común de los dedos para el meñique.

e. Quinto compartimento extensor: extensor del meñique; este compartimento fibroso está sobre la articulación radiocubital distal.

f. Sexto compartimento extensor: extensor cubital del carpo; estabilizado por el retináculo extensor y un subcompartimento, el ligamento yugal.

D. Musculatura palmar/flexora del antebrazo y la muñeca

1. Puede dividirse en dos grupos: la capa superficial y la capa profunda.
2. En la **Tabla 8** se recogen los músculos de la zona palmar del antebrazo y la muñeca.

IX. Anatomía vascular de la mano, la muñeca y el antebrazo

A. Arterias (Figura 6)

1. Arteria humeral.

- a. La arteria humeral está situada por fuera del nervio mediano en la fosa antecubital.
- b. Los puntos de origen de sus ramas radial, cubital y recurrente radial son variables.

2. Arteria radial: se localiza en el espacio entre el supinador largo y el flexor radial del carpo en el antebrazo distal, donde se divide en una rama palmar y otra dorsal.

- a. La rama palmar discurre sobre la superficie palmar del tendón del flexor radial del carpo y penetra en la musculatura de la eminencia tenar para contribuir al arco palmar superficial.
- b. La rama dorsal pasa más profundamente respecto a los tendones del abductor largo del pulgar y el extensor corto del pulgar en la tabaquera anatómica, separa las dos cabezas del primer interóseo dorsal y da la rama principal del pulgar y una rama para el arco palmar profundo.

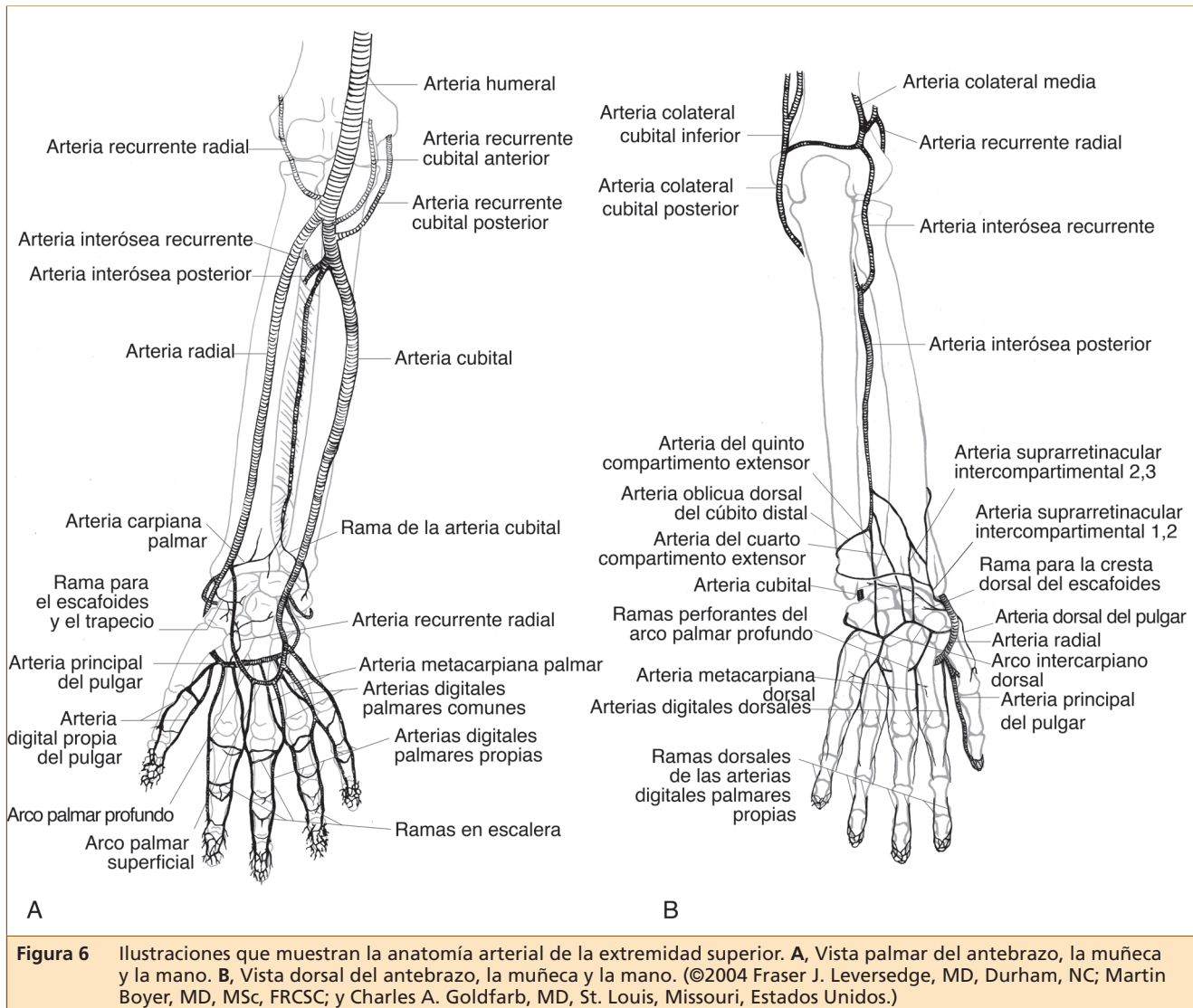


Figura 6 Ilustraciones que muestran la anatomía arterial de la extremidad superior. **A**, Vista palmar del antebrazo, la muñeca y la mano. **B**, Vista dorsal del antebrazo, la muñeca y la mano. (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

3. Arteria cubital.

- La arteria cubital pasa por debajo del pronador redondo en el antebrazo proximal. Continúa más lateral respecto al nervio cubital en todo el antebrazo en el túnel cubital distal o canal de Guyon.
- La arteria cubital se divide en la rama carpiana palmar y otra rama para el arco palmar superficial.

B. Arcos

1. Arco palmar superficial.

- Se sitúa aproximadamente al nivel de la línea cardinal de Kaplan de la palma en posición superficial respecto al nervio mediano.
- Se encuentra un arco palmar superficial completo en el 84% de las manos. Da origen a la arteria digital propia del meñique y a las arterias palmares comunes, que se dividen en arterias propias de los dedos, que continúan

por los lados radial o cubital de sus respectivos dedos.

2. Arco palmar profundo.

- El arco palmar profundo está situado más proximal que el superficial.
- El arco palmar profundo da origen a la arteria propia del índice y, usualmente, a la del pulgar (arteria principal del pulgar).

X. Nervios de la mano, la muñeca y el antebrazo

A. Los nervios de la mano, la muñeca y el antebrazo se originan como ramas terminales del plexo braquial (Figura 7)

B. Nervio radial (Figura 8)

- El nervio radial sale del fascículo posterior del plexo braquial (C5-C8; ± T1).

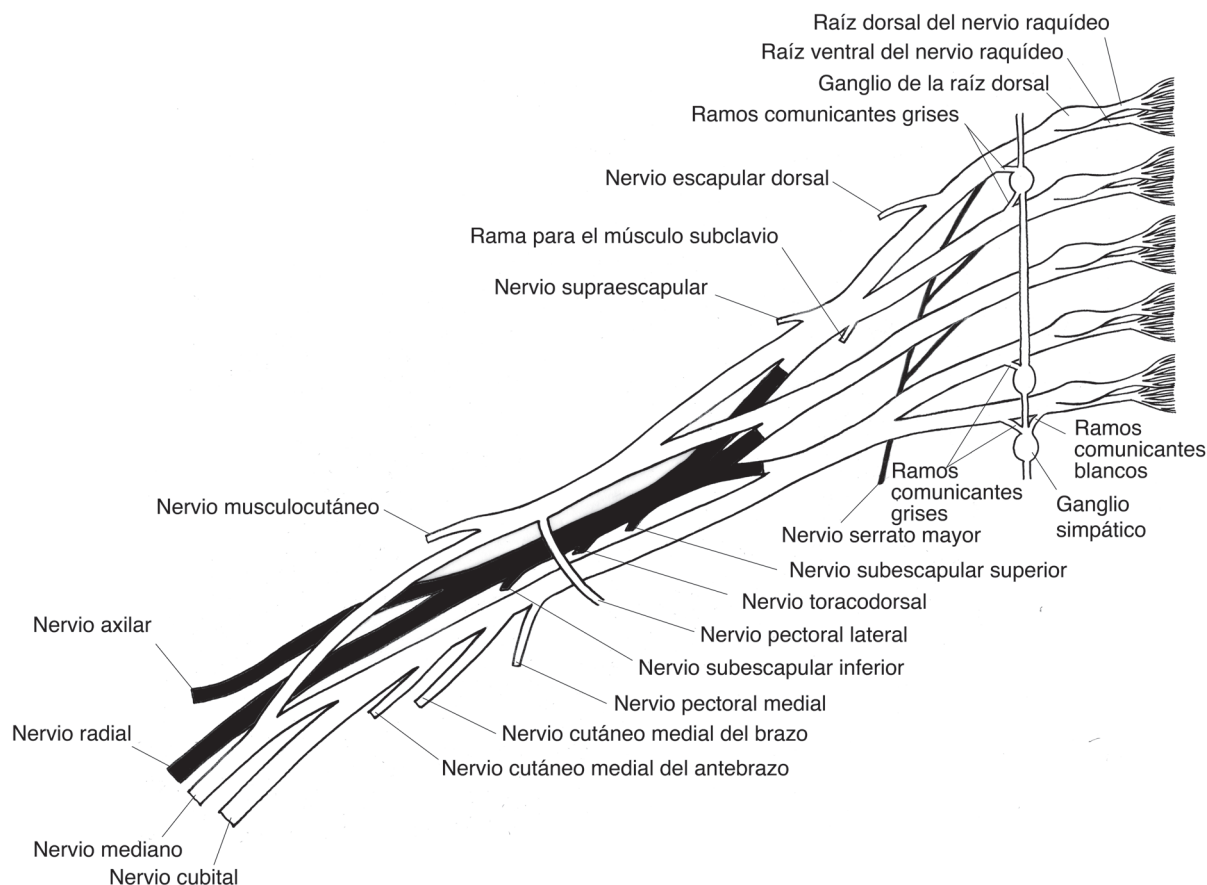


Figura 7 Ilustración del plexo braquial del brazo derecho. (©2004 Fraser J. Liversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

2. Pasa por delante del epicóndilo, por debajo de los músculos supinador largo y extensor radial del carpo y se divide en la rama superficial del nervio radial y el nervio interóseo posterior.
 3. La rama superficial del nervio radial desciende por el antebrazo por debajo del músculo supinador largo para atravesar la aponeurosis cubital profunda por dentro del tendón de dicho músculo aproximadamente 7 cm proximal a la estiloides radial para recoger la sensibilidad de la parte dorsal-radial de la mano.
 4. El músculo extensor radial corto del carpo o segundo radial puede estar inervado por el nervio radial, la rama superficial del nervio radial o el nervio interóseo posterior.
 5. El nervio interóseo posterior discurre perpendicularmente al supinador y pasa entre el abductor largo del pulgar/extensor cubital del carpo (profundamente) y el extensor del meñique/extensor común de los dedos (superficialmente).
 6. El nervio interóseo posterior se arboriza en tres ramas para el extensor cubital del carpo, el extensor del meñique y el extensor común de los dedos y en dos ramas más largas para el abductor largo del pulgar, el extensor largo del pulgar, el extensor corto del pulgar y el extensor propio del índice.
 7. El orden clásico de reinervación tras una lesión del nervio interóseo posterior es: extensor cubital del carpo, extensor común de los dedos, extensor del meñique, abductor largo del pulgar, extensor largo del pulgar, extensor corto del pulgar y extensor propio del índice.
 8. La arcada de Fröhse es el borde fibroso proximal del supinador corto y puede ser una de las zonas de compresión nerviosa.
 9. El nervio interóseo posterior inerva los músculos extensores del antebrazo y discurre distalmente y por debajo del cuarto compartimento hasta dar la rama interósea posterior, que termina como nervio aferente para la cara dorsal de la cápsula de la muñeca.
- C. Nervio cubital (Figura 9)**
1. El nervio cubital sale del fascículo medial del plexo braquial (C8-T1, ± C7).
 2. Pasa del compartimento posterior del brazo al compartimento anterior del antebrazo a través del túnel cubital.

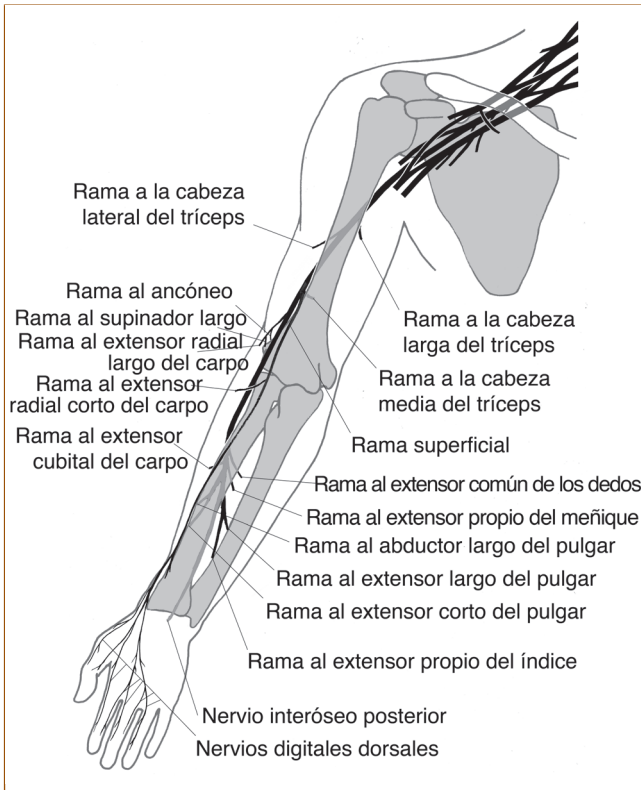


Figura 8 Ilustración que representa el recorrido y las ramificaciones del nervio radial en la extremidad superior derecha. (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

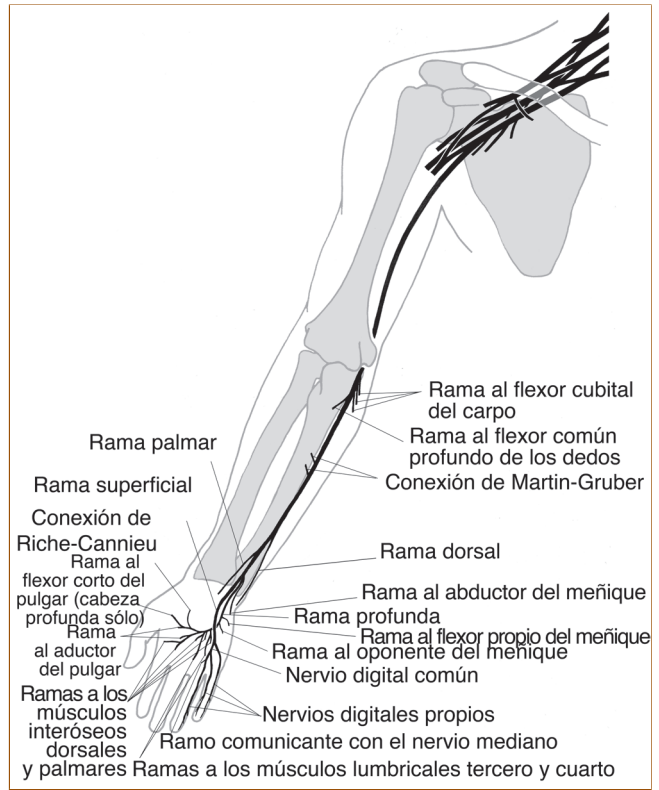


Figura 9 Ilustración que representa el recorrido y las ramificaciones del nervio cubital en la extremidad superior derecha. (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

3. El túnel osteofibroso cubital está bordeado por la escotadura cubital de la epitróclea, una arcada aponeurótica que va de la epitróclea al olécranon y conecta las cabezas humeral y cubital del origen del flexor cubital del carpo y sus dos vientres musculares. El nervio pasa por encima del ligamento colateral cubital.
4. Las ramas para el músculo flexor cubital del carpo pueden salir a 4 cm por encima de la articulación del codo en el interior del túnel cubital.
5. El nervio cubital discurre en el antebrazo entre el flexor cubital del carpo y el flexor común superficial de los dedos antes de hacerse más superficial por fuera del tendón del flexor cubital del carpo.
6. El nervio cubital está en posición medial y dorsal respecto a la arteria cubital.
7. En la muñeca, el nervio cubital es un 45% motor y un 55% sensitivo.
8. El túnel cubital distal o canal de Guyon comprende tres zonas:
 - a. Zona 1: comienza en el borde proximal del ligamento carpiano palmar y acaba tras la bifurcación del nervio, aproximadamente 1 cm distal al pisiforme. Está en situación dorsal al

ligamento carpiano palmar y palmar al ligamento carpiano transversario. La arteria cubital se bifurca más distalmente respecto al nervio cubital.

- b. Zona 2: el techo corresponde al palmar menor; el suelo está formado por los ligamentos pisoganchoso y pisometacarpiano. La rama motora profunda rodea la apófisis unciforme del ganchoso y discurre entre los músculos abductor del meñique y flexor propio del meñique, a los que inerva. Después, atraviesa el oponente del meñique y sigue al arco palmar profundo para inervar los músculos interóseos, lumbricales tercero y cuarto, aductor del pulgar y flexor corto del pulgar.
 - c. Zona 3: incluye la rama sensitiva, que se mantiene superficial. Inerva al músculo palmar menor y recoge la sensibilidad del meñique y de la cara cubital del anular.
- D. Nervio mediano (Figura 10)**
1. El nervio mediano sale de los fascículos medial y lateral del plexo braquial (C5-T1).
 2. Alcanza el antebrazo entre las cabezas cubital y humeral del pronador redondo y se dirige hacia abajo entre los músculos flexor común superficial

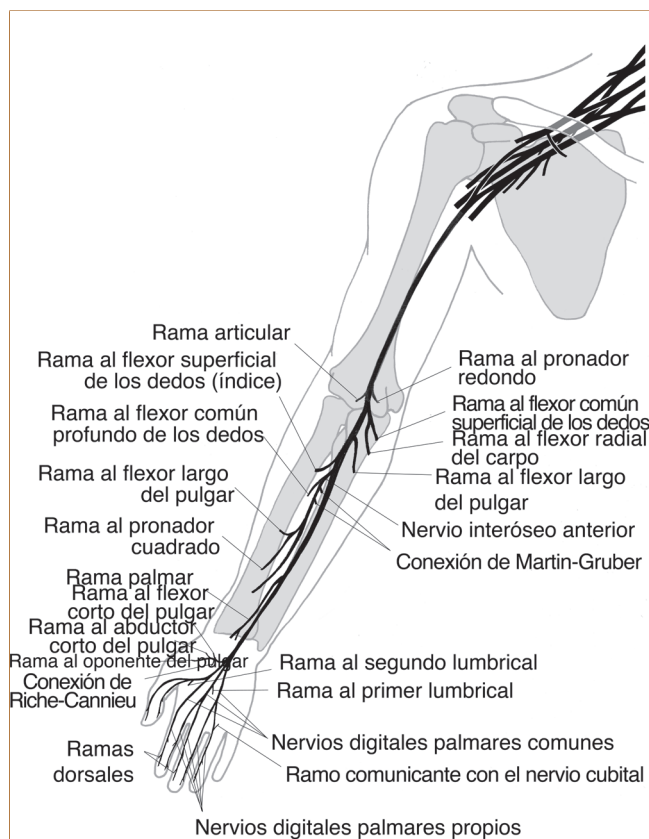


Figura 10 Ilustración que representa el recorrido y las ramificaciones del nervio mediano en la extremidad superior derecha. (©2004 Fraser J. Leversedge, MD, Durham, NC; Martin Boyer, MD, MSc, FRCSC; y Charles A. Goldfarb, MD, St. Louis, Missouri, Estados Unidos.)

y flexor común profundo de los dedos, aunque en ocasiones está en el interior del propio músculo flexor común superficial.

3. Está separado de la arteria cubital (más profunda) por la cabeza profunda del pronador redondo en el antebrazo proximal.
4. El nervio interóseo anterior se ramifica inmediatamente distal al arco del flexor común superficial de los dedos e inerva el flexor común profundo de los dedos (dedos índice y medio), el flexor largo del pulgar y el pronador grande.
5. El nervio interóseo anterior pasa dorsalmente al músculo pronador grande con la arteria interósea anterior y aporta inervación aferente a la cara palmar de la cápsula de la muñeca.
6. La rama cutánea palmar del nervio mediano sale aproximadamente 5 cm proximal al surco palmar de la muñeca y recorre un trayecto de unos 2 cm por el epineuro del nervio mediano. La rama cutánea palmar va por el espacio entre el palmar largo y el flexor radial del carpo interval hasta que se hace superficial al ligamento transversal del carpo para aportar inervación sensitiva a la eminencia tenar.

7. En el túnel carpiano, el nervio mediano es un 94% sensitivo y un 6% motor.
8. Se han descrito variantes en la rama motora recurrente, pero lo habitual es que inerve el abductor corto del pulgar, el flexor corto del pulgar y el oponente del pulgar.
9. El nervio mediano se ramifica en las divisiones externa e interna.
10. La división externa se ramifica en el nervio digital común para el pulgar (que se divide en los nervios digitales propios del pulgar) y el nervio digital propio del índice. El nervio digital del pulgar cruza la vaina de los flexores oblicuamente en la región de la polea A1 en sentido proximal-cubital a distal-radial, por lo que hay riesgo de lesión inadvertida durante la liberación de la polea A1 o del pulgar en gatillo.
11. La división interna se ramifica en los nervios digitales comunes para los espacios interdigitales segundo y tercero.
12. Los músculos lumbricales primero y segundo están inervados por ramas de los nervios digitales comunes.
13. Los nervios digitales comunes están en situación dorsal al arco palmar superficial y palmar a los tendones flexores.
14. Los nervios digitales propios están en situación palmar a las arterias digitales al nivel de los cuellos de los metacarpianos.

E. Otras estructuras

1. Túnel carpiano: está delimitado por las siguientes estructuras.
 - a. Suelo: huesos del carpo y ligamentos radiocarpianos palmares.
 - b. Techo: ligamento transversal del carpo, que va desde el pisiforme y la apófisis unciforme del ganchoso al tubérculo del escafoide y la cresta del trapecio.
 - c. Borde radial: escafoide y trapecio.
 - d. Borde cubital: piramidal y ganchoso.
2. Interconexión de Martin-Gruber.
 - a. Unión entre el nervio mediano y el cubital en el tercio proximal del antebrazo proximalmente a la salida del nervio interóseo anterior o distalmente en el músculo flexor común profundo de los dedos entre el nervio cubital y el nervio interóseo anterior.
 - b. Está presente en aproximadamente el 15% de las personas.
3. Interconexión de Riche-Cannieu.
 - a. Unión entre el nervio mediano y el cubital en el interior del músculo flexor corto del pulgar.
 - b. Está presente en aproximadamente el 50%-77% de las personas.

Puntos clave a recordar

1. Las bandas laterales conjuntas están estabilizadas por el ligamento triangular, que impide la subluxación palmar, y el ligamento retinacular transverso, que impide la subluxación dorsal.
2. Las poleas A2 y A4 son las más importantes para la eficiencia biomecánica del sistema de poleas retinaculares de los flexores de los dedos.
3. El nervio radial digital del pulgar, dado su recorrido oblicuo sobre la polea A1, está en riesgo durante la liberación del pulgar en gatillo en adultos y niños.
4. Los músculos lumbricales están situados palmarmente al ligamento intercarpiano transverso profundo, mientras que los interóseos están en posición dorsal respecto a dicho ligamento.
5. Los tendones del extensor propio del índice y del extensor propio del meñique se localizan característicamente en situación cubital a los tendones del extensor común de los dedos para el índice y el meñique, respectivamente. El extensor propio del índice se identifica en la muñeca por tener el vientre muscular más distal que los tendones del extensor común de los dedos en el cuarto compartimento dorsal.
6. La orientación de las fibras de la membrana interósea va de distal-cubital a proximal-radial. Este dato ha de considerarse en la reconstrucción del antebrazo con inestabilidad longitudinal o una lesión de Essex-Lopresti.
7. El orden clásico de reinervación tras una lesión del nervio interóseo posterior es, de proximal a distal: extensor cubital del carpo, extensor común de los dedos, extensor del meñique, abductor largo del pulgar, extensor largo del pulgar, extensor corto del pulgar y extensor propio del índice.
8. El nervio cubital va en situación más medial y dorsal a la arteria cubital al nivel de la muñeca.
9. La cabeza profunda del pronador redondo separa la arteria cubital (más profunda) del nervio mediano (más superficial).
10. El flexor común profundo de los dedos y el pronador cuadrado pueden considerarse como subcompartimentos anatómicos en el antebrazo palmar.

Bibliografía

DiFelice A Jr, Seiler JG III, Whitesides TE Jr: The compartments of the hand: An anatomic study. *J Hand Surg Am* 1998;23(4):682-686.

Green DP, Hotchkiss RN, Pederson WC, Wolff SW: *Green's Operative Hand Surgery*, ed 5. Philadelphia, PA, Elsevier, 2005.

Hoppenfeld S, deBoer P: *Surgical Exposures in Orthopaedics: The Anatomic Approach*, ed 2. Philadelphia, PA, JP Lippincott, 1994.

Leversedge FJ, Goldfarb CA, Boyer MI: *A Pocketbook Manual of Hand and Upper Extremity Anatomy: Primus Manus*. Philadelphia, PA, Wolters Kluwer-Lippincott Williams & Wilkins, 2010.

Schmidt HM, Lanz U: *Surgical Anatomy of the Hand*. Thieme, 2004.

Seiler JG III: *Essentials of Hand Surgery*. Philadelphia, PA, Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

Smith RJ: Intrinsic muscles of the fingers: Function, dysfunction, and surgical reconstruction. *Instr Course Lect* 1975;24:200-220.

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/340270454>

Artroscopia del codo

Article in EMC - Técnicas Quirúrgicas - Ortopedia y Traumatología · March 2020

DOI: 10.1016/S2211-033X(20)43429-2

CITATIONS

0

READS

1,036

3 authors:



Pierre Mansat

Paul Sabatier University - Toulouse III / Toulouse University Hospital

387 PUBLICATIONS 3,258 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



S. Delclaux

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

65 PUBLICATIONS 321 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Nicolas Bonneville

Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse

266 PUBLICATIONS 1,980 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Revision of 100 arthroscopic Latarjet [View project](#)



radial head prosthesis [View project](#)



Artroscopia del codo

P. Mansat, S. Delclaux, N. Bonneville

Resumen: Desde hace más de 30 años, la artroscopia del codo continúa desarrollándose. La técnica ha evolucionado, especialmente con el uso de nuevas vías de acceso (portales). Aunque la tendencia inicial era utilizar cuatro portales (dos anteriores y dos posteriores), la ampliación de las indicaciones ha llevado a la mayoría de los cirujanos a aumentar su número. El objetivo es asociar a la vía clásica instrumental una vía complementaria para la introducción de separadores. Los portales con más riesgos son los anteriores. Cuanto más proximales son en relación con el epicóndilo, a mayor distancia están de las estructuras neurovasculares. En conjunto, los portales posteriores son relativamente seguros, y los elementos vasculonerviosos están a suficiente distancia de los puntos de entrada. Las indicaciones más clásicas son la extracción de cuerpos extraños, la osteocondritis disecante, la patología sinovial, la artrólisis quirúrgica, la artrosis de codo y el conflicto posteromedial, y el tratamiento de la epicondilitis lateral. Otras indicaciones son menos frecuentes o están en vía de validación, como el tratamiento de algunas fracturas articulares o de la inestabilidad posterolateral del codo. La liberación del nervio cubital o los procedimientos extraarticulares de bursectomía preolecránica y de reinserción de los tendones del bíceps o del tríceps también se pueden realizar bajo control endoscópico. La tasa de complicaciones ligadas a esta técnica se sitúa alrededor del 10-12%, de las cuales un 4% son por afectación neurológica.

© 2020 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Artroscopia del codo; Vías de acceso; Nervio; Separadores; Complicaciones

Plan

■ Introducción	1
■ Anestesia	2
■ Profilaxis antibiótica	2
■ Instrumentación	2
■ Colocaciones	2
Decúbito lateral	2
Decúbito prono	2
Decúbito supino con tracción vertical del antebrazo	2
Decúbito dorsal con antebrazo sobre el abdomen	2
■ Vías de acceso	2
Vías anterolaterales	2
Portales anteromediales	4
Vías posteriores	5
■ Gestión del sistema de irrigación	6
■ Uso de separadores	6
■ Técnica de los autores de este artículo para la artroscopia del codo	6
■ Indicaciones	7
Indicaciones habituales	7
Indicaciones menos frecuentes	9
Indicaciones experimentales	10
■ Complicaciones	10

■ Conclusión

10

■ Introducción

La artroscopia del codo ha seguido desarrollándose desde las primeras experiencias presentadas por la Société Française d'Arthroscopie (SFA) en 1995. Este impulso se había confirmado ya en el simposio de la SFA de 2005 [1]. Durante este último simposio, se describió la técnica de la artroscopia del codo: instalación preferentemente en decúbito lateral, identificación de los relieves óseos, distensión articular con suero fisiológico, uso de irrigación por gravedad o con artrobomba con una presión que no supere los 30 mmHg, dos portales anteriores y dos o tres portales posteriores. Gracias al dominio de la técnica, también han evolucionado las indicaciones. En 2002, Kelberine [2] clasificó las indicaciones en tres categorías. Las indicaciones establecidas y validadas se referían a la extracción de cuerpos extraños intraarticulares, el tratamiento de la osteocondritis disecante, los procedimientos de sinovectomía y el tratamiento del conflicto posterolateral. Posteriormente existían indicaciones relativas aún no validadas como las artrólisis del codo, el tratamiento del conflicto posteromedial y los procedimientos extraarticulares de bursectomía. Por último, existían indicaciones

aún experimentales como el tratamiento de la epicondilitis lateral y la osteosíntesis de fracturas articulares del codo. ¿Cómo evolucionó la técnica quirúrgica hasta 2019?

■ Anestesia

La artroscopia del codo se puede realizar bajo anestesia locorregional o anestesia general. La anestesia general puede ser de elección por varias razones: permite una relajación muscular completa; al contrario que con la anestesia locorregional, es posible el examen neurológico al despertar el paciente; por último, en las cirugías largas, la presión del torniquete se tolera con más facilidad. A pesar de estas consideraciones, un bloqueo interescaletánico o un bloqueo axilar pueden ser una opción alternativa. También se puede utilizar la anestesia locorregional en el postoperatorio para el control del dolor tras asegurarse de la adecuada recuperación neurológica del paciente. Sin embargo, esto impide la vigilancia de la aparición de un posible síndrome compartimental en el postoperatorio.

■ Profilaxis antibiótica

La profilaxis antibiótica se propone durante la realización de una cirugía del codo. En efecto, el codo es una articulación superficial próxima a la piel. El riesgo de complicación infecciosa es mayor al nivel del codo que en otras articulaciones. En el preoperatorio inmediato se administra por vía intravenosa una dosis de una cefalosporina de segunda generación dentro de los 30 minutos previos al inflado del torniquete. Tras artroscopia del codo, la tasa de infecciones superficiales y profundas se estima en el 2% y el 0,8%, respectivamente. Se ha comunicado la persistencia de un derrame o fístulas tras artroscopia del codo en el 5% de los casos. Estas fístulas aparecen esencialmente al nivel de los portales laterales, que son los más superficiales. Se recomienda el cierre de las vías de acceso mediante sutura.

■ Instrumentación

El equipo básico para la realización de una artroscopia de codo incluye: un artroscopio estándar de 4 mm con un ángulo de visión de 30°; una camisa de artroscopio adaptada y no una camisa que se utilice indistintamente para un artroscopio de 30 y 70°, ya que en este caso existe un riesgo de extravasación del líquido de irrigación en el tejido subcutáneo. Para la realización de los portales se debe utilizar preferentemente trocares romos. También son necesarios otros instrumentos, como cánulas intercambiables de 4,5 mm para artroscopio de 4 mm, un gancho, una pinza de prensión, una pinza «basket», un *shaver* o sinoviótomo motorizado e instrumentos de 4,5-5,5 mm para regularizar y fresar. Por último, debe haber sobre la mesa una aguja 18 G, un rotulador dermográfico, una jeringa de 50 ml, un sistema de conexión a la bolsa de irrigación, una hoja de bisturí del n.º 11, una pinza de hemostasia y un clavo de Wissinger o de Steinmann para realizar los portales desde dentro hacia fuera. También son útiles los separadores de tipo espátula para separar la cápsula y los músculos. También puede ser útil un electrodo bipolar, aunque se debe utilizar con precaución para evitar cualquier lesión de estructuras neurovasculares próximas a la cápsula articular. El sistema de irrigación se puede realizar mediante gravedad o utilizando una artrobomba, limitando la presión a 30 mmHg. Generalmente, se coloca un torniquete en la raíz del miembro.

■ Colocaciones

Se han descrito cuatro colocaciones: decúbito lateral, decúbito prono, decúbito dorsal con el antebrazo en tracción y decúbito dorsal con el antebrazo sobre el abdomen. Cada una de ellas presenta sus ventajas e inconvenientes.

Decúbito lateral

Se trata de la colocación preferida de los autores de este artículo (Fig. 1A). El antebrazo se coloca en pronación, y el codo flexionado a 90° reposa de forma estable sobre un apoyabrazos. Los apoyos púbicos y glúteos permiten estabilizar al paciente. El brazo sano se coloca a lo largo de la mesa, sobre un apoyo, con el hombro en abducción/rotación externa y el codo flexionado a 90°. Esta colocación no necesita un sistema particular de tracción; el codo se moviliza con facilidad y el acceso al compartimento posterior es fácil. Las estructuras neurovasculares se rechazan espontáneamente por el efecto de la gravedad y la distensión intraarticular. Por último, el anestesista tiene un fácil acceso a la cabeza del paciente.

La única desventaja, aparte de la necesidad de un apoyo para el brazo, es el riesgo de que el artroscopio haga tope contra el tórax del paciente durante la visualización del compartimento anterior. Para evitar este problema, se debe colocar al paciente al borde de la mesa, con el hombro en 90° de abducción, y el codo se debe colocar ligeramente más alto que el hombro.

Decúbito prono

Esta colocación se basa en el mismo principio de instalación con el codo flexionado a 90° que reposa sobre un apoyo (Fig. 1C). El codo está estable y el acceso los compartimentos anterior y posterior es satisfactorio. El inconveniente radica en el tipo de posición, que puede ser incómoda para el paciente, salvo en caso de anestesia general.

Decúbito supino con tracción vertical del antebrazo

Esta colocación necesita el uso de un sistema de tracción para asegurar una cierta distracción de la articulación (Fig. 1D). Los inconvenientes residen en la dificultad de estabilización del codo durante la artroscopia y la dificultad de acceder al compartimento posterior. Por último, en estos pacientes en tracción pueden resultar difíciles los movimientos de flexión-extensión.

Decúbito dorsal con antebrazo sobre el abdomen

El paciente se puede colocar en decúbito dorsal, con el miembro superior sobre su pecho y el codo flexionado a 90°. Esta posición, relativamente confortable para el paciente, es muy delicada para el cirujano, que necesita al menos dos ayudantes para estabilizar el codo durante la exploración, lo que compromete la realización de cirugías complejas y aumenta el riesgo de complicaciones.

■ Vías de acceso

Vías anterolaterales

Las vías de acceso anterolaterales son las de mayor riesgo de complicaciones neurológicas, con la proximidad del nervio radial y de la rama anterior del nervio cutáneo lateral del antebrazo (Fig. 2). Es preciso realizarlas

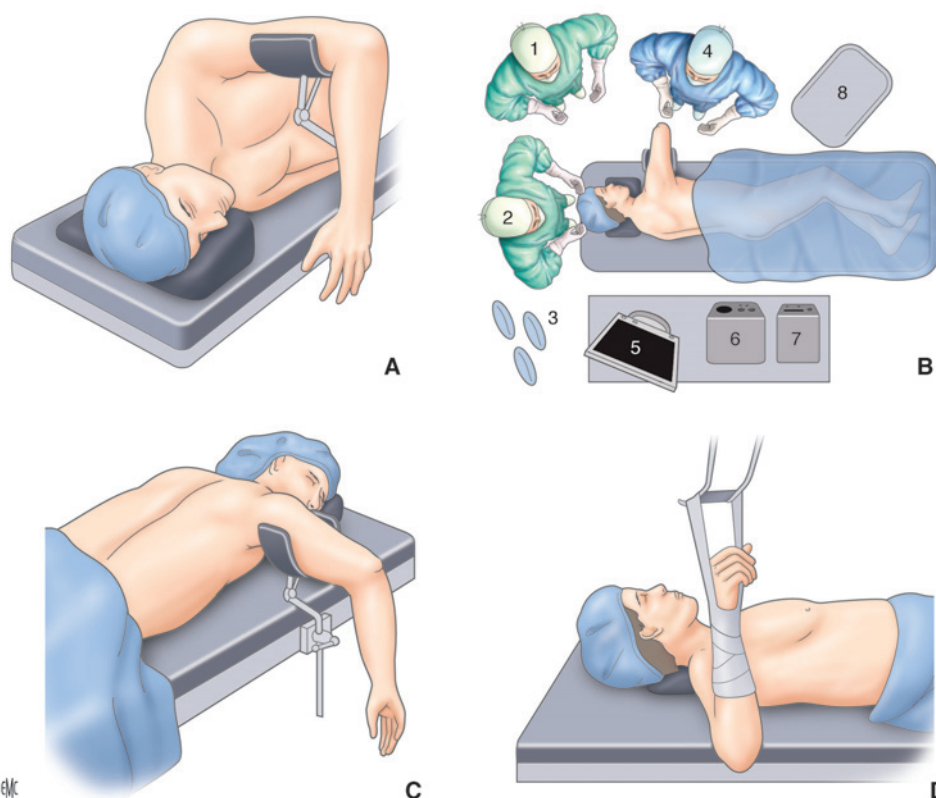


Figura 1. Diferentes tipos de instalación.

A. Decúbito lateral.

B. Colocación del equipo quirúrgico. 1. Ayudante; 2. anestesta; 3. bolsa de irrigación; 4. cirujano; 5. monitor; 6. luz y cámara; 7. DVD; 8. mesa de soporte.

C. Decúbito prono.

D. Decúbito supino.

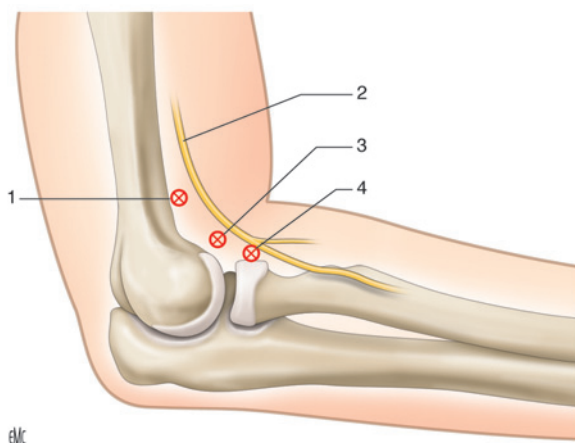


Figura 2. Relación del nervio radial (2) con los portales anterolaterales (proximal[1], medio[3] y distales[4]).

con el codo flexionado 90° y la articulación previamente distendida para desplazar hacia delante los elementos neurovasculares, alejando así estos últimos de los puntos de entrada y del artroscopio (Cuadro 1).

Distal

El punto de entrada inicial se sitúa 3 cm en distal y 1 cm por delante del epicóndilo lateral. Tras la incisión cutánea, la estructura que corre un mayor riesgo es la rama anterior del nervio cutáneo lateral del antebrazo. Ésta se encuentra en contacto con el artroscopio en el 43% de los casos y se sitúa en promedio a 7,6 mm del artroscopio.

Cuadro 1.

Portales anterolaterales y su relación con el nervio radial.

Portal anterolateral (distancia/epicóndilo lateral)	Distancia del nervio radial (codo flexionado 90°)
Distal [3] 3 cm distal y 1-2 cm anterior	3 mm y 9,1 mm
Medio [4] 1 cm directamente por delante	9,8 mm y 10,9 mm
Proximal [4, 5] 1-2 cm proximal	9,9 mm y 14,2 mm

pio. Más importante es la proximidad del nervio radial a este portal, que se sitúa a 3-9,1 mm del artroscopio con el codo en 90° de flexión. Un portal 3 cm en distal del epicóndilo lateral parece ser demasiado distal en muchos pacientes. El nervio interóseo posterior está relativamente fijo al nivel de la parte distal de la articulación y parece en peligro, incluso con el codo en flexión. El trocar atraviesa la masa muscular de los extensores, en particular el extensor radial corto del carpo. El objetivo es apuntar hacia el centro de la articulación del codo. Esta vía permite una buena visualización del compartimento anterior, excepto de la zona radiocondílea, donde asienta un gran número de patologías.

Medio

Este portal se sitúa 1 cm directamente por delante del epicóndilo lateral (Fig. 3). El nervio radial se sitúa a 9,8 mm de la entrada del artroscopio, con el codo flexionado a 90°, antes de la distensión intraarticular, y a 10,9 mm tras la distensión. El trocar atraviesa el extensor radial del carpo. Este portal permite una mejor visualización del



Figura 3. Portales anterolaterales medio (1) y proximal (2).

compartimento anterolateral que el portal más distal, pero menos importante que la del portal más proximal.

Proximal

Este portal se sitúa 1-2 cm proximal al epicóndilo lateral y, a continuación, al nivel de la superficie anterior del húmero (Fig. 3). El trocar romo se dirige hacia el centro de la articulación y permanece en contacto con la superficie ósea, pasando a través del músculo braquiorradial y de la parte distal del braquial anterior, para llegar a la cápsula. El nervio radial está aproximadamente al doble de distancia del artroscopio que al nivel del portal anterolateral distal. Se sitúa en promedio a entre 9,9-14,2 mm del artroscopio. Este portal no es únicamente más seguro que el portal anterolateral, sino que además permite una exploración más amplia de la articulación. Son accesibles la parte lateral y la parte medial de la articulación, así como la superficie anterior y lateral de la cabeza radial y el capitulum. Igualmente, es la vía de elección para la introducción de separadores en el compartimento anterior.

Portales anteromediales

Estos portales se pueden utilizar como portal inicial de exploración o como portal instrumental como complemento de un portal anterolateral. Se pueden realizar desde dentro hacia fuera o de fuera hacia dentro. Las estructuras en riesgo están representadas por la rama anterior del nervio cutáneo medial del antebrazo, el nervio mediano, la arteria braquial y el nervio cubital (Cuadro 2). Antes de realizar un portal medial, es indispensable eliminar cualquier subluxación anterior del nervio cubital durante la flexión del codo. Si el nervio cubital es inestable, es fundamental controlarlo antes de realizar el portal anteromedial. Esto se puede efectuar mediante la palpación, manteniendo este nervio en su correa durante la realización de la vía de acceso, o de forma más segura realizando un miniaquero sobre el nervio para visualizarlo y protegerlo durante la realización del portal, pero también durante los gestos artroscópicos en esta región anatómica (Fig. 4).

Distal

Este portal se sitúa 2 cm distal y 2 cm por delante del epicóndilo medial, y atraviesa el origen del flexor común de los dedos. A continuación, pasa por debajo del músculo braquial para penetrar en la articulación. Están particularmente expuestos la rama anterior del nervio cutáneo

Cuadro 2.

Portales anteromediales y su relación con los elementos neurovasculares.

Portal anteromedial (distancia/epicóndilo medial)	Distancia nervios y arterias (codo flexionado a 90°)
Distal [3] 2 cm distal y 2 cm anterior	6 y 14 mm del nervio mediano 15 mm de la arteria braquial 1 mm del NCMAB
Medio [6] 1 cm proximal y 1 cm anterior	11 y 22 mm del nervio mediano 25 mm del nervio cubital
Proximal [7] 1-2 cm proximal	12,4 y 22 mm del nervio mediano 18 mm de la arteria braquial 12 y 25 mm del nervio cubital 12,4 mm del NCMAB

NCMAB: nervio cutáneo medial del antebrazo.



Figura 4. Postales posteriores: 1. Posterior directo; 2. postero-lateral; 3. lateral; 4. cubital distal.

medial del antebrazo y el nervio mediano. Con el codo en extensión, el trocar entra en contacto con el nervio mediano en 56% de los casos. En flexión, el músculo braquial protege al nervio. En este caso se sitúa en promedio a 6-14 mm del trocar. Un punto de entrada 1 cm menos anterior se aleja del nervio mediano a una distancia en promedio de 18 mm. La arteria braquial es más medial y está protegida por el tendón del músculo braquial. Se sitúa en un promedio de entre 15 mm de la puerta de entrada y 26 mm si el punto de entrada es menos anterior de 1 cm. La rama anterior del nervio cutáneo medial del antebrazo se sitúa muy próxima al punto de entrada, en promedio alrededor de 1 mm, según los diferentes estudios cadavéricos. Esta vía ofrece una visión satisfactoria del compartimento humerorradial, cubito humeral, la fosita corioidea, el capitulum y la cápsula posterior.

Media

Esta vía se sitúa 1 cm en proximal y 1 cm por delante del epicóndilo medial (Fig. 5). El nervio mediano se sitúa en promedio a 22 mm del trocar, cuando este último permanece paralelo al trayecto del nervio. Esta distancia pasa a 11 mm en promedio cuando el trocar toma una dirección perpendicular al trayecto del nervio mediano. La distancia media en relación al nervio cubital es de 25 mm. Esta vía de acceso permite una buena visualización intraarticular, sensiblemente equivalente a la vía proximal.



Figura 5. Portales anteromediales medio (1) y proximal (2).

Proximal

Esta vía se sitúa 1-2 cm proximal respecto al epicóndilo medial, inmediatamente anterior al septum intermuscular medial, que protege al nervio cubital (Fig. 5). El trocar penetra en la articulación y permanece en contacto con la superficie ósea de forma que el nervio mediano permanece protegido por el músculo braquial. Se sitúa a 12,4-22 mm del portal. La arteria braquial se sitúa en promedio a 18 mm. El nervio cubital está a 12-25 mm del trocar. Por último, la rama anterior del nervio cutáneo medial del antebrazo se sitúa en promedio a 12,4 mm. Este portal es más seguro que la vía distal y, además, permite una excelente exploración articular, especialmente de la parte distal de la articulación, de las articulaciones humero-cubital y radiohumeral, de la fosita coronoidea y de las correderas lateral y medial. Igualmente, es el portal de elección para la introducción de separadores en el compartimento anterior.

Vías posteriores

En conjunto, los portales posteriores son relativamente seguros; los elementos neurovasculares están suficientemente a distancia de los puntos de entrada (Fig. 6). El nervio cubital se sitúa a unos 15-25 mm del portal posterior directo. Este nervio está en riesgo fundamentalmente durante la resección de la cápsula posteromedial. Los puntos de entrada se realizan con el codo flexionado entre 45-60°, para permitir una cierta relajación de las estructuras posteriores ensanchando la fosita olecraniana, así como un acceso más fácil a las correderas lateral y medial.

Lateral

Este punto de entrada se sitúa al nivel del triángulo de punción, entre el olécranon, el epicóndilo lateral y la cabeza del radio (Fig. 4). Este portal se utiliza a menudo para la distensión articular previa a la artroscopia y para la exploración artroscópica inicial. Es un portal que permite una visualización correcta de la parte posterior del capitulum y de la articulación radiocubital proximal. Se pueden visualizar la parte posterior de la tróclea y una superficie limitada de la parte anterior de la articulación.

Posterolateral

Este portal es más proximal y más posterior que el portal previo (Fig. 4). Se sitúa 2 cm proximal a la punta del olécranon, adyacente al borde lateral del tendón del tríceps. El trocar se dirige hacia la fosita olecraniana, pasando a tra-

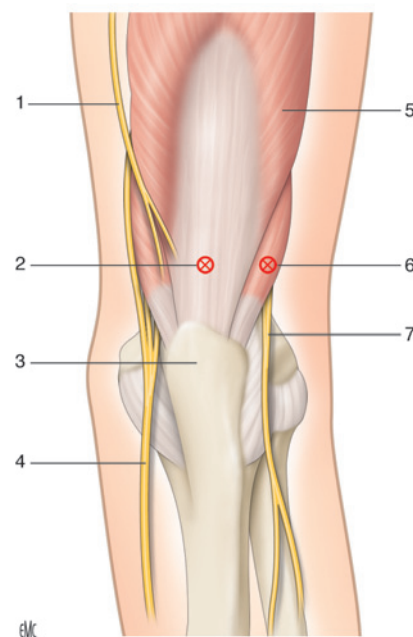


Figura 6. Relaciones de los portales posteriores con el nervio cubital. 1. Nervio cutáneo medial del antebrazo; 2. portal posterior directo; 3. olécranon; 4. nervio cubital; 5. tríceps braquial; 6. portal posterolateral; 7. nervio cutáneo lateral posterior del antebrazo.

vés del tríceps, para alcanzar la cápsula articular posterior. Se pueden visualizar el olécranon, la punta del olécranon y la parte posterior de la tróclea, aunque no se visualiza adecuadamente la parte posterior del capitulum.

Posterior directo

Esta vía de acceso se encuentra a media distancia entre los epicóndilos, entre 2-4 cm de la punta del olécranon en la parte media del tríceps (Fig. 4). El trocar se dirige hacia delante hacia la fosita olecraniana y pasa a través del tríceps para alcanzar la cápsula posterior. Aunque el nervio cubital se localiza a unos 15 mm o más de esta vía, es importante palparlo antes de realizar la vía de acceso. La parte posterior del capitulum no se visualiza correctamente. La corredera posteromedial se visualiza mejor que por el portal posterolateral. Esta vía posterior permite un acceso directo a la parte anterior de la articulación pasando a través del húmero. Este abordaje transhumeral se ha descrito para el paso de instrumentos en el contexto de una artrosis primaria o de cuerpos extraños anteriores.

Cubital distal

Este portal se describió para el acceso a la articulación humerorradial posterior [8]. Se realiza 3-4 cm distal a la interlínea humerorradial posterior e inmediatamente lateral respecto a la cresta del cúbito (Fig. 4). Una vez se ha realizado la incisión, se desliza una pinza de hemostasia recta entre el músculo anconeal y el borde lateral del cúbito, en dirección de la articulación humerorradial. Se avanza la pinza hasta penetrar la cápsula articular por detrás del ligamento anular y de la cabeza radial. Tras la extracción de la pinza, se introduce el trocar del artroscopio en su trayecto hasta el nivel de la articulación. La visualización del capitulum se ve favorecida con la flexión del codo a 90° o más. A continuación se introduce el *shaver* por el portal lateral clásico al nivel del *soft point* o punto de inyección. Este portal tiene la ventaja de permitir al cirujano una visión directa sobre el capitulum y permite evitar un conflicto entre los instrumentos cuando se introducen únicamente por las vías laterales.



Figura 7. Separadores.

■ Gestión del sistema de irrigación

Durante la artroscopia, el cirujano debe manejar el sistema de irrigación para permitir optimizar la visualización y facilitar los gestos intraarticulares y para minimizar el riesgo de lesiones de las estructuras neurovasculares. Se deben respetar algunos principios:

- la distensión intraarticular rechaza la cápsula articular y los elementos neurovasculares en contacto con ella, lo que permite disminuir los riesgos durante la introducción de los instrumentos y durante la realización de los gestos artroscópicos;
- es esencial mantener una salida del suero fisiológico para favorecer la visualización intraarticular; se puede realizar utilizando una cánula o sin cánula, teniendo en cuenta la proximidad de las vías de acceso de la articulación del codo;
- el uso de una presión intraarticular permite conservar la distensión de la articulación durante la artroscopia y limitar el sangrado por un efecto de taponamiento; por lo tanto, no es necesario el uso de suero fisiológico con adrenalina. No obstante, es necesario limitar esta presión para no causar una extravasación del suero en los tejidos blandos periarticulares, que daría origen a un colapso de los tejidos al nivel de la articulación que comprometiese la visión: habitualmente se recomienda una presión máxima de 30 mmHg;
- se debe mantener la integridad de la cápsula articular hasta el final de la intervención para limitar la extravasación del suero y el riesgo de lesión de los elementos neurovasculares;
- durante el uso del *shaver* o de la fresa se debe evitar la aspiración para no atraer la cápsula hacia el instrumento, seguida de los nervios y los vasos; es preciso reservar la aspiración al tiempo quirúrgico en el que el *shaver* o la fresa están detenidos.

■ Uso de separadores

La anatomía del codo hace que, en ocasiones, la visualización intraarticular sea difícil. Los tejidos periarticulares tienen tendencia a obstruir el campo de visión. El uso de un sistema de irrigación permite distender la articulación, aunque en ocasiones esta distensión puede ser insuficiente. El uso de separadores intraarticulares puede permitir, al igual que durante los actos de cirugía convencional, separar los tejidos de las superficies articulares,

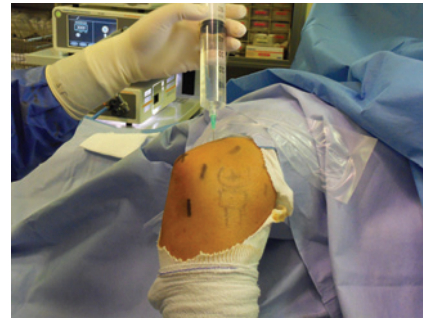


Figura 8. Inyección de 15-30 ml de suero fisiológico a través del portal posterior.

ampliando de este modo el espacio de trabajo, y protegiendo las estructuras nobles [9].

Diferentes instrumentos pueden hacer el papel de separadores: espátulas, ganchos de artroscopia, osteótomos, etcétera (Fig. 7). La introducción del separador se debe realizar por un portal diferente al utilizado para el artroscopio o el *shaver*, en general a 1 cm de éste. Esto necesita uno a dos portales complementarios, por delante y por detrás: uno para el *shaver*, otro para el artroscopio y uno o dos para los separadores. Los instrumentos deben converger hacia el mismo punto al nivel intraarticular sin cruzarse, manteniendo el efecto de triangulación. Los portales utilizados para los separadores son típicamente los más proximales, por encima de la vía proximal. Por ejemplo, para una exploración del compartimento anterior, el artroscopio se introduce por el portal anteromedial proximal, y el *shaver* por el portal anterolateral medial. También es posible lo inverso, con el artroscopio por el portal anterolateral proximal y el *shaver* y el separador al nivel de los portales anteromediales, medial y proximal. En el compartimento posterior, el separador se coloca por el portal posterolateral proximal para alejar las estructuras mediales, especialmente el nervio cubital, de los instrumentos colocados al nivel de los portales posterolateral y posterior directo.

■ Técnica de los autores de este artículo para la artroscopia del codo

Se anestesia al paciente y se le coloca en decúbito lateral, con el codo colocado por encima del nivel del hombro. Se coloca un torniquete en la raíz del miembro. Tras la preparación del miembro, se utiliza una banda elástica para realizar una exanguinación del miembro; esta banda elástica se deja colocada al nivel del antebrazo para evitar una extravasación del suero fisiológico en el tejido subcutáneo y limitar el riesgo de síndrome compartimental.

Se marcan los relieves óseos con un rotulador dermatográfico: el olécranon, los epicóndilos lateral y medial, la cabeza radial y el septum intermuscular medial. Se debe identificar el trayecto del nervio cubital así como su estabilidad en la corredera epitrocleeolécraniana. Se marcan las vías de acceso. Con el codo flexionado a 90°, se inyectan 15-30 ml de suero fisiológico con una aguja al nivel del triángulo formado por la cabeza radial, el olécranon y el cóndilo lateral, o al nivel de la fosita olecraniana (Fig. 8). El retorno del suero fisiológico al nivel de la aguja así como la extensión progresiva del codo durante la inyección confirman la distensión de la articulación.

Aunque la tendencia inicial era utilizar cinco vías de acceso (portales) (dos anteriores y tres posteriores), la evolución va hacia la multiplicación de los portales, ya que en 2008 Steinmann recomendó utilizar ocho portales [9]. El objetivo es asociar al portal clásico instrumental un portal adicional para la introducción de separadores. Los portales

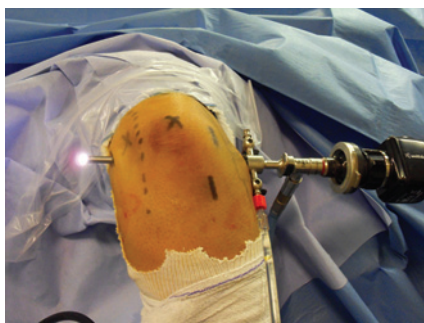


Figura 9. Técnica del *switch-stick* para la realización del segundo portal anteromedial.

para la introducción de estos separadores son típicamente más proximales que los portales instrumentales.

La realización de las vías de acceso o portales depende de la localización de la patología. El acceso puede ser sólo posterior o anterior, pero para una exploración completa del codo casi siempre se utiliza el conjunto de todos los portales. En función de los autores, algunos efectuarán un portal inicial anteromedial, mientras que otros autores prefieren un portal anterolateral inicial. Para la realización de los portales, se palpan con cuidado las referencias óseas y se realiza una incisión cutánea superficial con una hoja de bisturí n.º 11. A continuación se realiza la disección del tejido subcutáneo con una pinza de hemostasia, avanzando la pinza hasta la articulación. A continuación se utiliza un trocar romo, dirigido hacia la articulación para la colocación de la camisa del artroscopio dentro de la articulación; el retorno del suero fisiológico dentro de la camisa atestigua la correcta posición de la cánula.

“Punto importante

Recomendaciones para efectuar los portales

- Siempre se deben dibujar los relieves óseos, el trayecto del nervio cubital y las vías de acceso.
- Distender la articulación (15-30 ml).
- Codo flexionado a 90°.
- Antebrazo en pronación.
- Incisión cutánea superficial con el bisturí (hoja n.º 11).
- Disección prudente con pinza de hemostasia.
- Trocar romo.
- Técnica desde dentro hacia fuera para el segundo portal.
- Los portales más anteriores más proximales son más seguros que los portales distales.

El *portal anterolateral medio o proximal* se realiza en primer lugar. El punto de entrada se confirma por el retorno del suero fisiológico. Es preferible penetrar la piel por delante de la columna lateral y a continuación dirigir la punta del instrumento hacia atrás, hacia la articulación radiohumeral, en vez de penetrar la piel demasiado próximo a la columna lateral y luego tener que dirigir los instrumentos hacia delante y, por lo tanto, hacia el nervio radial. La visualización de la punta de la apófisis coronoides es la primera referencia intraarticular que permite orientarse en el espacio. La realización de movimientos de flexoextensión del codo permite una correcta identificación.

Cuando es necesaria una segunda vía anterior, se realiza un portal anteromedial. Se efectúa una palpación del nervio cubital para asegurarse de la ausencia de subluxa-

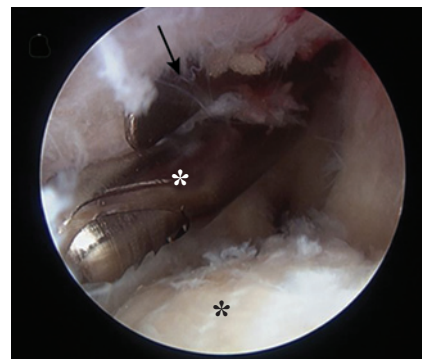


Figura 10. Separador intraarticular (flecha) que permite rechazar la cápsula anterior para facilitar la visión y el trabajo del *shaver* (asterisco blanco) al nivel del compartimento anterior. Tróclea (asterisco negro).

ción anterior del nervio durante la flexión del codo. A continuación se realiza el portal utilizando una aguja de Steinmann, según la técnica del *switch-stick* (Fig. 9). Se introduce el artroscopio por el portal anterolateral hasta la parte media de la articulación, frente al punto de entrada deseado. A continuación se extrae el artroscopio de su camisa, que se mantiene contra la sinovial y la cápsula articular medial. Se introduce un clavo de Steinmann de 4 mm de diámetro y punta roma por la camisa del artroscopio, avanzándolo hasta perforar la piel en medial. A continuación se realiza una incisión a este nivel, de forma que se pueda exteriorizar el extremo de la camisa del artroscopio por esta incisión. Después, se extrae la aguja. Se coloca el extremo del *shaver* o una cánula en el extremo de la camisa y se avanza dentro de la articulación, a medida que se retira el artroscopio hacia dentro de la articulación. A continuación se reintroduce el artroscopio en su camisa. Posteriormente, se pueden efectuar portales adicionales más proximales que los instrumentales para poder colocar los separadores intraarticulares (Fig. 10).

Para la exploración del compartimento posterior, habitualmente el artroscopio se coloca inicialmente al nivel del *portal posterolateral* y el *shaver* por el *portal posterior directo*. Se puede añadir un portal complementario, *posterolateral proximal* para la introducción de los separadores. La visualización de la fosita olecraniana y de la punta del olécranon no es inmediata, y sólo se descubre tras la limpieza de la fosita olecraniana.

Por último, para la exploración de la parte posterior de la articulación condilorradiar o de la corredera lateral, la vía que parece la más adecuada para colocar el artroscopio es el portal cubital distal. A continuación, se coloca el *shaver* al nivel del *portal lateral*.

■ Indicaciones

Indicaciones habituales

Extracción de cuerpos extraños

La extracción de cuerpos extraños intraarticulares representa siempre la indicación preferente de la artroscopia del codo. Se puede tratar de la extracción simple de un osteocondroma del compartimento anterior o posterior del codo, o de una cirugía compleja en el marco de una osteocondromatosis sinovial. Un estudio preoperatorio preciso permitirá visualizar y localizar los diferentes cuerpos extraños, pero también autenticar las lesiones articulares asociadas. En efecto, con frecuencia existen modificaciones degenerativas dentro de la articulación con presencia de osteofitos al nivel de la apófisis coronoides del cúbito por delante y al nivel de la punta del olécranon y la fosita olecraniana por detrás. Durante la intervención quirúrgica, el cirujano no debe limitarse a la



Figura 11. Realización de la capsulotomía anterior.

extracción de los cuerpos extraños, sino que también debe suprimir los conflictos relacionados con los osteofitos y liberar las cápsulas retraídas.

Osteocondritis disecante

La osteocondritis disecante puede ser accesible al tratamiento mediante artroscopia. La actitud terapéutica dependerá de los resultados de los estudios de imagen preoperatorios, que permiten distinguir las lesiones estables, inestables o desinserciones. Las lesiones estables del capitulum pueden ser reversibles y se tratan de forma conservadora, con reposo articular. Sin embargo, el 50% de estas lesiones estables no cicatrizan y se pueden convertir en inestables y precisar un tratamiento quirúrgico. La mayoría de las veces, la intervención, que se realiza bajo artroscopia, consiste en realizar un desbridamiento de la lesión, la extracción de los detritus libres en la articulación, la resección de osteofitos y la realización de microfracturas o microperforaciones al nivel de la lesión [8]. Otros tratamientos propuestos son: la fijación de un fragmento inestable, injertos osteocartilaginosos u osteotomía de descarga [1, 8, 10]. Otros autores, como Arai et al [11], han propuesto realizar una vía transradial para efectuar microperforaciones al nivel de las lesiones del capitulum. Se introduce en el radio una aguja de 1,8 mm, a 3 cm de la articulación humerorradial, que a continuación se avanza a través de la cabeza radial, con el antebrazo en supinación. Los movimientos de pronación-supinación y de flexión-extensión permiten acceder a casi toda la superficie del capitulum. No obstante, el ángulo de acceso de la aguja está en proximidad del nervio interóseo posterior y es necesario atravesar la cabeza radial para acceder al capitulum. Es posible que la vía cubital propuesta por Van den Ende et al [8] sea más interesante para el acceso a la parte posterior del capitulum.

Patología sinovial

La patología sinovial también puede beneficiarse de un tratamiento artroscópico. Ésta está dominada por la condromatosis sinovial, los reumatismos inflamatorios y la interposición de las franjas sinoviales. Se pueden encontrar otras patologías más raras, como la sinovitis villonodular y las artropatías hemofílicas, microcristalinas o sépticas. No obstante, la reputación de esta cirugía en esta indicación no es muy favorable, debido a una alta tasa de complicaciones, mayor que en las demás etiologías, y a la existencia de recidivas frecuentes, incluso de una degradación articular rápida. La realización de una sinovectomía completa representa el prerrequisito para un resultado satisfactorio y estable en el tiempo. Kang et al [12] describieron su técnica de sinovectomía artroscópica del codo en la artritis reumatoide. La indicación quirúrgica implica a los codos en estadios de Larsen 1 o 2, excepcionalmente 3. Se utilizan seis portales: dos anteriores (medial y lateral), dos posteriores (directo y lateral) y

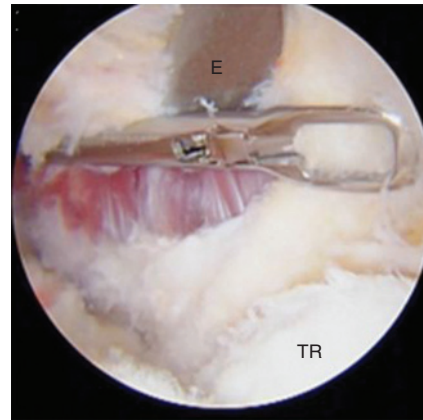


Figura 12. Realización de la capsulectomía anterior. S: separador; CR: cabeza del radio.

dos laterales (directo y accesorio). Es posible que con esta técnica se pueda realizar una sinovectomía bastante completa sin un riesgo excesivo. La adición de los dos portales laterales permite efectuar una sinovectomía completa al nivel de la articulación humerorradial. Sin embargo, la única parte que no se aborda es la parte posteromedial, debido a la proximidad del nervio cubital. Globalmente, los resultados clínicos son satisfactorios en un 73% de los casos con, sin embargo, una progresión de las lesiones radiológicas en el 37% de los casos y una recidiva de la sinovitis en el 15% de los casos con un seguimiento de 34 meses [12]. La técnica es idéntica en caso de sinovitis villonodular o de artropatía hemofílica. En el caso de la condromatosis sinovial, al tratamiento artroscópico se le debe asociar la extracción de los condromas libres dentro de la articulación. Cuando existe una franja o plica sinovial condilorradial sintomática, la vía cubital distal permite visualizar la parte posterior de la articulación condilorradial. El *shaver*, introducido por el portal lateral, permite liberar la parte posterior de la articulación hasta la visualización del ligamento anular y de la interlínea articular. El gancho permite liberar la plica y a continuación, extirparla con el *shaver* [13].

Artrólisis quirúrgica

La artrólisis quirúrgica representa actualmente una nueva indicación validada a partir de las mejoras de la técnica artroscópica. En la actualidad, la técnica quirúrgica está bien codificada, con cuatro tiempos quirúrgicos. El primer tiempo consiste en realizar un lavado articular con sinovectomía para *liberar el espacio de trabajo*. El segundo tiempo permitirá *la extracción de los cuerpos extraños* libres en la articulación. El tercer tiempo permite *resecar los osteofitos* con la fresa al nivel de la apófisis coronoides por delante, de la punta del olécranon por detrás así como al nivel de las fositas supratroclee y supraradial por delante y olecraniana por detrás. Por último, el cuarto tiempo es el tiempo más crítico, pero el más importante, que va a condicionar la calidad de la recuperación funcional: se trata del *gesto capsular*. Esta maniobra se puede limitar a una capsulotomía anterior, despegando la cápsula de la cara anterior del húmero y liberando así el conjunto de la cara anterior del húmero sin riesgo [14] (Fig. 11). O'Driscoll [15] aconseja un procedimiento de capsulectomía. La técnica de capsulectomía anterior consiste en utilizar cuatro portales anteriores (dos laterales y dos mediales), un portal para el artroscopio, un portal instrumental y dos portales para los separadores. Una vez delimitado adecuadamente el espacio de trabajo, se realiza la capsulectomía con la pinza «basket» comenzando al nivel de la parte anteromedial de la cápsula y progresando hacia la parte lateral. O'Driscoll [15] aconseja un gesto de prensión/tracción sobre la cápsula (Fig. 12). Durante este procedimiento es preciso evitar el uso del

shaver para no traccionar las estructuras neurovasculares próximas hacia el instrumento. El gesto progresa hasta percibir un rafe graso en el seno del músculo braquial, que corresponde a la zona de proyección del nervio radial. A continuación, se coloca el artroscopio por el portal antero-medial y se completa la capsulectomía de lateral a medial. Kamineni et al ^[16] han propuesto la realización de una capsulectomía anterior por vía extraarticular para limitar el riesgo de lesión neurovascular. Se realiza una incisión a lo largo de la columna lateral, y a continuación se sigue un plano de disección entre la cápsula anterior y la cara profunda del braquial. Se coloca el artroscopio en este plano de disección al nivel anteromedial y, a continuación, se introducen el *shaver* y el separador por las vías anterolaterales. Posteriormente se realiza la capsulectomía anterior por vía extraarticular, dirigiendo los instrumentos hacia la articulación y no hacia el plano muscular. La calidad de la capsulectomía o de la capsulectomía, ya se realice por vía intraarticular o extraarticular, condiciona la calidad de la recuperación de la amplitud articular ^[1, 2, 14]. A continuación se efectúa una capsulectomía posterior al nivel de la fosita olecraniana. Por último, para completar este gesto de liberación se aconseja liberar las rampas condíleas, en lateral y en medial, protegiendo en medial el nervio cubital ^[17].

Artrosis del codo y conflicto posteromedial

La artrosis del codo y el conflicto posteromedial responden al mismo tratamiento comentado previamente. Sólo persiste el riesgo durante la liberación de la parte posteromedial de la cápsula articular, debido a la presencia del nervio cubital. En esos casos, se aconseja efectuar un acceso corto sobre el nervio cubital, protegerlo con un separador, para poder realizar con calma bajo artroscopia la liberación de la parte anteromedial del codo, así como la resección de los osteofitos posteromediales sobre el olécranon. En diversas publicaciones se ha comunicado la recuperación del arco de movilidad así como una disminución significativa de la sintomatología dolorosa, proporcional al aumento de la satisfacción de los pacientes ^[9, 18].

Epicondilitis lateral

La epicondilitis lateral también es accesible al tratamiento artroscópico. Durante el simposio de la SFA de 2005, se presentó una comparación entre las técnicas abiertas y las técnicas artroscópicas ^[1]. El desbridamiento del tendón del extensor radial corto del carpo se puede realizar mediante artroscopia. No obstante, es importante permanecer por delante de la línea ecuatorial al nivel del capitulum, con el artroscopio introducido por el portal anteromedial, para evitar lesionar el complejo ligamentario colateral lateral. El artroscopio se introduce por el portal anteromedial proximal, lo que permite visualizar el compartimento radial. A continuación se realiza un portal anterolateral proximal, por arriba de la cabeza radial, en ocasiones facilitado por el uso de una aguja cuyo extremo debe alcanzar la inserción teórica del tendón conjunto. El tiempo siguiente consiste en efectuar una capsulectomía anterolateral hasta visualizar la parte profunda del tendón conjunto. A continuación se desinserta progresivamente el tendón al nivel del epicóndilo lateral. La resección se debe realizar en toda la altura del capitulum e ir hacia atrás sin sobrepasar la línea que se proyecta a la mitad de la cabeza radial para no dañar la inserción del ligamento colateral lateral. Por último, se debe respetar la aponeurosis de los extensores, que es superficial en relación con el tendón conjunto. Brooks-Hill et al ^[19] propusieron en 2008 la realización de este desbridamiento tendinoso por vía extraarticular, colocando el artroscopio al nivel del portal anterolateral medio y el *shaver* por el portal anterolateral proximal. La técnica consiste en el desbridamiento de la inserción tendinosa de los epicóndilos en contacto

con el epicóndilo lateral hasta visualizar la articulación humerorradial. Las ventajas de esta técnica están representadas por la visualización directa de la lesión, la mejora de la precisión del gesto y la realización de una capsulectomía lateral limitada que permitirá disminuir el riesgo de lesión del nervio radial y del complejo ligamentario lateral, así como reducir la extravasación de líquido. Stiefel et al ^[20] utilizan una hoja de bisturí por el portal anterolateral y desinsertan el tendón del extensor radial corto del carpo bajo control artroscópico. Aunque los resultados del tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral son favorables, las publicaciones que comparan las técnicas abiertas con las técnicas artroscópicas no parecen mostrar diferencias significativas en cuanto a los resultados ^[1, 21, 22].

Indicaciones menos frecuentes

Reinserción del bíceps distal

Grégory et al ^[23] han propuesto la reinserción del bíceps distal sobre el radio bajo endoscopia. Se realiza una incisión al nivel del pliegue del codo. Se identifica la vaina tendinosa y se realiza una incisión sobre ella. Se recupera el extremo retraído del tendón hacia proximal y a continuación se regulariza. Después se introduce un separador de tipo espéculo por la vaina del tendón hasta la tuberosidad bicipital, rechazando los tejidos en periferia. A continuación se introduce el artroscopio estándar en este separador. Tras realizar el desbridamiento de la tuberosidad radial, se insertan uno o dos anclajes metálicos en la tuberosidad, que permiten suturar y aplicar el tendón bicipital directamente contra el hueso. Los resultados de esta técnica, comunicados en una serie de 23 pacientes, fueron satisfactorios en 22 casos, y 20 pacientes recuperaron un nivel de actividad deportiva y profesional al mismo nivel 6 meses tras la cirugía. Se observaron cuatro complicaciones, entre ellas un caso de paresia transitoria del nervio radial, dos casos de osificaciones ectópicas y un caso de parálisis del nervio mediano, que se presentó a la cuarta semana del postoperatorio.

Reinserción del tríceps

Athwal et al ^[24] propusieron en 2009 la reinserción del tríceps, y más particularmente de su vientre medial, sobre el olécranon bajo endoscopia, tras un estudio en cadáver. Los pacientes se colocan en decúbito lateral. Se realiza un primer tiempo de desbridamiento del compartimento posterior del codo hasta visualizar la punta del olécranon. Para exponer el tendón del tríceps, se coloca el artroscopio al nivel del portal posterolateral proximal y se realiza la vía instrumental por detrás de forma directa. Se identifica el vientre medial del tríceps y se retrae y moviliza su extremo. Se coloca una pinza al nivel del portal posterolateral medio, que reduce el tendón sobre el olécranon. A continuación se colocan dos anclajes metálicos al nivel del olécranon y se pasan los hilos a través del tendón tricipital. El apretar los hilos permite reducir el vientre medial del tríceps sobre el olécranon. En esta serie sólo se presentan dos casos, con resultados satisfactorios.

Fracturas articulares del codo

Algunas fracturas articulares del codo también se pueden tratar con asistencia artroscópica: las fracturas de la cabeza radial, del capitulum o de la apófisis coronoides. Únicamente las fracturas de la cabeza radial poco desplazadas y con uno o dos fragmentos grandes (Mason 2) se pueden tratar por vía artroscópica, siempre que se obtenga una reducción perfecta y estable ^[25]. No obstante, en caso de existir una lesión compleja asociada del complejo ligamentario lateral, ésta se deberá reparar mediante cirugía convencional, para evitar una inestabilidad residual. Respecto a las fracturas de la apófisis coronoides, las de tipo I

se pueden desbridar y extirpar el fragmento óseo. Las fracturas más importantes se pueden estabilizar con uno o dos tornillos canulados retrógrados, y el artroscopio permite controlar la reducción. Adams et al ^[26] aconsejan el uso de un visor de ligamentoplastia anterior de la rodilla para efectuar esta síntesis. El gancho de la guía se introduce por el portal anteromedial y a continuación se coloca al nivel de la apófisis coronoides reducida. El otro extremo de la guía se coloca en la parte dorsal del olécranon. A continuación se pueden colocar agujas, idealmente utilizando la guía, y después los tornillos canulados. Hausman et al ^[27] realizan cerclajes de la apófisis coronoides bajo artroscopia según el mismo principio retrógrado. Por último, las fracturas del capitulum también son accesibles a la osteosíntesis bajo artroscopia, como mostraron Hardy et al ^[28] en 2002.

Inestabilidad posterolateral del codo

La inestabilidad posterolateral del codo se puede tratar bajo artroscopia, como propuso Savoie en varios estudios ^[29]. El principio se basa en la realización de una plicatura de la cápsula posterolateral con retención de los fascículos cubital y radial del ligamento colateral radial. Mientras se visualiza la corredera lateral a través de un portal posterolateral, se coloca una aguja en la articulación al nivel de la inserción del fascículo cubital del ligamento colateral lateral. Se pasa un hilo reabsorbible por esta aguja hasta la articulación. Se recupera el hilo y, a continuación, se vuelve a pasar esta aguja por la cápsula articular y el ligamento colateral lateral. Se anudan las dos hebras en extraarticular por una pequeña vía lateral. Se pueden realizar de una a cuatro suturas. Una vez se ha pasado todo el conjunto de los hilos, las suturas se realizan de forma independiente de distal a proximal. Si se constata una insuficiencia importante del complejo ligamentario, se puede efectuar una plicatura complementaria utilizando un anclaje colocado al nivel del punto isométrico en el centro del epicóndilo lateral. Se recupera un hilo en el interior de la articulación, a continuación se pasa alrededor de las suturas reabsorbibles ya colocadas y se recupera en el exterior de la articulación cerca del cúbito. Las dos hebras procedentes del anclaje se anudan en subcutáneo, con un efecto de tracción del complejo ligamentario hacia el punto de inserción del anclaje.

Liberación del nervio cubital

Algunos autores realizan la liberación del nervio cubital al nivel del codo bajo endoscopia, con resultados favorables ^[30]. Algunos autores proponen también la realización de una transposición anterior del nervio bajo asistencia endoscópica. Los resultados de la liberación endoscópica parecen idénticos a los de las liberaciones tradicionales con, en el estudio de Watts et al ^[31], menos complicaciones durante las liberaciones endoscópicas.

Bursectomía preolecraniana

Se ha propuesto realizar los procedimientos de bursectomía preolecraniana bajo endoscopia con resultados también satisfactorios, especialmente en las etiologías postraumáticas; en cambio, los resultados parecen más decepcionantes en el marco de la patología inflamatoria crónica ^[32].

Liberación del nervio radial

Más rara, se ha publicado la liberación del nervio radial bajo artroscopia. Mileti et al ^[33] comunicaron un caso de descompresión del nervio radial. El artroscopio colocado dentro de la articulación del codo permitió identificar una abertura de la cápsula por delante de la articulación radiocubital proximal que comunicaba con un quiste sinovial que originaba la compresión del nervio radial. Se realizó una capsulectomía anterior. Se identificó el nervio radial

dentro del músculo braquial y se realizó su disección con tijeras, que se pasaron por uno de los portales artroscópicos. Se identificó la entrada en la arcada del supinador y se realizó una incisión del fascículo superior, liberando el nervio interóseo posterior.

Escisión de dos osteomas osteoides

Nourissat et al comunicaron, en 2007, la extirpación de dos osteomas osteoides del codo bajo artroscopia ^[34].

Indicaciones experimentales

Otros estudios han evaluado la factibilidad de la artroscopia en el tratamiento de otras patologías del codo.

Zonno et al ^[35] realizaron un estudio en cadáver para evaluar la posibilidad de tratar las *epicondilitis mediales* bajo artroscopia. La zona de desbridamiento parecía relativamente segura, ya que se sitúa a 20,8 mm del nervio cubital y a 8,3 mm de la inserción del ligamento colateral medial. El portal instrumental elegido se sitúa al nivel anteromedial proximal, mientras que el portal artroscópico se sitúa al nivel anteromedial medio. La técnica consta de un primer tiempo de identificación de la coronoides, seguido de un segundo tiempo de capsulectomía medial. El tercer tiempo consiste en visualizar la cara profunda de los músculos flexores-pronadores a través de la brecha capsular. El cuarto tiempo es el tiempo de desbridamiento de la cara profunda tenomuscular hasta la visualización del fascículo anterior del ligamento colateral medial.

Por último, se ha propuesto el tratamiento artroscópico para la *reconstrucción del ligamento colateral lateral y colateral medial*, así como para la realización de *interposición articular*.

■ Complicaciones

En 2001, Kelly et al ^[36] presentaron la experiencia de la Clínica Mayo. De un total de 473 artroscopias del codo, comunicaron cuatro (0,8%) complicaciones serias que tuvieron influencia sobre el resultado final. Se trató en los cuatro casos de sepsis profunda. También se produjeron 12 (2,5%) afectaciones neurológicas transitorias y 50 (11%) complicaciones mínimas que no tuvieron influencia sobre el resultado final. Thomas et al ^[37] comunicaron, sobre una serie de 334 artroscopias, 17 (8%) complicaciones menores y dos (0,6%) complicaciones mayores. En síntesis, la tasa global de complicaciones parece ser del 10-12%, de ellas el 2-4% de afectación neurológica.

Durante el simposio de la SFA de 1995, los autores comunicaron una tasa de complicaciones del 6%, entre ellas tres lesiones neurales regresivas y nueve algodistrofias. Durante el mismo simposio, la tasa de complicaciones fue del 4%: dos (0,9%) derrames serosos, cuatro (1,3%) lesiones neurológicas y cuatro (1,3%) rigideces ^[1].

En la literatura se han comunicado casos aislados, en particular en relación con secciones nerviosas del nervio mediano, del nervio cubital o del nervio radial ^[38-42]. En otro estudio se señalaba la posibilidad de aparición de osificaciones heterotópicas tras artroscopia del codo ^[43].

■ Conclusión

En 2019, la artroscopia de codo es una práctica corriente, con una técnica bien codificada e indicaciones cada vez más numerosas. Los resultados de las técnicas artroscópicas parecen favorables y reproducibles. La tasa de complicaciones es baja a pesar de la gravedad de las complicaciones nerviosas. La necesidad de un aprendizaje parece ser la mejor garantía del dominio de la técnica y de la disminución de esta tasa de complicaciones.



Bibliografía

- [1] Kelberine F, Bonnet F, Aswad R, Bleton R, Bonvarlet JP, Clavert P, et al. Elbow arthroscopy. *Rev Chir Orthop* 2006;**92**(Suppl. 8), 4S31-45.
- [2] Kelberine F. Arthroscopie du coude. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Techniques Chirurgicales-Orthopédie-Traumatologie, 44-317, 2002.
- [3] Andrews JR, Carson WG. Arthroscopy of the elbow. *Arthroscopy* 1985;**1**:97-107.
- [4] Field LD, Altchek DW, Warren RF, O'Brien SJ, Skyhar MJ, Wickiewicz TL. Arthroscopy anatomy of the lateral elbow: a comparison of three portals. *Arthroscopy* 1994;**10**:602-7.
- [5] Day B. Elbow arthroscopy in the athlete. *Clin Sports Med* 1996;**15**:785-97.
- [6] Lindenfeld TN. Medial approach to elbow arthroscopy. *Am J Sports Med* 1990;**18**:412-7.
- [7] Poehling GG, Whipple TL, Sisco L, Goldman B. Elbow arthroscopy: A new technique. *Arthroscopy* 1989;**5**:222-4.
- [8] Van den Ende KI, McIntosh AL, Adams JE, Steinmann SP. Osteochondritis dissecans of the capitellum: A review of the literature and a distal ulnar portal. *Arthroscopy* 2011;**27**:122-8.
- [9] Adams JE, Wolf 3rd LH, Merten SM, Steinmann SP. Osteoarthritis of the elbow: Results of arthroscopic osteophyte resection and capsulectomy. *J Shoulder Elbow Surg* 2008;**17**:126-31.
- [10] Baker 3rd CL, Baker Jr CL, Romeo AA. Osteochondritis dissecans of the capitellum. *J Shoulder Elbow Surg* 2010;**19**:76-82.
- [11] Arai Y, Hara K, Fujiwara H, Minami G, Nakagawa S, Kubo T. A new arthroscopic-assisted drilling method through the radius in a distal-to-proximal direction for osteochondritis dissecans of the elbow. *Arthroscopy* 2008;**24**, 237.e1-237.e4.
- [12] Kang HJ, Park MJ, Ahn JH, Lee SH. Arthroscopic synovectomy for the rheumatoid elbow. *Arthroscopy* 2010;**26**:1195-202.
- [13] Antuna SA, O'Driscoll SW. Snapping plicae associated with radiocapitellar chondromalacia. *Arthroscopy* 2001;**17**:491-5.
- [14] Kelberine F, Landreau P, Cazal J. Traitement arthroscopique des raideurs du coude. *Chir Main* 2006;**25**:S108-13.
- [15] O'Driscoll SW. Arthroscopic osteocapsular arthroplasty. En: Yamaguchi K, King GJ, McKee MD, O'Driscoll SW, editores. *Advanced Reconstruction-Elbow*. The American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2007. p. 59-68.
- [16] Kamineni S, Savoie 3rd FH, ElAttrache N. Endoscopic extracapsular capsulectomy of the elbow: a neurovascularly safe technique for high-grade contractures. *Arthroscopy* 2007;**23**:789-92.
- [17] Mansat P, Bonneville N, Dao-Léna S. Raideur du coude : physiopathologie, diagnostic, traitement et résultats. En: *L'arthroscopie. Société Française d'Arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 546-53.
- [18] Rahusen FT, Brinkman JM, Eygendaal D. Arthroscopic treatment of posterior impingement of the elbow in athletes: A medium-term follow-up in sixteen cases. *J Shoulder Elbow Surg* 2009;**18**:279-82.
- [19] Brooks-Hill AL, Regan WD. Extra-articular arthroscopic lateral elbow release. *Arthroscopy* 2008;**24**:483-5.
- [20] Stiefel EC, Field LD. Arthroscopic lateral epicondylitis release using the "bayonet" technique. *Arthrosc Tech* 2014;**3**:e135-9.
- [21] Baker Jr CL. Arthroscopic versus open techniques for extensor tendinosis of the elbow. *Tech Shoulder Elbow Surg* 2000;**1**:184-91.
- [22] Szabo SJ, Savoie 3rd FH, Field LD, Ramsey JR, Hosemann CD. Tendinosis of the extensor carpi radialis brevis: An evaluation of three methods of operative treatment. *J Shoulder Elbow Surg* 2006;**15**:721-7.
- [23] Grégory T, Roure P, Fontès D. Repair of distal biceps tendon rupture using a suture anchor: description of a new endoscopic procedure. *Am J Sports Med* 2009;**37**:506-11.
- [24] Athwal GS, McGill RJ, Rispoli DM. Isolated avulsion of the medial head of the triceps tendon: An anatomic study and arthroscopic repair in 2 cases. *Arthroscopy* 2009;**25**:983-8.
- [25] Michels F, Pouliart N, Handelberg F. Arthroscopic management of Mason type 2 radial head fractures. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc* 2007;**15**:1244-50.
- [26] Adams JE, Merten SM, Steinmann SP. Arthroscopic-assisted treatment of coronoid fractures. *Arthroscopy* 2007;**23**:1060-5.
- [27] Hausman MR, Klug RA, Qureshi S, Goldstein R, Parsons BO. Arthroscopically assisted coronoid fracture fixation. A preliminary report. *Clin Orthop* 2008;**466**:3147-52.
- [28] Hardy P, Menguy F, Guillot S. Arthroscopic treatment of capitellum fracture of the humerus. *Arthroscopy* 2002;**18**:422-6.
- [29] Dzugas SS, Savoie 3rd FH, Field LD, Gurley D. Arthroscopic radial ulnohumeral ligament reconstruction. *Arthroscopy* 2010;**26**(Suppl. 1):e12.
- [30] Desmoineaux P. Neuropathie autour du coude : libération endoscopique du nerf ulnaire au coude. En: *L'arthroscopie. Société Française d'Arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 536-42.
- [31] Watts AC, Bain GI. Patient-related outcome of ulnar nerve decompression: A comparison of endoscopic and open in situ decompression. *J Hand Surg[Am]* 2009;**34**:1492-8.
- [32] Ogilvie-Harris DJ, Gilbert M. Endoscopic bursal resection: The olecranon bursa and prepatellar bursa. *Arthroscopy* 2000;**16**:249-53.
- [33] Mileti J, Largacha M, O'Driscoll SW. Radial tunnel syndrome caused by ganglion cyst: treatment by arthroscopic cyst decompression. *Arthroscopy* 2004;**20**:e39-44.
- [34] Nourissat G, Kakuda C, Dumontier C. Arthroscopic excision of osteoid osteoma of the elbow. *Arthroscopy* 2007;**23**:799, 799.e1-799.e4.
- [35] Zonno A, Manuel J, Merrell G, Ramos P, Akelman E, DaSilva MF. Arthroscopic technique for medial epicondylitis: technique and safety analysis. *Arthroscopy* 2010;**26**:610-6.
- [36] Kelly EW, Morrey BF, O'Driscoll SW. Complications of elbow arthroscopy. *J Bone Joint Surg Am* 2001;**83**:25-34.
- [37] Thomas R, Savoie FH, Field LD. Complications of elbow arthroscopy. *Arthroscopy* 2007;**23**(Suppl. 1):e34.
- [38] Haapaniemi T, Berggren M, Adolfsson L. Complete transection of the median and radial nerves during arthroscopic release of post-traumatic elbow contracture. *Arthroscopy* 1999;**15**:784-7.
- [39] Gupta A, Sunil TM. Complete division of the posterior interosseous nerve after elbow arthroscopy. *J Shoulder Elbow Surg* 2004;**13**:566-7.
- [40] Dumonski ML, Arciero RA, Mazzocca AD. Ulnar nerve palsy after elbow arthroscopy. *Arthroscopy* 2006;**22**:577, 577.e1-577.e3.
- [41] Park JY, Cho CH, Choi JH, Lee ST, Kang CH. Radial nerve palsy after arthroscopic anterior capsular release for degenerative elbow contracture. *Arthroscopy* 2007;**23**:1360, 1360.e1-1360.e3.
- [42] Gay DM, Raphael BS, Weiland AJ. Revision arthroscopic contracture release in the elbow resulting in an ulnar nerve transection: A case report. *J Bone Joint Surg Am* 2010;**92**:1246-9.
- [43] Hughes SC, Hildebrand KA. Heterotopic ossification-A complication of elbow arthroscopy: A case report. *J Shoulder Elbow Surg* 2010;**19**:e1-5.

Si desea saber más

- Baker CL Jr, Baker CL 3rd. Long-term follow-up of arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *Am J Sports Med* 2008;**36**:254-60.
- Bleton R. Complications de l'arthroscopie du coude. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 554-7.
- Cefo I, Eygendaal D. Arthroscopic arthrolysis for posttraumatic elbow stiffness. *J Shoulder Elbow Surg* 2011;**20**:434-9.
- Coutié AS, Aswad R. Arthroscopie du coude dans la pathologie synoviale. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 516-23.
- Daubinet G, Bonvarlet JP. Anatomie arthroscopique du coude et exploration normale. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 499-504.
- DeGreef I, Samorjai N, De Smet L. The Outerbridge-Kashiwaghi procedure in elbow arthroscopy. *Acta Orthop Belg* 2010;**76**:468-71.
- Desmoineaux P. Traitement endoscopique de la bursite rétro-olécrânienne. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 543-5.

- Dumontier C, Beauthier V, Desmoineaux P. Épicondylite, épitróclite. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 524–35.
- Ferguson CM, Baker CL Jr. Arthroscopic management of loose bodies and synovial lesions of the elbow. *Oper Techn Sports Med* 2006;**14**:86–94.
- Flores LP. Endoscopically assisted release of the ulnar nerve for cubital tunnel syndrome. *Acta Neurochir* 2010;**152**:619–25.
- Flury MP, Goldhahn J, Drerup S, Simmen BR. Arthroscopic and open options for surgical treatment of chondromatosis of the elbow. *Arthroscopy* 2008;**24**:520–5.
- Kelly EW, Bryce R, Coghlan J, Bell S. Arthroscopic debridement without radial head excision of the osteoarthritis elbow. *Arthroscopy* 2007;**23**:151–6.
- Konishiike T, Nishida K, Ozawa M, Ozaki T. Anterior transposition of the ulnar nerve with endoscopic assistance. *J Hand Surg[Eur]* 2010 Sept 3[Epub ahead of print].
- Krishnan SG, Harkins DC, Pennington SD, Harrison DK, Burkhead WZ. Arthroscopic ulnohumeral arthroplasty for degenerative arthritis of the elbow in patients under fifty years age. *J Shoulder Elbow Surg* 2007;**16**:443–8.
- Lawton RL. Fluid management and the use of retractors in elbow arthroscopy. In: Yamaguchi K, King GJ, McKee MD, O'Driscoll SW, editors. *Advanced Reconstruction—Elbow*. The American Academy of Orthopaedic Surgeons; 2007. p. 13–7.
- Lee BP, Morrey BF. Arthroscopic synovectomy of the elbow for rheumatoid arthritis. A prospective study. *J Bone Joint Surg Br* 1997;**79**:770–2.
- Locker B, Bonvarlet JP, Kelberine F. *L'arthroscopie du coude*. Annales de la Société française d'arthroscopie. Montpellier: Sauramps Médical; 1995. p. 81–106.
- Mansat P. Actualités sur l'arthroscopie du coude en 2010. *Rev Chir Orthop* 2011;**97**(Suppl. 8):S459–66.
- Mansat P, Bonneville N, Dao-Lena S. Arthroscopie du coude : installation, voies d'abord et instrumentation. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 491–8.
- Oertel J, Keiner D, Gaab MR. Endoscopic decompression of the ulnar nerve at the elbow. *Neurosurgery* 2010;**66**:817–24.
- Peart RE, Strickler SS, Schweitzer KM Jr. Lateral epicondylitis: a comparative study of open and arthroscopic lateral release. *Am J Orthop* 2004;**33**:565–7.
- Riera P, Aswad R. Arthroscopie du coude dans la pathologie cartilagineuse. In: *L'arthroscopie. Société française d'arthroscopie*. Paris: Elsevier Masson; 2015. p. 505–15.
- Sadie AT, Keiner D, Fischer G, Conrad J, Welschehold S, Oertel J. Simple endoscopic decompression of cubital tunnel syndrome with the Agee system: anatomic study and first clinical results. *Neurosurgery* 2010;**66**:325–31.
- Sahajpal DT, Blonna D, O'Driscoll SW. Anteromedial elbow arthroscopy portals in patients with prior ulnar nerve transposition or subluxation. *Arthroscopy* 2010;**26**:1045–52.
- Savoie FH 3rd. Guidelines to becoming an expert elbow arthroscopist. *Arthroscopy* 2007;**23**:1237–40.
- Savoie FH, Van Sice W, O'Brien MJ. Arthroscopic tennis elbow release. *J Shoulder Elbow Surg* 2010;**19**:31–6.
- Smith JP 3rd, Savoie FH 3rd, Field LD. Posterolateral rotatory instability of the elbow. *Clin Sports Med* 2001;**20**:47–58.
- Tanaka N, Sakahashi H, Hirose K, Ishima T, Ishii S. Arthroscopic and open synovectomy of the elbow in rheumatoid arthritis. *J Bone Joint Surg Am* 2006;**88**:521–5.
- Tucker SA, Savoie FH 3rd, O'Brien MJ. Arthroscopic management of the post-traumatic stiff elbow. *J Shoulder Elbow Surg* 2011;**20**(Suppl. 2):S83–9.
- Van Zeeland NL, Yamaguchi K. Arthroscopic capsular release of the elbow. *J Shoulder Elbow Surg* 2010;**19**:13–9.

P. Mansat (pierre.mansat@univ-tlse3.fr).

S. Delclaux.

N. Bonneville.

Département d'orthopédie-traumatologie, Clinique universitaire du sport, Hôpital Pierre-Paul-Riquet, Centre hospitalier universitaire de Toulouse, place du Docteur-Baylac, 31059 Toulouse, France.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo: Mansat P, Delclaux S, Bonneville N. Artroscopia del codo. EMC - Técnicas quirúrgicas en ortopedia y traumatología 2020;12(1):1-12 [Artículo E – 44-317].

Disponibles en www.em-consulte.com/es



Algoritmos



Ilustraciones complementarias



Videos/ Animaciones



Aspectos legales



Información al paciente



Informaciones complementarias



Auto-evaluación



Caso clínico



(<https://www.revistaartroscopia.com.ar/ediciones-antiguas/>)

Ultima



ARTROSCOPIA | VOL. 9, N° 1 : 10-14 | 2002

Tratamiento artroscópico de la epicondilitis

Dr. Miguel Slullitel; Dr. Daniel Slullitel; Dr. Sergio Montenegro

RESUMEN:

La cirugía en la epicondilitis refractaria a tratamiento conservador, es una opción aceptada universalmente. La liberación artroscópica con la Técnica de Bosworth (Liberación lateral epicondilea + ligamento anular) parece reunir las condiciones de confiabilidad que requiere esta patología tan común y rebelde de tratar.

Se intenta reducir el tiempo de recuperación e intentar obtener por vía artroscópica los mismos resultados que la técnica abierta. Se realizaron 40 artroscopías entre los años 1996 hasta la fecha.

Utilizando el score de Ellman y Kay para su estratificación, se obtuvieron los siguientes resultados: 16% Excelentes, 68% Buenos, 8% Regulares y 8% Malos, observándose sinovitis articular en el 58% de los casos. En conclusión, este procedimiento artroscópico, repite similares resultados que la cirugía abierta, y permite la exploración artroscópica de la articulación y la realización de sinovectomía con menor morbilidad y más rápida recuperación que la cirugía abierta.

Palabras claves: Epicondilitis Liberación artroscópica-Sinovitis.

ABSTRACT:

Surgery is an agreed option for treatment of the recalcitrant tennis elbow. The authors minded an arthroscopic surgical procedure. This procedure is based in the "Bosworth-lateral extensor release + annular ligament", technique that have proved to be reliable for the tennis elbow.

We are trying to obtain faster recovery to the daily living activities and challenging to obtain the same good results as in the open procedure.

40 procedures were performed with a follow up of 4 years, finding sinovitis in the 58% and recording under the UCLA criteria and the Ellman & Kay ranking 16 % of excellent, 68% of good, 8% of regular & 8% of bad results.

In conclusion, this arthroscopic procedure repeats similar open surgery outcomes and offers the advantages of scope and treat intraarticular lesion without morbidity and faster recovery to the daily living activities.

Key words: Tennis elbow-Arthroscopic release-sinovitis.

INTRODUCCION

Epicondilitis o codo del tenista es un cuadro caracterizado por dolor epicondíleo en las actividades cotidianas. A pesar del nombre, no está asociado al juego de tenis, no demostrado por las estadísticas (solo 40 en 410 casos). Esta patología aparece en la 2da, 3era y 4ta década de la vida, en jóvenes y adultos activos. El comienzo es insidioso sin trauma evidente con antecedentes de una actividad repetitiva y a veces relacionada al sobreuso. El diagnóstico diferencial incluye dolor referido cervical, fibromialgia, compresión del nervio radial y cualquier otra patología intraarticular (artrosis, osteocondritis disecante del capitellum). El 75% de los casos mejoran con tratamiento conservador que incluye reposo, fisioterapia, terapia ocupacional, hielo regional, AINES e inyección intralesional de cortisona. Para atletas que pueden cambiar sus técnicas, éste es un aspecto fundamental (cambio de empuñadura, etc.). El tratamiento quirúrgico está indicado en el caso de fallar el tratamiento conservador durante 6 meses. Muchas técnicas quirúrgicas se han propuesto para la epicondilitis, pero hasta la actualidad se mantiene la discusión sobre cual es la mejor para la epicondilitis recalcitrante. Sorprendentemente, Verhaar (3) reportó excelentes resultados con la liberación lateral, pero Nirschl (4) relata un porcentaje menor de buenos resultados. Bosworth (5) realiza además el gesto de la liberación parcial del ligamento anular, técnica que se intenta reproducir artroscópicamente. Se podría agrupar a las técnicas quirúrgicas abiertas en:

Extraarticulares Proximales: faciotomía pura (6,7), o resección de zona cicatricial e inserción (9, 2).

Extraarticulares Distales: alargando el segundo radial 8.

Intraarticulares: seccionando cápsula y ligamento anular parcial (5) junto a fasciotomía de los extensores. Otro procedimiento menos invasivo es el de la tenotomía subcutánea que dio buenos resultados (10, 11) hecho en forma ambulatoria. A pesar del gran desarrollo de la artroscopia de codo en la actualidad, solo 3 técnicas endoscópicas han sido publicadas (12, 13, 14) tratando de resolver la epicondilitis. Estos autores utilizan procedimientos endoscópicos para suplir técnicas clásicas con resultados confiables para la epicondilitis recalcitrante, tratando de obtener similares resultados a la técnica abierta pero con una recuperación más rápida y el retorno a las actividades diarias en una forma más temprana. El objetivo de este trabajo es evaluar la liberación lateral artroscópica extensora en la epicondilitis recalcitrante, realizando un estudio prospectivo randomizado con un año de seguimiento como mínimo.

MATERIAL Y METODO

Desde Julio de 1992 a Julio de 1999, en este estudio multicéntrico que incluye el Hospital de Emergencias “Dr. Clemente Alvarez” y al Instituto de Ortopedia y Trauma “Dr. Jaime Slullitel” de Rosario, y a la clínica Dávila y el Hospital Sotero del Río de Santiago de Chile, se realizaron 42 liberaciones artroscópicas por epicondilitis. Los síntomas previos a la cirugía fueron de 6 meses a 4 años. De los 42 pacientes (22 mujeres y 20 hombres), la edad promedio es de 42 años (+32 -69). El codo sintomático fue el dominante en el 69% de los casos y fueron jugadores de tenis en el 40% del total de los pacientes.

Los criterios de inclusión en este estudio fueron:

1. Historia de dolor que interfiere en las actividades diarias a pesar de un tratamiento conservador de más de 6 meses,
2. Dolor en el epicóndilo lateral: a la extensión de la muñeca con el codo en extensión completa (signo de Filkenstein +)

Radiografía, análisis y electromiograma negativas. No tener cirugía previa en la zona.

Los resultados de acuerdo con el criterio de la UCLA son los siguientes:

Puntos	

10	Dolor*
10	Función
5	Rango de Movimiento
5	Fuerza muscular**
5	Satisfacción
35	TOTAL

*El dolor se constató con la escala visual analógica.

**La fuerza de aprehensión con el Martín Vigoremeter registro un promedio de 0,93% kp/cm² (entre 1.15 a 0.76% y finalizando con registros normales al final del año).

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

La intención de la cirugía endoscópica es la de realizar similar técnica de Bosworth (1955) pero en una forma menos invasiva y realizando un diagnóstico artroscópico del codo dañado.

La clásica técnica de la artroscopía de codo publicada por Andrews fue utilizada con los mismos portales que en el trabajo original. (Fig: 1 y 2). La artroscopia inicial se realiza comenzando con una instrumentación desde el portal lateral, observando el capitellum, el epicóndilo, ligamento anular y la sinovitis peri epicondílea. Posteriormente, se avanza hasta la zona medial del codo, allí se cambia entonces el artroscopio, introduciéndolo desde el portal cubital. Desde este portal se puede observar la misma región anteriormente descripta del epicóndilo y la zona lateral del codo.

Inmediatamente de la sección retrógrada de la cápsula epicondílea, se puede observar en la profundidad la aponeurosis de inserción de los radiales.



Figura 1 Portal radial



Figura 2 Portal cubital

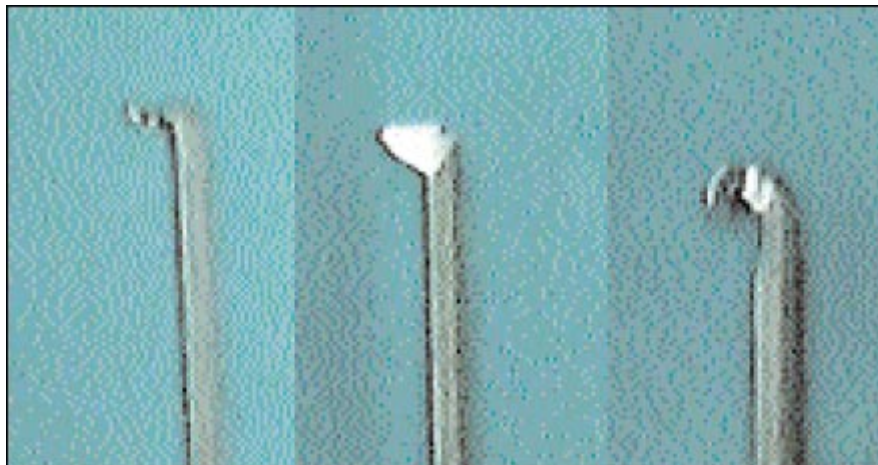


Figura 3 Cuchillas

Estos se pueden seccionar con el bisturí o por medio de radiofrecuencia. (Fig 3)

Se rota entonces el bisturí y se lo introduce entre la cabeza del radio y el epicóndilo. Se secciona entonces los dos tercios proximales del ligamento anular; debe ser evitada con mucho cuidado la sección del ligamento colateral cubital.

Finalmente, la sección de toda aponeurosis extensora se examina con el palpador y si se palpa alguna estructura tensa, se debe seccionar con el bisturí.

Se realiza una sinovectomía artroscópica de rutina, una artroscopia diagnóstica del resto de la articulación y se venda con vendaje compresivo con goma espuma. El postoperatorio se comienza desde el día siguiente a la intervención.

RESULTADOS

El diagnóstico artroscópico del codo permitió ver lesiones intraarticulares tales como sinovitis periepicondíleas en 24 casos (58,6%) con sinovial aumentada rojo vinosa, cuyas biopsias reportaron sinovitis inflamatoria crónica inespecífica.

Para el ranking se utilizó el Score de Ellman y Kay:

Puntos	Casos		
35 - 34	Excelente*	8	16%
33 - 26	Bueno*	28	68%
27 - 21	Regular	3	8%
20 - 0	Malo	3	8%
	TOTAL	42	100%

*La suma de estas dos evaluaciones pueden ser similar a los resultados “satisfactorios” de los trabajos de Baumgart (85%), Bosworth (80%), Nirschl (90%), que en nuestra estadística da 84%, siendo similar a las anteriores.

En esta evaluación los pacientes no tuvieron inestabilidad ni síntomas físicos y el retorno al trabajo se realizó luego de 2 meses de promedio. No hubo recrudescencia de los síntomas en los pacientes cuyos resultados fueron “excelente” o “bueno”.

COMPLICACIONES

Dos pacientes tuvieron fístulas sinoviales que se resolvieron al mes, 3 pacientes finalizaron con déficit de extensión de 3 grados.

DISCUSION

Existe acuerdo en que el tratamiento quirúrgico de la epicondilitis recidivante es una opción válida en la literatura y muchas técnicas quirúrgicas fueron descriptas.

En la mayoría de estos estudios, los resultados han variado entre buenos y excelentes, independientemente de la técnica utilizada.

Todas las técnicas tienen similar porcentaje de efectividad. Es obvio que se debe elegir el procedimiento que lleve asociada la menor morbilidad si se pueden obtener los mismos resultados.

Uno de nosotros comenzó con la técnica artroscópica como procedimiento diagnóstico, a los fines de diagnosticar correctamente esta patología, y posteriormente se le agregó el procedimiento de liberación aponeurótica extensora desde el interior de la articulación hacia la piel, no a la inversa como lo realizan los procedimientos abiertos.

Se disecaron 3 cadáveres y se constataron la cercanía de elementos nobles como lo relatan Andrew y Kulkko (1999) observándose la seguridad de los portales y la poca probabilidad de lesiones del nervio radial y respetando el ligamento colateral radial. Se encontró muy a menudo sinovitis periepicondílea al realizar los estudios diagnósticos, observándose mejoría con la sola sinovectomía. Se realizaba en ese acto sección parcial del ligamento anular como lo indica Boyd (15) para finalizar realizando la técnica completa como lo preconiza Bosworth (5).

El estudio prospectivo incluye 4 años de seguimiento promedio, (entre 1 y 6.9 años) en 43 pacientes tratados de epicondilitis recidivante operados con la técnica descrita obteniendo un resultado entre bueno y excelente del 85%, similar a los obtenidos en la literatura por otros autores (2, 3, 5,6, 11, 15, 17)

Por lo tanto, la técnica de liberación lateral artroscópica repite similares buenos resultados que las técnicas clásicas de liberación epicondílea, pero sumándoles menos morbilidad, recuperación más temprana y retorno al trabajo más pronto, tiempos obtenidos solamente con la técnica subcutánea pero con más riesgos, por realizarse a ciegas.

La otra ventaja que ofrece la artroscopia, es la de permitir visualizar la articulación y encontrar a menudo sinovitis periepicondíleas, plicas, desprendimientos osteocondrales, realizando la resección quirúrgica de esta patología sin aumentar la morbilidad del procedimiento.

Estos hallazgos sinoviales fueron descriptos por primera vez por Trethowan y Ogilvie y confirmados por Stack (18, 19) y Moore (20, 21), quienes sugieren la escisión quirúrgica de la sinovitis.

Además, Coonrad (9) cree que esta patología está iniciada por plicas articulares y rupturas aponeuróticas de la inserción de los radiales y extensores. Estas lesiones se van degenerando a lo largo de los años, desdibujando la patología original. Secundariamente a esta lesión el tejido sinovial y la sinovial se irrita por la tracción muscular. Estando involucrada la aponeurosis extensora, se afecta a continuación el ligamento anular. Si la sinovitis continúa, termina involucrando los terminales nerviosos del radial como lo demuestra Goldie.

Por lo expuesto anteriormente, Coonrad propone la observación artroscópica, sinovectomía y limpieza articular. Grifka (12), publica su importante trabajo aconsejando la liberación en decúbito prono, de la aponeurosis extensora como la técnica de Omán. Savoie (13) publica su técnica de liberación muy parecida a la presentada en este trabajo. La presentación de esta técnica ya fue realizada por uno de nosotros como “Tennis Elbow. Endoscopic Release. En el Congreso ISAKOS (22). Recientemente, Murphy (14) realiza la misma intervención, con un resultado confiable.

CONCLUSION

La técnica de liberación epicondilea de Bosworth, nos ofrece las ventajas de ser una técnica fácil, reproducible, sin complicaciones, impidiendo la formación de rigideces de codo.

La técnica artroscópica ofrece las mismas características con la ventaja de una recuperación mas rápida, exploración articular y menos morbilidad. Además de lo citado, otorga a los pacientes una gran satisfacción como volver a su tarea original sin pérdidas de días laborales.

Por lo tanto, se concluye que esta técnica es una de las mejores soluciones para la epicondilitis.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nirschl RP. Tennis Elbow. Orthop. Clin North Am. 1973; 4: 787.
2. Nirschl RP. Muscle and tendon trauma. Tennis Elbow. In: Morrey BF, Ed. The elbow and its disorders. Philadelphia, PA: Saunders; 1985.
3. Verhaar J, Walenkamp G, Kester A, Van Maneren H and Van der Linden T, Lateral Extensor Release for tennis elbow. J. Bone Joint Surg. 1993, Vol 75-A, N 7: 1034-1043.
4. Nirschl RP. Correspondence. J. Bone Joint Surg 1994; 76 A: 951.
5. Bosworth DM. The role of the orbicular ligament in tennis elbow. J. Bone Joint Sur. 1955; 37 A: 527-533.
6. Michelle AA, Krueger FJ. Lateral epicondylitis of the elbow treated by fasciotomy. "Surgery". 1956; 39: 277-284.
7. Spencer GE, Herndon CH. Surgical treatment of epicondylitis. J Bone Joint Surg. 1953; 35 A: 421-424.
8. Barden RS. Tennis elbow. J Bone Joint Surg. 1961; 43 B: 100-106
9. Coonrad RW, Hooper WR. Tennis elbow. Its courses, natural history, conservative and surgical management. J Bone Joint Surg. 1973; 55 A: 177-182.
10. Yerger B, Tumer T. "Percutaneous extensor tenotomy for chronic tennis elbow: an office procedure" Orthopedics 8: 1261-1263, October 1985.
11. Savoie FH, "Percutaneous release for lateral epicondylitis: an office procedure", J. Shoulder Elbow Surg. 1995, Vol 4, Number 1, Part 2, S59.
12. Grifka J, Boenke S and Kramer J. Endoscopic therapy in epicondylitis radialis humeri. Arthroscopy, Vol 11, Number 6, 1995: 743-748.
13. Savoie FH, Field M. and Field L. Advances in Elbow Arthroscopy. In: Parisien J.S. "Current Techniques in Arthroscopy", third edition, Thieme, 1998; 131-132.
14. Murphy KP, Kuklo TR, Taylor KF, Islinger RB, Heekin RD, and Baker Jr. CL. Arthroscopic Release for Lateral Epicondylitis: A cadaveric model. Arthroscopy, vol. 15, number 3, 1999: 259-264.
15. Boyd HB and McLeod AC. Tennis elbow. J. Bone Joint Surg. 1973, Vol 55 A, Number 6: 1183-1187.
16. Thomgren KG, Werner CO. Normal grip strength. Acta Orthop Scand 1979; 50: 255-259.
17. Wittenberg RH, Schaal S and Muhr G. Surgical treatment of persistent elbow epicondylitis. Clinical Orthopaedics and Related Research, 1992, Number 278: 73-80.
18. Stack J.K. Acute and chronic bursitis in the region of the elbow joint. Surg Clin. North America, 1949, 29: 155-162.
19. Stack J.K and Hunt W. S. Radio-humeral Synovitis. Quart. Bull. Northwestern Univ. Med. Sch. 1946, 20: 394-397.
20. Moore, Moore Jr. Radio Humeral Synovitis. Arch. Surg. 1952, 64: 501-505.
21. Moore, Moore Jr. Radio Humeral Synovitis. A cause of persistent elbow pain. Surg. Clin. North America, 1953, 33: 1363-1371.
22. Montenegro S, Nuñez R. Endoscopic Lateral Extensor Release for Tennis Elbow. Arthroscopy, vol 14, number 2, suppl 1, 1998, S47 (Abstr).

Dr. Miguel Slullitel

Hospital de Emergencias Dr. C. Alvarez. Rosario. Argentina. Larrechea 348. 2000 Rosario. Tel/Fax: 54 341 4531693. slullitelm@arnet.com.ar (<mailto:slullitelm@arnet.com.ar>).

TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA EPICONDILITIS LATERAL DEL CODO

FABIO SUÁREZ R.¹ Y CARLOS A. ARROYO^{1*}

¹ Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central, Bogotá, D.C., Colombia.

Resumen

Dentro de las patologías relacionadas con los síndromes de sobreuso del miembro superior, el codo de tenista, o epicondilitis lateral del codo, es una patología cuya incidencia ha aumentado a un 36%. El tratamiento conservador, relacionado con medidas que incluyen la eliminación de la actividad desencadenante presenta altos índices de recurrencia, generando alteraciones en los entornos laboral y socioeconómico del paciente. La cirugía de tipo abierto, asociada a disminución de la fuerza, a pérdida del agarre y a recurrencia, además de los problemas cutáneos y de las cicatrices que generan inconformidad en el paciente, también exige incapacidades prolongadas que conducen a altos costos sociolaborales para el paciente y para el sistema de salud que lo cobija. El conocimiento de la anatomía quirúrgica artroscópica, el mejoramiento de los artroscopios y la depuración de la técnica quirúrgica, hacen que la artroscopía haya tomado auge en la última década, como tratamiento para esta patología, con resultados favorables hasta en el 93% de los casos, sin que se presenten complicaciones asociadas y con un fácil reintegro a la actividad laboral. Se presenta a continuación un trabajo descriptivo prospectivo, tipo serie de casos, realizado en 21 pacientes con esta patología y con buenos resultados en el 96% de ellos.

Palabras clave: Codo de tenista, artroscopía, artroscopio

ARTHROSCOPIC TREATMENT OF LATERAL EPICONDYLITIS OF THE ELBOW

Abstract

Among the pathologies associated with upper extremity overuse, the incidence of tennis elbow or lateral epicondylitis of the elbow has increased to 36%. The conservative management includes eliminating the promoting activity, which has a high index of recurrence and generates alterations of the laboral and socioeconomic activities for the patient. The surgical treatment includes open techniques which are associated with decreased strength, loss of the grip, recurrence, scars, and prolonged disabilities which generate a high cost to the patient and to the health system. The knowledge of the surgical anatomy of the elbow and the improvement of the arthroscopy techniques and instruments have promoted arthroscopy as the treatment of choice for this pathology with positive results in up to 93% of the cases, without complications and with a quick return to the laboral activities. This report is a prospective, descriptive series of 21 patients with this pathology with good outcomes in 96% of the cases.

Key words: Tennis elbow, arthroscopy, arthroscopes

* Correspondencia: tutoarroyo@gmail.com Dirección postal: Servicio de Ortopedia y Traumatología, Hospital Militar Central, Tr. 3 N° 49-00. Bogotá, D.C., Colombia.

Recibido: Enero 13 de 2008. Aceptado: Marzo 5 de 2008.

TRATAMIENTO ARTROSCOPICO DA EPICONDILITIS LATERAL DO COTOVELO

Resumo

Dentro de patologias relacionadas a síndromes sobre uso do membro superior, o cotovelo de tenista, ou epicondilitis lateral do cotovelo, é uma patologia cuja incidência aumentou em 36%. O tratamento conservador, com medidas que incluem a eliminação da atividade desencadeadora, apresenta altos índices de recorrência e gera alterações no meio trabalhista e socioeconômico do paciente. A cirurgia de tipo aberto relaciona-se a diminuição da força, a perda do agarre e a recorrência, além de problemas cutâneos e cicatrizes que geram inconformismo no paciente. Também acarreta incapacidade por tempo prolongado, refletindo em altos custos sócio-laborais para o paciente e para o sistema de saúde que o cobre. O conhecimento anatômico da cirurgia artroscópica, a melhoria dos aparelhos artroscópios e da técnica cirúrgica fazem com que a artroscopia tenha atingido seu auge na última década. Como tratamento desta patologia apresenta resultados favoráveis em até 93% dos casos, sem complicações associadas e fácil reintegração ao trabalho. A seguir, apresenta-se um trabalho descritivo prospectivo, tipo série de casos, realizado em 21 pacientes com esta patologia e com bons resultados em 96% deles.

Palavras-chave: Cotovelo de tenista, artroscopia, artroscópio

Introducción

La epicondilitis lateral, conocida también como codo de tenista, fue descrita por primera vez en 1882 por Henry J. Morris, quien valoró esta patología en los jugadores de tenis de campo, que presentaban una mala devolución, sostenían mal la raqueta y realizaban saque con dolor en la cara lateral del codo. Posteriormente se han venido ampliando los estudios acerca de la fisiopatología y anatomía de esta entidad, encontrándose que hay una importante asociación con síndromes de sobreuso y una relación directa con actividad repetitiva de tipo laboral, lo que ha incrementado su incidencia en la consulta ortopédica. En estudios electromiográficos para valorar la función muscular del codo en jugadores de tenis, Morris describió la gran actividad del extensor *carpi radialis longus* y *brevis* (ECRB) y del extensor *digitorum communis* durante el saque y también en las devoluciones (1).

Desde el punto de vista anatómico, las estructuras comprometidas son las inserciones musculares del epicóndilo lateral del codo, conocido como tendón conjunto de los extensores (extensor *carpi radialis longus*, extensor *carpi radialis brevis*, extensor *digitorum communis* y extensor *carpi ulnaris*); siendo el extensor ECRB la estructura mas comprometida, debido a la complejidad de su inserción entre el tendón conjunto y el epicóndilo lateral, por sus expansiones

al ligamento colateral lateral, la cápsula y al *septum* intermuscular.

La epicondilitis lateral se presenta entre la segunda y la cuarta década de la vida, con una prevalencia igual en hombres y mujeres y con un 65% de compromiso en la extremidad dominante. Se han postulado varias teorías acerca de la fisiopatología de la epicondilitis lateral del codo; Osgood en 1922, sugirió que la causa es la inflamación de la bursa intraarticular radial; Trethowan en 1929, la describió como una sinovitis inflamatoria; Bosworth en 1955 (2), como una fibrosis postraumática de ligamento anular, Garden en 1961 (3), como una periostitis inflamatoria y Kaplan en 1959 (4), como un atrapamiento del nervio radial.

En esta entidad los tejidos afectados se convierten en friables, homogéneos y edematosos y las fibras tendinosas pueden aparecer con fibrilaciones y con tractos sinuosos que se extienden desde la articulación del codo. En una serie de 88 pacientes reportada por Nirschl y Pettrone, el 97% de los pacientes presentó engrosamiento de la inserción del ECRB y el 35% de ellos, presentó ruptura tendinosa. Microscópicamente, Nirschl describió estos cambios como una “hiperplasia angiofibroblástica”, en la que la orientación paralela de las fibras de colágeno se rompe y hay una invasión de fibroblastos y de tejido de granulación, en ausencia de un componente inflamatorio agudo (5).

El diagnóstico clínico se basa en dolor en la cara lateral del codo, irradiado hacia el antebrazo y relacionado con actividades repetitivas en las que se tiene que mantener el puño en extensión. Hay un dolor exquisito a la palpación del epicóndilo lateral, con un área de inflamación de un cm alrededor del punto gatillo. Además se puede encontrar edema y signo de Cozen (dolor a la extensión contrarresistencia del puño). Desde el punto de vista imaginológico, en el 25 % de las radiografías simples de codo se evidencia calcificación del tendón conjunto a nivel del epicóndilo lateral y la resonancia magnética nuclear no tiene utilidad para su diagnóstico.

Entre los diagnósticos diferenciales se encuentran las alteraciones a nivel de la columna cervical con radiculopatías, las alteraciones intraarticulares del codo (cuerpos libres intraarticulares, lesiones condrales) y la compresión del nervio interóseo posterior, de manera que al solicitar rayos X de columna cervical y electromiografía de miembros superiores, se amplía el diagnóstico diferencial.

La meta del tratamiento está orientada a disminuir el dolor y la inflamación a nivel del codo y para ello existen varias propuestas. El tratamiento conservador incluye terapia física con estiramientos de los extensores, el uso de ferulajes dinámicos y estáticos, la aplicación de medios físicos con ultrasonido y con cargas galvánicas y el uso de ondas de choque extracorpóreas, además del manejo farmacológico con ciclos cortos de antiinflamatorios durante diez a catorce días, las infiltraciones con corticosteroides y por último, la cesación de la actividad detonante de la epicondilitis. Es un tratamiento que reporta índices de disminución del dolor hasta del 90%, pero cuando el paciente reincide en la actividad desencadenante del dolor, las recurrencias son del 54%.

El manejo quirúrgico está indicado cuando los pacientes no mejoran después de un año de haberse realizado tratamiento conservador, aun cuando presenten modificaciones de la actividad repetitiva generadora del dolor. Para ello se han descrito más de diez técnicas quirúrgicas abiertas, haciéndose en todas un abordaje del epicóndilo lateral, con una desinserción parcial del tendón conjunto, desbridamiento de la fibrosis y reinserción del mismo, así como epicondilectomías y alargamiento de los extensores. Con esta técnica se obtienen resultados favorables de disminución del dolor hasta en el 91%

de los casos, con limitaciones asociadas para cargar objetos pesados en el 36% y disminución de la fuerza en el 15% (6).

En la última década y a partir del conocimiento de la anatomía quirúrgica artroscópica, del mejoramiento del instrumental y de la depuración de la técnica quirúrgica, ha tomado mucho auge el tratamiento artroscópico de ésta patología. Grifka en 1996, describió una técnica artroscópica en la que se podían explorar de mejor manera lesiones capsulares e intraarticulares que podían pasar desapercibidas en los procedimientos abiertos (7) y posteriormente Baker, hizo una clasificación de las lesiones en la epicondilitis lateral así: Tipo I, lesiones con la cápsula intacta; Tipo II, lesión con desgarramiento capsular parcial y Tipo III, lesión con ruptura y retracción de la cápsula y daño del ECRB (8). Realizó también tratamiento de liberación artroscópica con resultados favorables hasta en el 93% de los casos, sin complicaciones asociadas y con fácil reintegro del paciente a la actividad laboral (8).

Con el objeto de describir los resultados funcionales del tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral del codo, de describir las complicaciones asociadas al procedimiento, de comparar su relación con las estadísticas mundiales y de describir la funcionalidad del codo después del procedimiento, el Grupo de Cirugía de Mano y Miembro Superior del Hospital Militar Central realizó un estudio observacional descriptivo prospectivo, tipo serie de casos, en el período comprendido entre enero de 2003 y diciembre de 2007.

Metodología

La muestra estuvo constituida por 21 pacientes del Hospital Militar Central de Bogotá con epicondilitis lateral del codo que no mejoraron después del tratamiento médico, que no habían recibido manejo quirúrgico previo con técnica abierta, que no tenían patología de codo de origen reumatoide o infeccioso y sin antecedentes de subluxación y de neuropatía compresiva del nervio cubital.

Antes del tratamiento artroscópico, a todos los pacientes se les hizo el respectivo examen clínico, análisis de los arcos de movimiento de la extremidad superior afectada, así como del estado neurológico motor y sensitivo. Según la escala visual análoga del dolor, se les realizó valoración del dolor pre y posartroscópico. Previamente se diseñó un formulario que incluía las

variables de análisis y en el se consignaron los datos de cada paciente. Para hacer la valoración funcional de cada uno, se utilizó la escala de la Clínica Mayo para valoración del codo. Para el análisis de la información se utilizó el programa SPSS y todos los pacientes firmaron el respectivo consentimiento informado.

Descripción de la técnica quirúrgica

Con el paciente en decúbito prono se marcan los portales artroscópicos convencionales del codo, a

través del triángulo blando del codo, formado por el espacio entre el olécranon, el epicóndilo lateral y la cúpula radial; se hace infiltración y distensión de la cápsula articular con 30 ml de solución salina; el retorno activo indica la adecuada distensión articular. La infiltración es importante debido a que facilita el ingreso de los instrumentos artroscópicos a través del portal medial, aumentando la distancia entre las estructuras neurovasculares del aspecto anterior del codo (Figura 1)

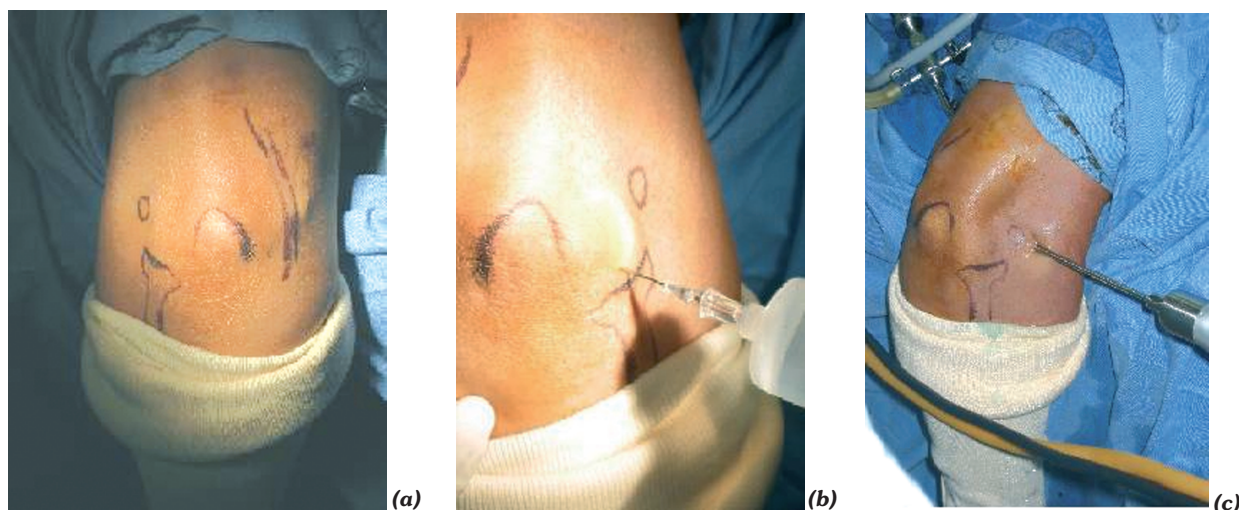


FIGURA 1. (a) Marcación topográfica del codo; (b) Infiltración articular; (c) Instrumentos en posición

Se usa el portal medial para visualizar las estructuras laterales, que se localiza dos cm proximal al epicóndilo medial y un cm anterior al *septum* intermuscular, el cual se puede palpar con los dedos. Se hace la incisión, se introduce una Kelly y luego el trocar romo, anterior al *septum* intermuscular y a la cortical anterior del húmero. Cuando se retira el trocar y hay retorno de solución salina se confirma la buena ubicación del portal. Se hace paso de una lente de 2,7 o 4,0 mm a 30°, se hace la visualización de la cavidad articular, de la articulación radiocapitelar y de la cápsula lateral y se clasifica el tipo de lesión según la clasificación de Baker (Figura 2).

Se hace el portal lateral a nivel de la articulación radiocapitelar, se introduce un *shaver* (no se usa la radiofrecuencia por riesgo de lesión neurológica) y se hace la liberación y el desbridamiento de la cápsula lateral hasta exponer el tendón del ECRB, teniendo en cuenta de no afectar las estructuras condrales, ni

el ligamento colateral lateral. Se introduce el artroscopio a través del portal lateral y se visualizan las estructuras mediales; si se encuentran cuerpos libres o lesiones condrales, se hace el tratamiento de estos de manera inmediata; además, se aborda el codo por el portal posterior para descartar patología a dicho nivel. Posteriormente se hace lavado de la cavidad articular y se infiltra a través del trocar en el portal lateral y medial con anestesia local. Se deja un vendaje blando y se inicia la movilidad posoperatoria a las 24 horas (Figura 3).

Resultados

De los 21 pacientes, con una edad promedio de 45,3 años (rango entre 26 años y 57 años) once fueron hombres y diez mujeres. La lateralidad de la lesión fue derecha en 17 pacientes e izquierda en cuatro de ellos, con compromiso de la extremidad dominante



FIGURA 2. Vista artroscópica de codo derecho. Epicondilitis lateral Baker tipo I

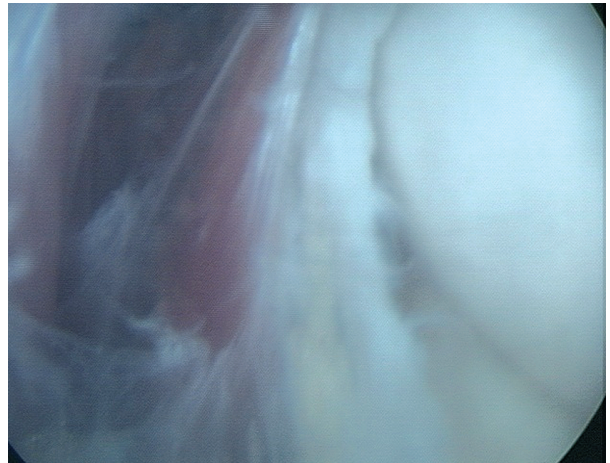


FIGURA 3. Vista artroscópica de la liberación del tendón conjunto

en el 86% de los casos. Al 100 % de los pacientes se les había hecho un plan de fisioterapia con un promedio de 50,5 sesiones y todos habían recibido infiltraciones con esteroides, con un promedio de 3,6 infiltraciones. Trece de ellos fueron manejados con *brace*, con un tiempo promedio de inmovilización de 10,5 semanas. Desde el punto de vista sociolaboral, catorce de los pacientes recibieron incapacidad para sus actividades laborales y de ellos, cinco requirieron reubicación laboral, a pesar de los tratamientos ortopédicos previos.

En cuanto a la etiología de la epicondilitis lateral, en ocho pacientes hubo un traumatismo previo, en doce síndromes de sobreuso por su actividad laboral y sólo en uno el tipo fue degenerativo. Respecto a la

clasificación artroscópica de Baker para la epicondilitis lateral, tres pacientes presentaron lesión Tipo I, doce tipo II y seis tipo III. La escala análoga del dolor preoperatoria fue en promedio de 9,9 y la postoperatoria de 1,4 (Figura 4)

Desde un punto de vista subjetivo, el 95% de los pacientes refirieron sentirse “mejor” o “mucho mejor”, después de someterse al procedimiento artroscópico y la incapacidad postoperatoria secundaria al procedimiento fue de 50 días, con un tiempo de reintegro laboral a su actividad física plena de 45 días.

En la valoración funcional del codo según la escala de la Clínica Mayo el promedio fue de 11,44 (95%) sobre un máximo de doce (100% de la escala fun-

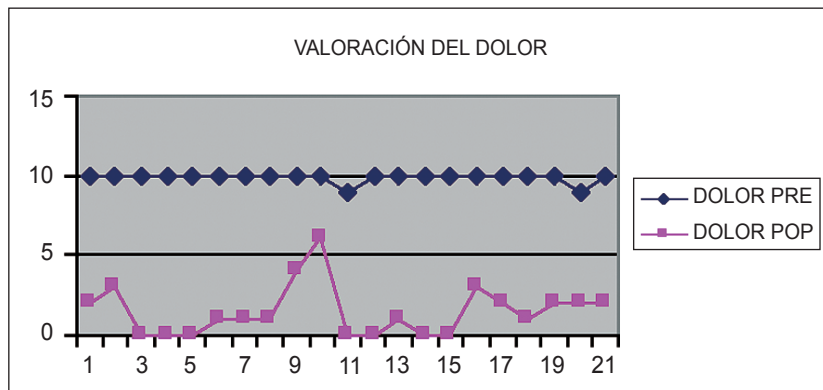


FIGURA 4. Valoración según escala análoga del dolor (EAD), preoperatoria y postoperatoria

cional aplicada). No se presentaron complicaciones postoperatorias y sólo en un caso hubo persistencia del dolor, secundaria a un canal cervical estrecho que requirió de manejo por cirugía de columna.

Discusión

La principal causa de epicondilitis lateral del codo se debe a los síndromes de sobreuso en las actividades diarias de los pacientes, sean estas de tipo laboral o deportivo y asociadas directamente a la muestra del estudio, conformada por pacientes en edad productiva, que requieren de una rápida rehabilitación y retorno a sus actividades laborales.

Desde el punto de ganancia secundaria o de compensación laboral para los pacientes sometidos a artroscopia, siete de ellos no recibieron incapacidad laboral o algún tipo de compensación debido a que eran militares activos, con los consabidos riesgos perjudiciales para su carrera. Todos los pacientes que recibieron incapacidad y reubicación laboral trabajaban en actividades manuales pesadas y repetitivas, o estaban afiliados a Administradoras de Riesgos Profesionales (ARP). Como se ha demostrado en otros estudios, muchos pacientes presentan altos índices de dolor preoperatorio relacionado con la compensación laboral que reciben; en este caso, la rapidez de recuperación y el retorno a la actividad laboral fue la misma, con disminución de los índices de incapacidad laboral. Igualmente, por tratarse de una técnica mínimamente invasiva, por realizarse una movilización precoz del codo y por el estricto plan de rehabilitación, no se presentaron desenlaces negativos.

El pronóstico de la clasificación artroscópica de Baker no estuvo relacionada con los resultados funcionales y los pacientes con lesiones Tipo I presentaron los mismos resultados de retorno a la actividad laboral y disminución del dolor que los de Tipo II o III. Sin embargo, los grupos etáreos de paciente de mayor edad se encontraban en los Tipo II y III.

Los resultados funcionales que se encontraron en el estudio estuvieron entre buenos y excelentes en el 95% de los pacientes, con una recuperación funcional y retorno a las actividades de la vida diaria comparables a las reportadas por otros autores (8).

Sin desconocer los sesgos inherentes a los trabajos prospectivos y a los instrumentos de medición, se puede concluir que la liberación artroscópica es una alternativa quirúrgica útil como tratamiento de la epicondilitis lateral del codo porque se disminuye el tiempo de inmovilización, se facilita la rehabilitación del paciente y porque se mejoran las condiciones para volver al entorno laboral.

El uso adecuado de la técnica quirúrgica de manera depurada y con la marcación topográfica en el codo del paciente, facilita la realización del procedimiento y disminuye los índices de complicaciones. Es importante tener en cuenta que una valoración exhaustiva de esta patología, permite descartar síndromes de sobreuso asociados, que inciden en la persistencia de los síntomas, a pesar de la instauración del tratamiento.

Referencias

1. Morris M, Jobe FW, Perry J. Electromyographic analysis of elbow function in tennis players. *Am J Sports Med.* 1989;17:241-247.
2. Garden RS. Tennis elbow. *J Bone Joint Surg Br.* 1961;43:100-106.
3. Bosworth DM. The role of the orbicular ligament in tennis elbow. *J Bone Joint Surg Am.* 1955;37:527-533.
4. Kaplan EB. Treatment of tennis elbow (epicondylitis) by denervation. *J Bone Joint Surg Am.* 1959;41:147-151.
5. Nirschl RP, Pettrone FA. Tennis elbow: The surgical treatment of lateral epicondylitis. *J Bone Joint Surg Am.* 1979;61:832-839.
6. Dlabach JA, Baker CL. Lateral and medial epicondylitis in the overhead athlete. *Operative Techniques. Orthopaedics.* 2001;11:46-54.
7. Grifka J, Boenke S, Kramer J. Endoscopic therapy in epicondylitis radialis humeri. *Arthroscopy.* 1995;11:743-8.
8. Baker CL, Murphy KP, Gottlob CA, Curd DT. Arthroscopic classification and treatment of lateral epicondylitis: two year clinical results. *J Shoulder Elbow Surg.* 2000;9:475-82.

1. Introducción

La artroscopia de codo es un procedimiento cuyo uso se está expandiendo en los últimos años y es muy útil para tratar cada vez más patologías de dicha articulación. La experiencia en el uso de la artroscopia en general, junto con un aumento del conocimiento de la anatomía artroscópica en particular, explican el aumento en el uso de esta técnica. Las indicaciones de la artroscopia de codo incluyen, en primer lugar, la artroscopia diagnóstica y en segundo lugar la artroscopia terapéutica. La artroscopia diagnóstica es útil cuando existe sospecha de patología intraarticular pero no se puede llegar al diagnóstico mediante otra prueba no invasiva o cuando es necesario además tomar biopsias. Las indicaciones de la artroscopia terapéutica van en aumento, siendo actualmente las siguientes:

- Desbridamiento en artritis séptica y osteoartritis.
- Sinovectomía en artritis inflamatorias.
- Liberación en la rigidez de codo.
- Tratamiento de los defectos osteocondrales y extracción de cuerpos libres.
- Tratamiento de algunos casos de fracturas intraarticulares.
- Tratamiento de algunos casos de inestabilidad de codo.
- Epicondilitis lateral o codo de tenista.

A pesar de su uso frecuente, no podemos desdeñar que se trata de una técnica aún en desarrollo en la que existen varias limitaciones, riesgos y que no está exenta de complicaciones. La anatomía del codo y su proximidad a diversas estructuras neurovasculares importantes la convierte en la articulación más susceptible de sufrir una lesión neurovascular durante un procedimiento artroscópico. Por lo tanto, a la hora de utilizar esta técnica es fundamental tanto una gran experiencia con la artroscopia en general, como un conocimiento anatómico exacto del codo. Por este último motivo se suele contraindicar, al menos de manera relativa, la artroscopia cuando nos encontramos ante un codo con alteraciones de la anatomía significativas tales como:

- Trasposición del nervio cubital, ya sea subcutánea o especialmente submuscular o intramuscular. Muchas veces en relación con cirugías previas.
- Desestructuración importante y diseminada de la articulación por cambios artrósicos o reumáticos muy avanzados o en fracturas con gran distorsión anatómica.

2. Complicaciones no específicas de la artroscopia de codo

¿Qué complicaciones podemos tener en la artroscopia del codo? Existen unas complicaciones más generales y que pueden aparecer en procedimientos artroscópicos de cualquier articulación. Algunas de estas son: la infección, fístula o sangrado persistente a través de los portales y daño iatrogénico del cartílago articular. Se ha estimado que el riesgo de complicación en la artroscopia de codo oscila entre un 12-14% (1,2)

2.1. Infección profunda.

En general, el riesgo de infección profunda es equiparable al que existe en la artroscopia del resto de las articulaciones. Para evitar la infección, no se recomienda la inyección de corticoide intraarticular al finalizar la artroscopia, ya que un artículo que incluyó 417 artroscopias (Nelson y colaboradores) demostró que ambos factores estaban relacionados (2). En este artículo la frecuencia de infección articular fue de 2,2% mientras que en otro artículo muy potente con gran casuística (Kelly y colaboradores) fue de 4 casos en una serie de 473 pacientes, lo que supone un 0,8% (1).

2.2. Fístula o drenaje persistente e infección superficial portales.

En el codo, para evitar la fístula o drenaje persistente, se recomienda el uso de suturas para el cierre de los portales (1), ya que de lo contrario existe más riesgo de complicación en este sentido o de infección superficial de los portales según las series publicadas.

2.3. Osificación heterotópica.

Otra complicación descrita es la osificación heterotópica, pero esta es mucho menos frecuente que con los procedimientos quirúrgicos abiertos del codo.

2.4. Rigidez de codo.

En cuanto a la rigidez del codo, complicación muy temida, de la que no nos debemos olvidar nunca, por su frecuencia y difícil tratamiento en esta articulación, no supone una amenaza en la artroscopia siempre que se prevenga mediante la movilización precoz. De hecho, el tratamiento artroscópico es un procedimiento que entre otros motivos, nace con la idea de prevenir la rigidez.

3. Complicaciones específicas de la artroscopia de codo

El principal riesgo de complicación específico en la artroscopia de codo son las lesiones de nervios periféricos, que potencialmente puede ser muy graves por provocar una pérdida de función importante. Se incluyen la lesión iatrogénica del nervio radial, la lesión de su rama motora interóseo posterior y la lesión de sus ramas sensitivas. Otras lesiones nerviosas que se pueden producir son la del nervio mediano, cutáneo antebraquial y del nervio cubital.

3.1. Lesiones de nervios periféricos

Se estima que el riesgo de lesión nerviosa está entre un 1 y un 5%. El riesgo aumenta cuando se trata de codos en el contexto de artritis reumatoide o rígidos. El mecanismo lesional consiste en compresión, tracción, inyección de anestésico local o traumatismo directo.

En el estudio con más casuística que trata las complicaciones en la artroscopia de codo publicado hasta la fecha, Kelly EW y sus colaboradores en la clínica Mayo, (1) hacen una revisión retrospectiva de 473 artroscopias de codo consecutivas realizadas en 449 pacientes, en un periodo de 18 años. Hasta la fecha en la que se publica este estudio, las complicaciones de la artroscopia de codo y en concreto de lesiones de nervios periféricos habían sido publicadas en pequeños estudios que consistían en escasas series de casos o casos clínicos únicos. En el estudio de Kelly, de los 473 casos, 414 fueron seguidos durante más de 6 semanas. Además de analizar los diferentes diagnósticos y procedimientos realizados, realizan una revisión de las complicaciones. Si atendemos a las complicaciones en relación con lesión nerviosa existieron un 2,5% de lesiones neurológicas, que consistieron en:

Parálisis transitoria o neuroapraxia nerviosa en 12 casos, entre los que se cuentan:

- 5 casos nervio cubital,
- 4 casos nervio radial superficial (sensitivo)
- 1 caso nervio interóseo posterior
- 1 caso nervio cutáneo antebraquial medial
- 1 caso nervio interóseo anterior

En el estudio no hubo lesiones vasculonerviosas permanentes ni síndromes compartimentales y todas las neuroapraxias se resolvieron sin secuelas y sin realizar procedimientos terapéuticos adicionales. Se vio que el factor de riesgo más importante para la producción de una neuroapraxia fue que se tratara de un codo reumático o rígido.

Por lo tanto este estudio refleja que las lesiones transitorias nerviosas o neuroapraxias son frecuentes aunque suelen ser autolimitadas, mientras que la lesión completa y permanente es rara.

Otro estudio que incluyó 417 artroscopias arrojó unos datos similares de lesiones nerviosas (2). respecto al estudio que se ha comentado previamente (1). En cuanto a frecuencia y distribución. No existieron casos de lesión nerviosa establecida y se presentaron 7 casos de neuroapraxia nerviosa, incluyendo:

- 5 casos radial superficial (sensitivo)
- 2 casos nervio sensitivo no especificado.

Otros estudios han publicado también sus complicaciones y se han descrito lesiones de todos los nervios periféricos principales del codo. (3-6)

Algunos de ellos apuntan a que las lesiones neurovasculares probablemente sean más frecuentes de lo que actualmente refleja la literatura. Si nos fijamos en los dos estudios publicados con más número de artroscopias a los que ya hemos hecho referencia podemos concluir que la lesión nerviosa permanente es extremadamente rara, ya que en casi 1000 pacientes no ha existido ningún caso. Estos datos chocan con los datos obtenidos de los estudios anatómicos en los que vemos la proximidad de las estructuras nerviosas. Recientemente, en una encuesta online de los miembros de la “American Society for Surgery of the Hand” se ha visto que hay descrita una incidencia mucho mayor de lesiones nerviosas

permanentes, lo que indica que quizá este hecho no sea tan raro (7). Es de gran importancia no infraestimar el riesgo de lesión nerviosa a la hora de realizar artroscopia de codo y prestar atención máxima a este aspecto durante el procedimiento. A continuación se exponen algunos datos que hay que conocer acerca de los nervios que se encuentran en las áreas de trabajo de la artroscopia de codo y que son susceptibles de lesión.

3.1.1. NERVIO RADIAL

- La parálisis del nervio radial es la segunda más frecuente, después de la parálisis transitoria del nervio cubital en base a los estudios publicados hasta la fecha.
- Existen parálisis transitorias del nervio radial de horas de duración. Se cree que estas pueden ser debidas a la extravasación del anestésico local desde el portal anterolateral y no requieren tratamiento (8).
- El nervio radial y su rama motora: interóseo posterior, están en riesgo de lesión al realizar el portal anterolateral. Existe mayor seguridad de no lesionar el nervio cuanto más proximal y anterior sea el portal. Algunos autores de hecho diferencian el portal anterolateral proximal (siendo el más seguro) del anterolateral distal clásico, aunque hay cierta confusión en la terminología*.

**Véase apartado 3.4.3: Correcta ubicación de los portales artroscópicos*

3.1.2. NERVIO CUBITAL

- La parálisis transitoria del nervio cubital es la lesión que aparece con más frecuencia.
- Se encuentra en mayor riesgo de lesión especialmente cuando se realiza el portal anteromedial proximal (especialmente si existe luxación anterior del nervio) y también en el portal estrictamente posterior, aunque éste es seguro siempre que no se traspase la línea media hacia cubital.

3.1.3. NERVIO MEDIANO

- Se encuentra en riesgo al realizar el portal anteromedial. Existen pocas lesiones publicadas en esta localización.

3.1.4. NERVIO CUTÁNEO ANTEBRAQUIAL LATERAL

- Esta es la rama terminal del nervio musculocutáneo y se divide en una rama sensitiva anterior y otra posterior a nivel del epicóndilo lateral
- Se encuentra en riesgo de lesión al realizarse el portal anterolateral distal y en el lateral directo o "softspot", aunque existe menor riesgo en este último.

3.1.5. NERVIO CUTÁNEO ANTEBRAQUIAL MEDIAL

- Existe mayor riesgo de lesión con el portal anteromedial y anteromedial proximal.
- Las lesiones de los nervios sensitivos, aunque son una complicación considerable, obviamente son menos graves que las lesiones de los nervios motores a nivel del codo, que a su vez lo más frecuente es que sean transitorias por tratarse de neuroapraxias.

4. Factores que disminuyen el riesgo de lesión nerviosa

Existen varios factores que pueden disminuir el riesgo de lesión nerviosa. Para su mejor exposición los dividiremos en factores de la planificación prequirúrgica (aquellos que podemos controlar ya desde la consulta, antes de entrar en quirófano), factores de la planificación perioperatoria (aquellos que podemos controlar con el paciente ya en quirófano y antes del inicio de la cirugía, incluyendo el posicionamiento y los portales planificados), aquellos relacionados con la elección del material quirúrgico y aquellos relacionados con la técnica o gestos realizados durante la cirugía.

4.1. Factores de la planificación pre-quirúrgica.

4.1.1. ANAMNESIS E HISTORIA CLÍNICA

Historia detallada de cirugías previas a nivel del codo incluyendo la información acerca de si se ha realizado trasposición del nervio cubital, y en tal caso, qué tipo de trasposición.

4.1.2. EXPLORACIÓN FÍSICA

Comprobar preoperatoriamente siempre si el nervio cubital se luxa o se subluxa, ya que esto sucede hasta en el 16% de la población (8), y si está presente, existe un riesgo más elevado de lesionarlo al realizar portales anteromediales.

4.2. Factores de la planificación perioperatoria: Posicionamiento y portales

4.2.1. POSICIONAMIENTO DEL PACIENTE

Asegurarse de colocar al paciente de manera correcta. Preferiblemente en decúbito lateral sobre el lado contrario al que se va a intervenir. Colocar siempre un soporte bajo la axila del miembro sano y asegurarse de que no entra en el campo de movimiento del miembro a intervenir, para poder flexionar el codo del mismo sin problemas durante la intervención. El brazo del miembro a intervenir se apoyará en un soporte almohadado a nivel del manguito de isquemia para evitar la presión directa sobre el brazo. Todo el montaje debe permitir que el antebrazo cuelgue libremente y el codo esté flexionado a 90°.

4.2.2. DIBUJAR REFERENCIAS ÓSEAS Y PORTALES

Dibujar siempre la anatomía ósea con un rotulador permanente, marcando también los puntos de entrada de los portales artroscópicos. Durante la cirugía se puede distorsionar mucho la anatomía de superficie haciendo imposible la palpación de las estructuras óseas de referencia, por lo que tener referencias visuales es de gran ayuda para orientar al cirujano cuando ya lleva un tiempo de intervención.

4.3. Factores durante la cirugía relacionados con el material.

4.3.1. VAINA ARTROSCÓPICA:

Utilizar vaina específicamente diseñada para el artroscopio estándar de 4mm y de 30°. Si se utiliza una vaina común intercambiable para los artroscopios de 30° y 70° el líquido fluye hacia las partes blandas extracapsulares produciendo el edema correspondiente en los tejidos blandos y la distorsión de la anatomía de manera más rápida, dificultando el procedimiento. Esto sucede porque las vainas no específicas de artroscopio de 30° tienen una apertura de 1 cm en la base que se extiende proximalmente al extremo de la óptica (para permitir el uso de la de 70°). Esta apertura supone el punto de fuga del líquido. Tampoco se recomienda por el mismo motivo que la vaina tenga agujeros cerca del extremo.

4.3.2. DISPOSITIVO DE PRESIÓN

Utilizar dispositivos de bomba de presión para conseguir una mayor distensión y una tasa de flujo menor que amplía nuestro área de trabajo y visibilidad.

4.4. Factores durante la cirugía relacionados con la técnica.

4.4.1. INSUFLACIÓN DE LA ARTICULACIÓN PREVIO A PORTALES:

Antes de empezar la artroscopia, comenzar insertando una aguja 18G ya sea en el portal lateral directo también llamado “soft spot” o en el primer portal que se vaya a realizar. El orden de los portales va a depender de la experiencia y preferencia del cirujano y de la patología que se desea tratar, aunque lo más frecuente es que se realice primero ya sea el portal anteromedial o anterolateral (existen 2 corrientes diferentes) o si no, el lateral directo o “soft spot”. Este último portal se encuentra entre el capitellum, la cabeza radial y el olecranon y es un punto que se palpa fácilmente como una zona más blanda que se corresponde con el hoyuelo que se ve al extender el codo. Este espacio está ocupado por el ancóneo y nos guía a la articulación. Una vez introducida la aguja, se insufla dentro de la articulación con 15-30 mL de suero. Esta suele ser la capacidad normal del codo y con este volumen distendemos la cápsula articular para ya poder acceder de manera más fácil y segura al codo mediante el resto de portales. Al distender la cápsula articular y colocar el codo a 90° las estructuras vasculonerviosas anteriores se desplazan más anteriormente quedando más protegidas. Por ejemplo, la distancia media entre el nervio radial y el artroscopio puede aumentar de 4mm en condiciones normales hasta 11mm con la distensión, haciendo más segura la preparación del portal anterolateral. Evitar introducir más volumen inicialmente por el riesgo de romper la cápsula.

4.4.2. TÉCNICA BÁSICA PARA INICIAR PORTALES ARTROSCÓPICOS:

A la hora de realizar cualquier portal la incisión inicial se realiza con una hoja de bisturí nº11 y se limita sólo a la piel. Para avanzar hasta la articulación se realiza de forma roma y se entra mediante el onjuno habitual de trocar roma-vaina.

4.4.3. CORRECTA UBICACIÓN DE LOS PORTALES ARTROSCÓPICOS

Es importante realizar una correcta ubicación de los portales artroscópicos, dibujándolos previamente como ya se ha subrayado. Podemos encontrar mucha bibliografía contrastada que describe los portales anatómicos del codo, principales y accesorios, cosa que no es objeto de este capítulo. Se han descrito hasta diez portales divididos en tres grandes grupos: cuatro anteriores, tres posteriores y tres accesorios. Como norma general, es importante tener presente que ningún portal anterior se creará distal a la articulación radiocapitelar, y cualquier portal posterior se creará siempre lateral a la línea media. En este apartado sí que se tratarán algunas consideraciones específicas que hay que tener en cuenta en los portales principales, y que pueden evitar complicaciones.

- Portal anterolateral: El margen de seguridad aumenta si localizamos el portal más proximal, al alejarnos del nervio interóseo posterior. Por lo tanto, es importante tener en cuenta no pecar de una localización distal al surco radiocapitelar en este portal. Según la bibliografía que consultemos, la localización respecto a las referencias anatómicas es distinta. Algunos localizan el portal en la región anterior y 3 cm distal al epicóndilo lateral (9). Otros autores consideran que este punto es erróneo por ser demasiado distal, incurriendo en un mayor riesgo de lesión nerviosa al utilizarlo. Subrayan la importancia de localizarlo no más de 1 cm distal al epicóndilo lateral, sin sobrepasar el surco que se palpa anteriormente entre la cabeza radial y el capitellum (8, 10). Se han descrito variantes de este portal incluyendo el portal anterolateral proximal, y el anterolateral clásico o distal. Con todo, es el portal con mayor riesgo por lo que se recomienda introducir una aguja 18G y aspirar líquido para asegurarnos de que estamos dentro de la articulación, siempre habiendo realizado la distensión capsular previa. Por último, una consideración fundamental es que siempre se ha de hacer este portal con el codo flexionado a 90° para alejar las estructuras neurovasculares. En este portal también existe riesgo de lesionar el nervio sensitivo cutáneo antebraquial lateral.
- Portal anteromedial: Los nervios en riesgo de lesión en este portal son el nervio cutáneo antebraquial medial, el nervio mediano y el cubital. Es importante saber que la distancia de estos troncos nerviosos es mayor que la de los portales laterales al nervio radial. Este es el

motivo por el que, al tratarse de portales más seguros, muchos autores prefieren abordar el compartimento anterior empezando desde el lado radial* *Véase apartado 3.4.4: Orden de inicio de los portales El nervio cutáneo antebraquial medial se encuentra a una media de 1 mm y el nervio mediano a una media de 7 mm, aumentando esta distancia con el codo en flexión y con la cápsula distendida. El nervio cubital queda más alejado pero para evitar sorpresas se destaca la importancia de descartar que el paciente presente hipermovilidad o luxación anterior del nervio cubital (11).

- Portal anteromedial proximal (superomedial): Con esta variante del portal anteromedial podemos lesionar los mismos nervios que con el portal anteromedial aunque disminuye el riesgo de lesión del nervio mediano en gran medida y en menor medida del nervio cutáneo antebraquial medial. El nervio cutáneo antebraquial medial se aleja a 2 mm y el nervio mediano se aleja a 12 mm, en comparación a los 1 mm y 7 mm respecto al portal anteromedial. Aunque el nervio cubital se encuentra en zona segura tras el septo intermuscular, puede aumentar específicamente el riesgo de lesión del nervio con este portal.
- Portal lateral directo o “soft spot”: Es una entrada segura, presentando sólo cierto riesgo de lesión del nervio cutáneo antebraquial lateral. Por eso se utiliza como punto para la inyección inicial de suero para distender la articulación.
- Portal posterolateral y posterior directo: Realizar siempre bajo visión directa ubicándolos posterior al portal lateral directo. En estos portales existe riesgo de lesión del nervio cubital y del nervio cutáneo antebraquial posterior. Siempre se deben ubicar laterales a la línea media.
- o Portal posteromedial: Este portal, que se encuentra en la región del nervio cubital no se ha descrito en la artroscopia de codo por el riesgo evidente de lesión iatrogénica. No se debe realizar.

4.4.4. ORDEN DE INICIO DE LOS PORTALES

Existe controversia acerca de cuál es el mejor orden a la hora de realizar los portales para evitar la lesión nerviosa iatrogénica. Se puede empezar por el portal anterolateral o el anteromedial. Como ya se ha comentado, existen dos corrientes:

- A. Realizar primero el portal anteromedial. Un argumento válido a favor de la realización rutinaria del portal anteromedial antes de hacer el anterolateral es que el nervio radial pasa sólo a 4 mm del artroscopio en el portal anterolateral, mientras que el nervio mediano está separado 11 mm del portal anteromedial (8). En cuanto a la distancia con respecto al nervio cubital, existe un margen de seguridad suficiente siempre que se posicione correctamente el portal y no exista luxación anterior del nervio cubital, dato del que ya deberíamos haber tomado nota antes de planificar la cirugía.
- B. Realizar primero el portal anterolateral y bajo visualización directa desde dentro de la articulación, realizar a continuación el portal anteromedial. En este punto se puede realizar el portal anteromedial de manera estándar bajo visualización directa o de dentro a fuera mediante la técnica “inside-out”, también llamada “switch-stick”. En esta técnica se cambia la óptica por un trócar romo, haciéndolo avanzar hasta la piel. Los que abogan por comenzar por el portal anterolateral argumentan que justamente por tratarse del punto más conflictivo, con el menor margen de distancia de seguridad respecto a estructuras neurovasculares, es razonable crear este portal antes de que la extravasación de fluidos y la distensión alteren los puntos de referencia palpables. Algunos autores especifican que utilizan como portal de inicio de la artroscopia el portal anterolateral proximal ya que existe menor riesgo que con el anterolateral distal o clásico. Debido a la confusión de la terminología, otros autores no especifican que se trate del portal anterolateral proximal, pero si se analiza la distancia del portal con respecto al epicóndilo lateral, podemos constatar que se trata del mismo portal. De una forma u otra, lo importante una vez más es saber que hay que evitar realizar el portal más distal a la articulación radiocapitelar para evitar la lesión iatrogénica.

4.4.5. PROCEDIMIENTO ARTROSCÓPICO

- Aunque el posicionamiento de los portales artroscópicos se haya realizado correctamente, los nervios periféricos pueden ser dañados durante el procedimiento artroscópico. Un estudio que utilizó 20 especímenes de cadáver con fines de estudio anatómicos (12) concluyó que aún con una posición correcta de los portales, existen posiciones del codo en las que los nervios corren peligro de lesión, especialmente la flexión y extensión completa y la supinación. Por lo tanto, se debe evitar mantener estas posiciones de manera prolongada o realizar excesivas angulaciones apalancando la óptica cuando mantengamos estas posiciones. Además, se recomienda evitar dejar las cánulas en los portales anteriores cuando estamos realizando procedimientos en los que trabajamos en la región posterior del codo, por el riesgo de lesión por tracción del nervio radial y mediano cuando realizamos movimientos de flexoextensión. - A la hora de utilizar el motor de la artroscopia y el sinoviotomo es necesario guardar la precaución de no utilizar la aspiración cuando nos encontramos cerca de territorio nervioso. Algunos autores no recomiendan en general el uso de aspiración, al contrario de lo que se hace habitualmente en el resto de articulaciones.

5. Bibliografía

1. Kelly EW, Morrey BF, O'Driscoll SW: Complications of elbow arthroscopy. J Bone Joint Surg Am 2001;83(1):25-34.
2. Nelson GN, Wu T, Galatz LM, Yamaguchi K, Keener JD. Elbow arthroscopy: early complications and associated risk factors. J Shoulder Elbow Surg. 2014 Feb;23(2):273-8.
3. Steinmann SP: Elbow arthroscopy: Where are we now? Arthroscopy 2007;23(11): 1231-1236.
4. Adams JE, Steinmann SP: Nerve injuries about the elbow. J Hand Surg Am 2006;31 (2):303-313.
5. Ruch DS, Poehling GG: Anterior interosseous nerve injury following elbow arthroscopy. Arthroscopy 1997;13(6):756-758.
6. Verhaar J, van Mameren H, Brandsma A: Risks of neurovascular injury in elbow arthroscopy: Starting anteromedially or anterolaterally? Arthroscopy 1991;7(3): 287-290.
7. Verhaar J, van Mameren H, Brandsma A: Risks of neurovascular injury in elbow arthroscopy: Starting anteromedially or anterolaterally? Arthroscopy 1991;7(3): 287-290.)
8. Morrey BF. The Elbow and Its Disorders. Mayo Clinic. Rochester. Minnesota
9. Andrews, J. R., St Pierre, R., Carson, W.: Arthroscopy of the elbow. Clin. Sports. Med. 1986, 5: 653-662.
10. Boe, S.: Arthroscopy of the elbow. Diagnosis and extraction of loose bodies. Acta Orthop. Scand., 57: 52-53, 19869.
11. Sahajpal DT, Blonna D, O'Driscoll SW. Anteromedial Elbow arthroscopy portals in patients with prior ulnar nerve transposition or subluxation. Arthroscopy. 2010; 26:1045-52.
12. Sahajpal DT, Blonna D, O'Driscoll SW. Anteromedial Elbow arthroscopy portals in patients with prior ulnar

Barranquilla, Febrero 21 de 2018

Señores:

CLINICA PORTO AZUL

Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ

Referencia: DERECHO DE PETICION

IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, varón, mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad de Barranquilla, identificado con cedula de ciudadanía No. 72.048.395 de Barranquilla, (Atlántico) y el Dr. JAN MORENO LANA O, Hombre, igualmente mayor de edad, vecino y residente en esta ciudad, identificado con cedula de ciudadanía No. 72,218.162 de Barranquilla, como apoderado judicial coadyuvamos a elevar Derecho de Petición por lo siguiente:

MOTIVOS

1. Mi Poderdante el Señor IVAN ESCORCIA CEBALLOS, identificado con Cedula de Ciudadanía No. 72.048.395 se encuentra afiliado al Sistema General de Seguridad Social en Salud del Régimen Contributivo como Cotizante
2. Las patologías de mi Mandante cumple los criterios de Enfermedad Profesional
3. El Concepto Medico Laboral por ARP SURA, sobre el Origen de las Patologías Tendinitis hombro Derecho, Epicondilitis Lateral Derecha y Síndrome del Túnel del Carpo Derecho
4. Mi poderdante de acuerdo a su Origen Laboral deberá continuar el manejo y seguimiento de su patología a través de la ARP SURA, de acuerdo como lo estableció la Comisión Laboral, ARP SURA REGIONAL NORTE
5. Mi Poderdante su última Incapacidad que le dio su Médico Especialista Tratante el Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS

- LOPEZ fue del 15 de Enero de 2018 hasta el 15 de Febrero de 2018, se la daban por 15 Días o por 30 Días de Incapacidades
6. Su Médico Especialista Tratante, el Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ, no le quiere Prorrogar las Incapacidades a mi Representado
 7. Este Medico Profesional de la Salud argumenta que mi prohijado ya se encuentra bien y que no puede seguir generándole más Incapacidades
 8. Donde lo remite al Médico de Seguimiento Integral con la Dra. EVELIN TAFFUR, con Cita para el día 8 de Marzo de 2018
 9. El Médico Especialista Tratante, debe seguir los pasos de Valoración por Medicina de Trabajo, para Manejar Rehabilitación , Reconvención, y Readaptación
 10. Mi Poderdante en estos momentos se encuentra con Médico Psiquiatra Particular con el Dr. ALFREDO PUGLIESE JIMENEZ
 11. Mi Poderdante se encuentra desprotegido por este Medico de la Salud RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ , por negarle sus Incapacidades que tanto requiere mi Mandante
 12. La Empresa no lo quiere Recibir en esa Condición de Salud y mucho menos pagarle sus Incapacidades
 13. Las incapacidades de Mi Mandante son su Mínimo Vital, ya que Generan el Sustento Económico para él y su Núcleo Familiar

PETICION

- Solicito que la ARP SURA, no le siga Negando las Incapacidades a mi Poderdante
- Solicito que su Médico Especialista Tratante el Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ, Medico de ARL Sura, le siga Prorrogando sus Incapacidades a mi Representado.

ANEXO

- 1) Copia de Dictamen de Psiquiatría por el Dr. ALFREDO PUGLIESE JIMENEZ

- 2) Copia de Alta por Mejoría por el Dr. RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPES
- 3) Poder Debidamente Autenticado

NOTIFICACIONES

Recibiré notificaciones en mi Oficina de abogados en la calle 38 en la calle 38#45-38 Ofic 314 Edificio Escolar García Tel: 3046369257 o 3708305.
Email janmorenolanao@gmail.com

Le Agradezco una Respuesta de Fondo,

Cordialmente,

Ivan Enrique Escorcía Ceballos
IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS
C.C. No. 72.048.395 de Barranquilla

JAN MORENO L.
JAN MORENO LANA O
C.C. No. 72.218.162 de Barranquilla
T.P. No. 256.571 del C.S.J



CLUB DE LEONES DE BARRANQUILLA
"MONARCA"
CLINICA GENERAL ROBERTO CARIDI
MEDICINA GENERAL Y OTORRINO

4

HISTORIA No 72.048.395

FECHA 18-02-2017

NOMBRE: Ivan Escorcia Ceballos

FECHA DE NACIMIENTO: 5-05-1977

DIRECCION: Cra 4A #12-34

LUGAR: BQ

TELEFONO: 3137122172

EDAD: 39 años

ESTADO CIVIL: Casado

PROFESION: Tecnico Mecanico

ACOMPAÑANTE:

MOTIVO DE CONSULTA - ENFERMEDAD ACTUAL

|| Me siento muy ansioso ||

Creo que voy a morir con

- problemas para conciliar el sueño
- manifestaciones somáticas de ansiedad
- manifestaciones cognitivas de ansiedad
- ideas de minimización
- ideas de culpa exagerada

En los últimos meses he estado sintiendo
y ceder espontáneamente en seguir
la normalidad.

Antecedentes: Múltiples episodios de ansiedad
con limitaciones funcionales.

Examen mental: Vigil, atento, orientado, mejor
de fijación 2/5 a atención 5/5 a evasión
completa, hiperreflexia, hiperreflexia hacia la
ansiedad y la hipersensibilidad, hiperreflexia en la
idea de minimización, hiperreflexia, hiperreflexia
inquietud motora normal, juicio adecuado
intuición normal.

Diagnóstico: F33.1

Nota: Debe ser tratado con medicación

Alfredo Pugliese Jiménez
PSIQUIATRA

CLUB DE LEONES DE BARRANQUILLA
"MONARCA"
CLINICA GENERAL ROBERTO CARIDI
CALLE 66 No. 38 - 99 3198555 3567368 BARRANQUILLA
 (OPERADO POR: U.T. PROMOTORA DE SALUD DEL CARIBE)

HISTORIA CLINICA

DATOS PERSONALES

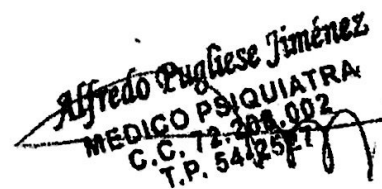
APELLIDOS: ESCORCIA CEBALLOS		NOMBRES: IVAN ENRIQUE		Fecha Nacimiento: 05
EDAD 40	SEXO 1	IDENTIFICACION CC 72048395	Estado Civil: SEPAR	
TELEFONO 3137122172		DIRECCION MALAMBO		
OCUPACION: TECNICO MECANICO				
ACOMPANANTE: XXXXXXXXXXXX		TELEFONO: XXXXXXXXXXXX	PARENTESCO: XXXXX	
RESPONSABLE: XXXXXXXXXXXX		TELEFONO: XXXXXXXXXXXX	CIUDAD: BARRANQUI	

13 ene 2018.

F33.1 asociada a dolor

mala evolución, tiene dolor crónico y serio íleo de minusvalía que se empeoran por tener a cinco de codo en derecho con lesión del nervio mediano. Tiene mayor insomnio, curso con irritabilidad y hostilidad de relaciones interpe just a manifestaciones de ansiedad.

com: Mirtogamia 75mg / noche
 en la juu


Alfredo Pugliese Jiménez
 MEDICO PSIQUIATRA
 C.C. 72.208.002
 T.P. 5412577

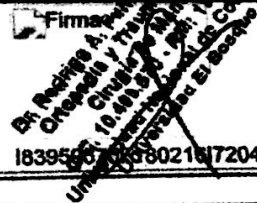
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS		Identificación: CC 72048395	
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS		Sexo: Masculino	Edad: 40 A? OS
Afilación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3108880	Teléfono (2):	Plan: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA	Orden: 81009-23033500	Tipo Consulta: No Disponible	
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP	Fecha: 2018/02/16 10:54	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)	
Responsable: No disponible			
Acompañante: No disponible			
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI			
MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL DERECHA LESION DE NERVO RADIAL POP TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL FCR AL EDC Y DEL PL AL EPL 04/11/2017 EA: PACIENTE QUE PESE A MAENJO QUIRURGICO DE RTANSFERENCIA TENDINOSA NO SE LOGRA LA ADECUADA EXTENSION DE DEDOS Y DE DEDO PULGAR.			
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS :Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario :Osteomuscular Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :			
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular :Extremidades superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA LIMITACION PARA EXTENSION DE DEDOS LARGOS Y PUKLGAR, REALZIA EXTENSION E MULECA CON DOLOR Y DIFUICULAD, FLEXINO DE DEDO DE MANO COSNERVADOS. HIERESTESIA EN MANO. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado			
Diagnóstico: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Impresión diagnóstica Observación: DERECHA			
RL SURA:	Expediente: 1510120545	Autorización: 11132196	
CONDUCTA DE LA CONSULTA:	ALTA POR MEJORÍA (14197) - SE ENVIA A MSI PARA CALIFICACION DE SECUELAS.		
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ 10499570		Registro: 196584	
<u>Antecedentes Familiares</u> <u>Antecedentes Personales</u> <u>Antecedentes Laborales</u>		Documentos Generados Para Esta Orden: <u>Recomendaciones Salud</u>	
<u>Otra Hoja de Evolucion</u>			

Recomendación:

SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PACIENTE CON EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA QUE SE LLEVA A LIBERACION DE ESTA PRESNTANDO LESION DE NERVIO RADIAL, SE REALIZA POSTERIOR A ESTO TRANSFERENCIA TENDINOSA PARA MAENO DE MANO CAIDA LOGRANDO EXTENSION DE MANO PARCIAL, SE CONSIDERA DESDE EL PUNTO DE VISTA DE CIRUGIA DE MANO NO MEDIA MAS MANEJO QUIRURGICO Y PRESENTA SECUELAS DE ENFERMEDAD PROFESIONAL, SE CONSIDERA ENVIAR A CALIFICACION DE SECUELAS, Y REINTEGRO LABORAL CON RECOMENDACIONES POR ASESOR DE REITNEGRO DE LA ARL. ALTA POR CIRUGIA DE MANO.

Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 **Ciudad:** MEDELLIN

Especialidad: CIRUGIA DE LA MANO **Registro:**

Firma: 
Dr. Rodrigo A. Penagos Lopez
Ortopeda y Traumatologo
Cedula No. 10.499.570 - 2da. 1839555
Unidad de Medicina El Bosque

NO VALIDO
PARA
RECLAMAR
MEDICAMENTOS

1839555-10499570-172041049

Regresar

CERTIFICACION SOBRE LA REHABILITACION INTEGRAL

De acuerdo al Art. 30 del Decreto 1352 de 2013, es requisito Legal indispensable la certificación sobre la rehabilitación integral del paciente para la aprobación de las solicitudes para la Calificación de la Invalidez por parte de las Juntas Regionales. Favor diligenciar con letra imprenta.

Información del Paciente	
Nombres y Apellido <i>Van. Enriye. Elvira</i>	No. De Identificación <i>72048395</i>
Entidad Remitente	Fecha de Remisión <i>16/02/2018</i>

Diagnostico Final	
1. <i>Epicondilitis lateral Extensor</i>	
2.	
3.	
4.	

Descripción de Secuelas	
1. <i>Dolor</i>	
2. <i>Presión de fuerza en extensor supra Dextro</i>	
3. <i>Intensidad funcional</i>	
4.	
5.	
6.	
7.	

Tratamientos concluidos (Estudios complementarios, Procedimientos y Rehabilitación)	
☒ Si	☐ No

Fecha de Alta médica (tratamientos de rehabilitación y/o curativos terminados)
<i>16/02/2018</i>

Complicaciones	
☒ Si	☐ Cual
☐ No	1. <i>Lesión de Nervio Radial</i>
	2.
	3.

Información del profesional responsable	
Nombre y Apellidos <i>Rodrigo Penagos López</i>	Fecha <i>16/02/2018</i>
Especialidad <i>Cirujía de Mano</i>	Firma <i>Dr. Rodrigo A. Penagos López</i>
No. Registro y/o tarjeta profesional	<i>C.E. 10.495.870 - RM: 19-6684</i> <i>Universidad Nacional de Colombia</i> <i>Universidad El Bosque</i>



CLUB DE LEONES DE BARRANQUILLA
"MONARCA"
CLINICA GENERAL ROBERTO CARIDI
MEDICINA GENERAL Y OTORRINO

HISTORIA No 72.048.395

FECHA 17-02/2018

NOMBRE: Elon Escobar Gálvez

FECHA DE NACIMIENTO: 5-05-1977

DIRECCION: CW-1A# 12-34

LUGAR: B/guillo

TELEFONO: 3137122172

EDAD: 39 Años

ESTADO CIVIL: Casado

PROFESIÓN: Técnico Mecánico

ACOMPANANTE: _____

MOTIVO DE CONSULTA - ENFERMEDAD ACTUAL

F33.1 Asociada a dolor

Mala evaluación, continúa con
humor deprimido que se
intensifica con el dolor y las
intuiciones microides melancólicas
con el propósito que tiene continúa
con anhedonia, obsesiones, irritabilidad
no está recibiendo terapias para
facilitar la melioración final al
paciente que empeora su situación
emocional.

Plan: - Pulsartina 30mg VO 1-1-0
- psicoterapia con psicología
- valoración con Axiografía
- valoración con Medicina del dolor
- valoración por Medicina del Dolor /
rehabilitación / Reconversión

10
Jan E. Moreno Lanao

Abogado titulado
Egresado Universidad Simón Bolívar
Cel: 304 6369257
Barranquilla-Atlántico

Señores

JUNTA REGIONAL DE CALIFICACION DE INVALIDEZ DEL ATLANTICO

REF: PODER ESPECIAL AMPLIO Y SUFICIENTE.

ASUNTO: SOLICITUD DE CALIFICACION DE PCL

IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS, Hombre, mayor de edad, identificado con cédula de ciudadanía N° 72.048.395 de Malambo (Atlántico) respetuosamente y por medio del presente escrito, me permito manifestar, que otorgo poder especial, amplio y suficiente a el Doctor **JAN MORENO LANAo**, igualmente mayor, quien se identifica con la CC. N° 72,218.162 de Barranquilla (Atlántico), Abogado en ejercicio y portador de la TP. N° 256.571 del C.S.J. Para que en mi nombre y en representación solicite nueva Valoración de Pérdida de Capacidad Laboral, para que se tenga en cuenta el Reconocimiento y Pago de la Pensión de Invalidez

Mi apoderado, queda expresamente facultado para tutelar, conciliar, demandar, recibir, transigir, desistir, renunciar, reasumir, cobrar, interponer recursos, instaurar, solicitar documentos, incidente de desacato y demás acciones propias de este encargo, relevando a mi apoderado de costas y gastos.

Sírvase por tanto, reconocer personería jurídica al Doctor **JAN MORENO LANAo**, en los términos y para los efectos de este poder.

Cordialmente,

Ivan Escoria Ceballos
IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLO
C.C. No. 72. 048.395 de Malambo

JAN MORENO LANAo
C.C. 72.218.162. De Barranquilla
T.P. No. 256.571 del C.S.J.

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Identificación: CC 72048395
---	------------------------------------

Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA MECANICA MINERIA Edad: 40

Ocupación: TÉCNICOS EN INGENIERÍA, MECÁNICA, MINERÍA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS

Afiliación: COTIZANTE INACTIVO **Teléfono (1):** 30000000 **Teléfono (2):** 3014385179 **Plan:** ARI

Nivel Socioeconómico: No

Raza: No Disponible Condición: No Disponible Nivel Socioeconómico: No Disponible

	Disponibile
--	-------------

Servicio: CONSULTA ORTOPEDIA **Orden:** 81009-20183800 **Tipo Consulta:** No Disponible

IPB Miami: CENTRO EDUCACIONAL TAG ARB. Fecha: 2017/05/09 11:10. Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

IPS Atlende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP Fecha: 2017/05/08 11:13 Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Accesso: No disponible

Acompañante: No disponible

Metodo Original, Comentarios, ENFERMERIA PROFESIONAL, Comentarios Informados, 21

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI

MC: CIRUGIA DE MANO EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA **EA:** PACIENTE QUE EN JUNIO DEL 2012 VALROADO POR JUNTA DE CALIFICAICON ENFERMEDAD LBOAL EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA DERECHA, SD DE TUNEL DELC ARPO DERECHO Y SD DE MANGUITO ROTADOR DERECHO, REFEIRE QUE LE REALIZARON INFILTRACION EN CODO DERECHO, AHORA EN CODO IZQUIERDO CALIFICADA EN ENERO 2017 COMO ENFERMEDAD LABORAL, TRAE REPROTE DE RADIOGRAFIA DE CODO QUE EVIDENCIA DENTRO DE LO NORMAL EN EPICONDILO LATERAL LO REMITNE PARA VALROACION Y CONCEPTO MEDICO

: Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Összesítés: 2023.09.01. 10:00:00. 10/10. oldal

Signos vitales: Descripción: **Temperatura Axilar:** 36.6 °C **Pulso:** 70/min **Rítmico** **Examen Físico:** **Cabeza**
Cuello OS: no evaluado **Cardiorrespiratorio:** no evaluado **Gastrointestinal:** no evaluado **GenitoUrinario:** no
evaluado **Osteomuscular:** **Extremidades Superiores:** **Codo:** Alterado, DOLOR EN EPICONDILLO LATERAL
BIALTERAL MARCADO CON EDEMA EN REGION DEL MUSCULO ANCONEO, NO DEFICIT
NEUROLÓGICO. **Neurológico:** no evaluado **Hematopoyetico Físico:** no evaluado **Piel y Faneras:** no
evaluado

ARI SUR: Expediente: 1510120545 Autorización: 10109546

ARE CORAI Expediente: 10101200-40 Autorizaci6n: 101000-40

CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - SE

	CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO EPICONDILITA LATERAL BIALTERAL DE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUE SE LE HA REALZIADO MULTIPLES TRATAMEINTEO CON POBRE RESULTADO,S E SOLCIITA RESONANCIA CONDUCTA DE LA CONSULTA: MAGNETICA DE CODOS BIALTERAL, SE REVALORARA CON REPORTE DE DICHO PARACLINICO PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR. ELECTROMIOGRAFIA DEL 16/01/2017 TUNEL DEL CARPO INICIPIENTE LADO DERECHO DE MANEJO MEDICO, REVISIÓN : 15 Dias
--	--

Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 **Registro:** 196584

Antecedentes Personales

Antecedentes Laborales Revisiones Contrarremision Recomendaciones Salud

<u>Antecedentes Personales</u>	<u>Revisi3nes</u>	<u>Contraremisici3n</u>	<u>Recomendaciones Salud</u>
Antecedentes Personales El paciente es un hombre de 45 a#os, nacido el 15 de mayo de 1978, con antecedentes de hipertensi3n arterial controlada con amlodipino 5 mg al d#a. No tiene antecedentes de diabetes, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, renales o hepáticas. No consume alcohol ni drogas. No tiene antecedentes de cirugías mayores. No toma medicamentos adicionales.	Revisi3nes El paciente fue evaluado en la consulta de Medicina General el 10 de octubre de 2023. Se le realizaron exámenes de laboratorio: hemograma completo, perfil lipídico y glucosa en ayunas. Los resultados son los siguientes: - Hemograma: Hemoglobina 14.5 g/dL, Hematocrito 42%, Leucocitos 10,500/mm³, Plaquetas 250,000/mm³. - Perfil Lipídico: Colesterol total 180 mg/dL, Colesterol HDL 45 mg/dL, Colesterol LDL 125 mg/dL, Triglicéridos 150 mg/dL. - Glucosa en ayunas: 95 mg/dL.	Contraremisici3n Se le recomend3 aadir un medicamento para el control de la hipertensi3n: lisinapril 10 mg al d#a. Se le explic3 la importancia de seguir tomando su medicamento actual y el nuevo recomendado.	Recomendaciones Salud Se le recomend3 mantener una dieta equilibrada, rica en frutas y verduras, y evitar el consumo de alimentos procesados y azúcares refinados. Se le recomend3 realizar ejercicio aeróbico regular, como caminar o nadar, al menos 30 minutos al d#a, cinco d#as a la semana. Se le recomend3 no fumar y limitar el consumo de alcohol.

Antecedentes Laborales Revisiones Contrarremision Recomendaciones Salud

[illegible]

[Otra Hoja de Evolucion](#)

RECOMENDACION SALUD		
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Fecha: 2017/05/08	Orden: 547213172
Recomendación: SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO EPICONDILITA LATERAL BIALTERAL DE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUE SE LE HA REALIZADO MULTIPLES TRATAMIENTOS CON POBRE RESULTADO, SE SOLICITA RESONANCIA MAGNETICA DE CODOS BIALTERAL, SE REVALORARA CON REPORTE DE DICHO PARACLINICO PARA DEFINIR CONDUCTA A SEGUIR.		
Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Ciudad: MEDELLIN Especialidad: CIRUGIA DE LA MANO Registro:		NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS
I83959570F170508I72041049		

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)			
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS		Identificación: CC 72048395	
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS		Sexo: Masculino	Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179	Plan: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA		Orden: 81009-21176600	Tipo Consulta: No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP		Fecha: 2017/08/11 10:09	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible			
Acompañante: No disponible			
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA POP ARTROSCOPIA DE CODO DERECHO 15/06/2017 MANO CAIDA SECUNDARIA POR NEUROAPRAXIA DEL NERVI EA: PACIENTE QUE LLEVA 2 MESES POP DE ARTROSCOPIA DE CODO DERECHO CON NEUROAPRAXIA SECUNDARIA, YA RECUPERO SENSIBILIDAD FALTA LA PARTE MOTORA DE LA MANO			
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :			
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Manos : Alterado, MANO CAIDA CON ELEVACION DE			

MUÑECA M3, NO REALIZA ELEVACION DE DEDOS NI DEL DEDO PULGAR, PORTALES DE ARTROSCOPIA DE CODO CICATRIZADOS, NO DEFICIT NEUROVASCULAR DISTAL. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado		
Dx: G560 SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO. Impresión diagnóstica		
ARL SURA:	Expediente: 1510120545	Autorización: 10417687
CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTROL EN 1 MES, TERAPIA FISICA., REVISIÓN : 1 Meses		
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Registro: 196584		
I83959570F170811I72041049		
Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Laborales	Documentos Generados Para Esta Orden: Recomendaciones Salud	
Otra Hoja de Evolucion		

RECOMENDACION SALUD	
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Fecha: 2017/08/11
Orden: 566103174	
Recomendación: SE COSNDIERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO NEUROAPRAXIA DE NERVIO RADIAL EN FASE DE RECUPERACION AUN SIN CONTROL MOTOR, SE DA CITA CONTROL EN 1 MES, SE LE DAN 30 DIAS DE INCPACIDAD A PARTIR DEL 14/08/2017 HASTA EL 12/09/2017, SE DAN 10 SESEIONES DE TERAPIA FISICA, SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNSO DE ALARMA.	
Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Ciudad: MEDELLIN Especialidad: CIRUGIA Registro: DE LA MANO	NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS I83959570F170811I72041049

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)			
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS		Identificación: CC 72048395	
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS		Sexo: Masculino	Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179	Plan: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA		Orden: 81009-22696900	Tipo Consulta: No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP		Fecha: 2018/01/16 11:42	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible			

Acompañante: No disponible		
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL DERECHA LESION DE NERVIO RADIAL POP TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL FCR AL EDC Y DEL PL AL EPL 04/11/2017 EA: PACIENTE CON LIMITACION PARA LA EXTENSION PARA LA MUÑECA Y EL DEDO PULGAR, CON DOLOR EN MANO DERECHA		
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :		
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA CICATRIZADA, MOVILIDAD DE DEDO DE LA MANO COSNERVADOS PARA LA FLEXION , LIMITACION PARA LA EXTENSION DE DEDOS LARGOS Y PULGR, NO DEFICIT VASCUALR DISTAL. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado		
Dx: G563 LESIÓN DEL NERVIO RADIAL. Confirmado repetido Observación: MANO CAIDA DERECHA		
ARL SURA: CONDUCTA DE LA CONSULTA:	Expediente: 1510120545 CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - CONTROL EN 1 MES , REVISIÓN : 1 Meses	Autorización: 10910216
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Registro: 196584		
I83959570F180116I72041049		
Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Laborales	Documentos Generados Para Esta Orden: Recomendaciones Salud	
Otra Hoja de Evolucion		

RECOMENDACION SALUD		
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS Fecha: 2018/01/16 Orden: 596398689		
Recomendación: SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PACIETNE REQUIERE TERAPIA FISICA PARA REEDUCAR LAS TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS, SE DA ORDEN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CONTROL EN 1 MES, SE DAN 30 DIAS DE INCAPCAIDAD A PARTIR DEL 17/01/2018 HASTA EL 15/02/2018,		

SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNSO DE ALARMA, EN PROXIMO CONTROL SE ENVIARA PARA CALIFICACION DE SECUELAS.

Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 **Ciudad:** MEDELLIN
Especialidad: CIRUGIA**Registro:**
DE LA MANO

NO VALIDO
PARA
RECLAMAR
MEDICAMENTOS

I83959570F180116I72041049

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Identificación: CC 72048395
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS	Sexo: Masculino Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179 Plan: ARL
Raza: No Disponible Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible

Servicio: CONTROL ORTOPEDIA **Orden:** 81009-22696900 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP **Fecha:** 2018/01/16 11:42 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompañante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL **Consentimiento Informado:** SI
MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL DERECHA LESION DE NERVIOS RADIAL POP TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL FCR AL EDC Y DEL PL AL EPL 04/11/2017 **EA:** PACIENTE CON LIMITACION PARA LA EXTENSION PARA LA MUÑECA Y EL DEDO PULGAR, CON DOLOR EN MANO DERECHA

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio
: Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico **Examen Físico :** Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA HERIDA QUIRURGICA CICATRIZADA, MOVILIDAD DE DEDO DE LA MANO COSNERVADOS PARA LA FLEXION , LIMITACION PARA LA EXTENSION DE DEDOS LARGOS Y PULGR, NO DEFICIT VASCUALR DISTAL. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Fisico :** no evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: G563 LESIÓN DEL NERVIOS RADIAL. Confirmado repetido **Observación:** MANO CAIDA DERECHA

ARL SURA: **Expediente:** [1510120545](#) **Autorización:** 10910216

CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) -
CONTROL EN 1 MES , **REVISIÓN :** 1 Meses

Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 **Registro:** 196584

I83959570F180116I72041049

[Antecedentes Familiares](#)
[Antecedentes Personales](#)
[Antecedentes Laborales](#)

Documentos Generados Para Esta Orden:
[Recomendaciones Salud](#)

[Otra Hoja de Evolucion](#)

RECOMENDACION SALUD		
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Fecha: 2018/01/16	Orden: 596398689
Recomendación: SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PACIETNE REQUIERE TERAPIA FISICA PARA REEDUCAR LAS TRANSFERENCIAS MIOTENDINOSAS, SE DA ORDEN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CONTROL EN 1 MES, SE DAN 30 DIAS DE INCAPCAIDAD A PARTIR DEL 17/01/2018 HASTA EL 15/02/2018, SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SIGNSO DE ALARMA, EN PROXIMO CONTROL SE ENVIARA PARA CALIFICACION DE SECUELAS.		
Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Ciudad: MEDELLIN Especialidad: CIRUGIA Registro: DE LA MANO		NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS
I83959570F180116I72041049		

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)			
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS		Identificación: CC 72048395	
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS		Sexo: Masculino	Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179	Plan:: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA		Orden: 81009-21905000	Tipo Consulta: No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP		Fecha: 2017/10/19 09:22	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible			
Acompañante: No disponible			
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD GENERAL Consentimiento Informado: SI MC: Control/Revision Especialista EA: PACIENTE QUE EN JUNIO DEL 2012 VALROADO POR JUNTA DE CALIFICAICON ENFERMEDAD LBORAL EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA DERECHA, SD DE TUNEL DELC ARPO DERECHO Y SD DE MANGUITO ROTADOR DERECHO, REFEIRE QUE LE REALZIARON INFILTRACION EN CODO DERECHO, AHORA EN CODO IZQUIERDO CALIFICADA EN ENERO 2017 COMO ENFERMEDAD LABORAL, TRAE REPROTE DE RADIOGRAFIA DE CODO QUE EVIDENCIA DENTRO DE LO NORMAL EN EPICONDILO LATERAL LO REMITNE PARA VALROACION Y CONCEPTO MEDICO			

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :		
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA IMPOSIBILIDAD PARA LA EXTENSION DE DEDOS EN MANO DERECHA CON IMPOSIBILIDAD PARA LA EXTENSION DE DEDO PULGAR, NO DEFICIT VASCULAR DISTAL. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado		
Dx: G563 LESIÓN DEL NERVIO RADIAL. Impresión diagnóstica M771 EPICONDILITIS LATERAL. Impresión diagnóstica		
ARL SURA:	Expediente: 1510120545	Autorización: 10109546
CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - 30 DIAS		
CONDUCTA DE LA CONSULTA: DE INCAPACIDAD 20/10/2017 AL 18/11/2017, REVISIÓN : 8 Dias		
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Registro: 196584		
I83959570F171019I72041049		
Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Laborales	Documentos Generados Para Esta Orden: Recomendaciones Salud	
Otra Hoja de Evolucion		

RECOMENDACION SALUD		
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Fecha: 2017/10/19	Orden: 579799224
Recomendación: SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PACIETNE NO LOGRA RECUPERACION DE EXTENSION DE DEDOS A LA FECHA, SE COSNIDERA REALZIAR TRANSFERENCIA MIOTENDINOSA EN MANO, SE LE EXPLICA AL PACIENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, RIESGOS , BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES ENTRE ESTAS: DOLOR CRÓNICO, LESIÓN DE ARTERIA, TENDÓN O NERVIO, NECESIDAD DE REVISIÓN DE LA CIRUGIA, INFECCIÓN, LA PACIENTE ASIENTE, ENTIENDE Y ACEPTA CIRUGIA FIRMANDO CONSENTIMIENTO INFORMADO. SE DAN ORDENES DE CIRUGIA, TAN PRONTO SE CUENTE CON AUTORIZACION SE REALZIARA PROCEDIMEINTEO QUIRURGICO.		
Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Ciudad: MEDELLIN Especialidad: CIRUGIA Registro: DE LA MANO		NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS
I83959570F171019I72041049		

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS		Identificación: CC 72048395
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS		Sexo: Masculino Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179 Plan:: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA		Orden: 81009-21612800 Tipo Consulta: No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP		Fecha: 2017/09/19 09:31 Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible		
Acompañante: No disponible		
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI		
MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA POP ARTROSCOPIA DE CODO 15/06/2017 MANO CAIDA SECUNDARIA A NEUROAPRAXIA DE NERVIO RADIAL EA: PACIENTE QUE SE OBSERVA ESTA REALIZANDO EXTENSION PARCIAL DE MUÑECA, AUN SIN EXTENSION DE DEDOS O DE PULGAR.		
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :		
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA EN CODO DERECHO ARCOS DE MOVILIDAD ARTICULAR CONSERVADA EN MANO, SE OBSERVA MANO CAIDA, CON EXTENSION DE MUÑECA, FERULA DINAMICA DE EXTENSORES EXTENSION DE DEDOS Y DE PULGAR AUN INACTIVA, NO DEFICIT VASCULAR DISTAL. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Físico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado		
M771 EPICONDILITIS LATERAL. Confirmado repetido Observación: DERECHO Dx: G563 LESIÓN DEL NERVIO RADIAL. Impresión diagnóstica Observación: MANO CAIDA POR NEUROAPRAXIA.		
ARL SURA:	Expediente: 1510120545	Autorización: 10524927
CONDUCTA DE LA CONSULTA:	CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - CONTROL EN 1 MES, REVISIÓN : 1 Meses	
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Registro: 196584		
I83959570F170919I72041049		
Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Laborales		Documentos Generados Para Esta Orden: Recomendaciones Salud
Otra Hoja de Evolucion		

RECOMENDACION SALUD		
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Fecha: 2017/09/19	Orden: 573723717
Recomendación: SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO LLEVA 3 MESES DE NEUROAPRAXIA, ESTARECUPERANDO EXTENSOR CARPI RADIALIS BREVIS Y BRAQUIORADIALIS, AUN SIN RECUPERACION DE DEDOS, SE CONSIDERA MANEJO MEDICO ESPECTANTE, SE DAN 10 SESEIONES DE TERAPIA FISICA CONTROL EN 1 MES, SE LE DAN 30 DIAS DE INCPACIDAD A PARTIR DEL 20/09/2017 HASTA EL 19/10/2017, CONTROL EN 1 MES.		
Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Ciudad: MEDELLIN Especialidad: CIRUGIA Registro: DE LA MANO		NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS
I83959570F170919I72041049		

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)		
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Identificación: CC 72048395	
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS	Sexo: Masculino	Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179 Plan: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA	Orden: 81009-22181300	Tipo Consulta: No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP	Fecha: 2017/11/20 09:10	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible		
Acompañante: No disponible		
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL DERECHA LESION DE NERVIO RADIAL POP TRANSFERENCIA TENDINOSA DEL FCR AL EDC Y DEL PL AL EPL 04/11/2017 EA: PACIENTE REFIERE DOLOR CONTROLADO NO FIEBRE, EL DIA DE HOY AISTE PARA CAMBIO DE VENDAJES Y RETIRO DE SUTURA CONTINUA CON INMOVIZACION EN MANO		
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :		
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA EN ANTEBRAZO DERECHO HERIDA QUIRURGICA LIMPIA NO SINGOS DE INFECCION, TRASNFERENCAIS TENDINOSAS FUNCIONANDO, MOVILIDAD DE DEDOS DE LA MANO COSNERVADOS, ADECUADA PERFUSION DISTAL. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado		
Dx: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Confirmado repetido Observación: DERECHA		
ARL SURA:	Expediente: 1510120545	Autorización: 10828050

CONDUCTA DE LA CONSULTA: CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - CONTROL EN 15 DIAS, REVISIÓN : 15 Días	
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Registro: 196584	
I83959570F171120I72041049	
Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Laborales	Documentos Generados Para Esta Orden: Recomendaciones Salud
Otra Hoja de Evolucion	

RECOMENDACION SALUD	
Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS Fecha: 2017/11/20 Orden: 585802478	
Recomendación: SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUYGIA DE MANO RETIRO DE SUTURA HOY, NOTA DE PROCEDIMIENTO: PREVIA ASEPSIA Y ANTISEPSIA EN SALAS DE PROCEDIMIENTO SE REALIZA LAVADO DE LA HERIDA SE PROCEDE A REALIZAR EXTRACCIÓN DE MATERIAL DE SUTURA EL CUAL SE RETIRA SIN COMPLICACIONES, SE INMOVILIZA NUEVAMENTE CON APÓSITOS ESTÉRILES , PROCEDIMIENTO SIN COMPLICACIONES SE DAN 16 DIAS DE INCAPCAIDAD A PARTIR DEL 19/11/2017 HASTA EL 04/12/2017, CONTROL EN 15 DIAS, SE LE DAN RECOMENDACIONES DE MOVILIDAD Y SIGNSO DE ALARMA.	
Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Ciudad: MEDELLIN Especialidad: CIRUGIA Registro: DE LA MANO	NO VALIDO PARA RECLAMAR MEDICAMENTOS
I83959570F171120I72041049	

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)	
Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Identificación: CC 72048395

Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS		Sexo: Masculino	Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO	Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179	Plan: ARL
Raza: No Disponible	Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible	
Servicio: CONTROL ORTOPEDIA		Orden: 81009-20383400	Tipo Consulta: No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP		Fecha: 2017/05/25 11:32	Estado: SIN IMPRIMIR (EN LINEA)
Responsable: No disponible			
Acompañante: No disponible			
Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL Consentimiento Informado: SI MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA BIALTERAL EN CODO DERECHO DOLOROSA DE 5 AÑOS DE EVOLUCION EA: SE OBSERVA REPORTE DE RMN DE CODOS BIALTERAL LADO DERECHO CAMBIOS DE EPICONDILITIS CRONICA, EN LADO IZQUIERDO CODOS NORMALES, PACIENTE REFIERE DOLOR EN CODO DERECHO AUMENTADO			
Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio : Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :			
Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico Examen Físico : Cabeza Cuello OS : no evaluado Cardiorespiratorio : no evaluado Gastrointestinal : no evaluado GenitoUrinario : no evaluado Osteomuscular : Extremidades Superiores : Codo : Alterado, DOLOR EN CODO DERECHO CON LIMITACION PARA LA EXTENSION COMPLETA POR DOLOR PERO AROCS DE MOVILIDAD ARTICULAR DEL CODO PRONO SPINACION COSNERVADA, FLEXION DE 130 GRADOS EXTENSION DE 0 GRADOS, NO DEFICIT NERVOVASCULAR DISTAL. Neurológico : no evaluado Hematopoyetico Fisico : no evaluado Piel y Faneras : no evaluado			
Dx: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Impresión diagnóstica			
ARL SURA:	Expediente: 1510120545 CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PATOLOGIA CRONICA DE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUI PESE A MANJOS INSTAURADOS NO SE HA LOGRADO CONTROL POR LO QUE SE CONSIDERA REALIZAR ARTROSCOPIA DE CODO PARA REALIZAR SINOVECTOMIA EN CODO Y CONDROPLASTIA EN CODO, SE LE EXPLICA AL PACIENTE CLARAMENTE EN QUE CONSISTE EL		Autorización: 10109546
CONDUCTA DE LA CONSULTA:	PROCEDIMIENTO, RIESGOS, BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES ENTRE ESTAS: DOLOR CRONICO, LESION DE ARTERIA, NERVO O TENDON, INFECCION, DISMINUCION DE LA MOVILIDAD DEL CODO, PACIENTE ASIENTE, ENTIENDE Y ACEPTA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO FIRMANDO CONSENTIMIENTO INFORMADO TAN PRONTO SE CUENTE CON AUTORIZACION DE CIRUGIA SE REALIZARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO, REVISIÓN : 8 Dias		
Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ CC 10499570 Registro: 196584			
I83959570F170525I72041049			
Antecedentes Familiares Antecedentes Personales Antecedentes Laborales		Documentos Generados Para Esta Orden: Recomendaciones Salud	

[Otra Hoja de Evolucion](#)

RECOMENDACION SALUD

Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS **Fecha:** 2017/05/25 **Orden:** 551244630

Recomendación:

SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO PATOLOGIA CRONICA DE 5 AÑOS DE EVOLUCION QUI PESE A MANJOS INSTAURADOS NO SE HA LOGRADO CONTROL POR LO QUE SE CONSIDERA REALIZAR ARTROSCOPIA DE CODO PARA REALIZAR SINOVECTOMIA EN CODO Y CONDROPLASTIA EN CODO, SE LE EXPLICA AL PACIENTE CLARAMENTE EN QUE CONSISTE EL PROCEDIMIENTO, RIESGOS, BENEFICIOS Y POSIBLES COMPLICACIONES ENTRE ESTAS: DOLOR CRONICO, LESION DE ARTERIA, NERVIOS O TENDON, INFECCION, DISMINUCION DE LA MOVILIDAD DEL CODO, PACIENTE ASIENTE, ENTIENDE Y ACEPTA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO FIRMANDO CONSENTIMIENTO INFORMADO TAN PRONTO SE CUENTE CON AUTORIZACION DE CIRUGIA SE REALIZARA PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 **Ciudad:** MEDELLIN
Especialidad: CIRUGIA **Registro:**
DE LA MANO

NO VALIDO
PARA
RECLAMAR
MEDICAMENTOS

I83959570F170525I72041049

[Regresar](#)

HISTORIA CLINICA (Hoja de Evolución)

Paciente: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS	Identificación: CC 72048395
Ocupación: TECNICOS EN INGENIERIA, MECANICA, MINERIA, ELECTRONICA, METALURGIA Y OTROS	Sexo: Masculino Edad: 40 Años
Afiliación: COTIZANTE INACTIVO Teléfono (1): 3000000	Teléfono (2): 3014385179 Plan: ARL
Raza: No Disponible Condición: No Disponible	Nivel Socioeconómico: No Disponible

Servicio: CONTROL ORTOPEDIA **Orden:** 81009-20733000 **Tipo Consulta:** No Disponible
IPS Atiende: CENTRO ESPECIALISTAS ARP **Fecha:** 2017/06/29 10:29 **Estado:** SIN IMPRIMIR (EN LINEA)

Responsable: No disponible

Acompañante: No disponible

Motivo Que Origina la Consulta: ENFERMEDAD PROFESIONAL **Consentimiento Informado:** SI
MC: CIRUGIA DE MANO IDX: EPICONDILITIS LATERAL EXTERNA POP ARTROSCOPIA EN CODO
NEUROAPRAXIA DE NERVIOS RADIALES **EA:** PACIENTE REFIERE QUE LA SINTOMATOLOGIA EN CODO
ESTA MEJORANDO, CON MANO CAIDA INGRESA CON FERULA DINAMICA DE EXTENSORES

Revisión Sistemas : Generalidades : Cabeza Cuello OS : Gastrointestinal : Cardiorespiratorio
: Genitourinario : Osteomuscular : Neurológico : Hematopoyetico : Piel y Faneras :

Signos Vitales: Descripción: Temperatura Axilar: 36.6 °C Pulso: 70/min Ritmico **Examen Físico :** Cabeza
Cuello OS : no evaluado **Cardiorespiratorio :** no evaluado **Gastrointestinal :** no evaluado **GenitoUrinario :** no
evaluado **Osteomuscular :** Extremidades Superiores : Manos : Alterado, SE OBSERVA EN MANO DERECHA
MANO CAIDA CON DOLOR EN CODO DERECHO TINEL MEJORANDO ESTA DESENDIENDO, DEFICIT
NEUROLOGICO POR LESION DE NERVIOS RADIALES. **Neurológico :** no evaluado **Hematopoyetico Físico :** no
evaluado **Piel y Faneras :** no evaluado

Dx: M771 EPICONDILITIS LATERAL. Confirmado repetido **Observación:** DERECHO

ARL SURA:

Expediente: [1510120545](#)

Autorización: 10324883

CONDUCTA DE LA CONSULTA:

CONTINUA EN TRATAMIENTO (14198) - SE
CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO
RETIRO DE SUTURA EL DIA DE HOY, SE DA
CITA CONTROL EN 2 SEMANAS, SE LE DAN
RECOMENDACIONES CLARAS Y SGINSO DE
ALARMA., **REVISIÓN** : 15 Días

Profesional: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
CC 10499570 **Registro:** 196584

I83959570F170629I72041049

[Antecedentes Familiares](#)
[Antecedentes Personales](#)
[Antecedentes Laborales](#)

Documentos Generados Para Esta Orden:

[Recomendaciones Salud](#)

[Otra Hoja de Evolucion](#)

RECOMENDACION SALUD

Nombre: IVAN ENRIQUE ESCORCIA CEBALLOS **Fecha:** 2017/06/29

Orden: 557912572

Recomendación:

SE CONSIDERA POR PARTE DE CIRUGIA DE MANO RETIRO DE SUTURA EL DIA DE HOY, SE DA CITA
CONTROL EN 2 SEMANAS, SE LE DAN RECOMENDACIONES CLARAS Y SGINSO DE ALARMA.

Médico: RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ

CC 10499570

Ciudad: MEDELLIN

Especialidad: CIRUGIA **Registro:**

DE LA MANO

NO VALIDO
PARA
RECLAMAR
MEDICAMENTOS

I83959570F170629I72041049

[Regresar](#)

Inicio (Default.aspx)

Reporte Detallado

Reportes Agrupados

Seguridad

Exportar a PDF



⏪	<	1 de 1	>	⏩	↺	↻	100%	🖨	
---	---	--------	---	---	---	---	------	---	--

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
(<mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co>).
[Términos y Condiciones de uso.](#)
([http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud.aspx](#))
[Ultima Actualización](#) : lunes, 17 de mayo de 2021

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:
En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020
Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

[\(http://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud.aspx\)](#)
SISPRO
Sistema Integral de Información de la Protección Social
en-
RUAF

Afiliaciones de una Persona en el Sistema



INFORMACIÓN BÁSICA

Fecha de Corte: 2021-05-14

Número de Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Sexo
CC 72048395	IVAN	ENRIQUE	ESCORCIA	CEBALLOS	M

AFILIACIÓN A SALUD

Fecha de Corte: 2021-05-14

Administradora	Régimen	Fecha Afiliación	Estado de Afiliación	Tipo de Afiliado	Departamento -> Municipio
E.P.S. SANITAS	Contributivo	01/10/2019	Activo	COTIZANTE	SOLEDAD

AFILIACIÓN A PENSIONES

Fecha de Corte: 2021-05-14

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación
PENSIONES: AHORRO INDIVIDUAL	ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIA PROTECCION SA	2004-09-01	Retirado

AFILIACIÓN A RIESGOS LABORALES

Fecha de Corte: 2021-05-14

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A COMPENSACIÓN FAMILIAR

Fecha de Corte: 2021-05-14

No se han reportado afiliaciones para esta persona

AFILIACIÓN A CESANTIAS

Fecha de Corte: 2021-03-31

Régimen	Administradora	Fecha de Afiliación	Estado de Afiliación	Municipio Labora
CESANTÍAS: ESPECIAL	OLD MUTUAL ADMINISTRADORA DE FONDOS DE PENSIONES Y CESANTIAS SA	2000-02-11	VIGENTE	Atlántico- BARRANQUILLA

PENSIONADOS

Fecha de Corte: 2021-05-14

Entidad que reconoce la pensión	Estado	Tipo de Pensión	Tipo de Pensionado	Modalidad	Fecha Resolución	Número Resolución Pension PG
SEGUROS DE VIDA SURAMERICANA SA	Activo	Invalidez por riesgos profesionales	Riesgos profesionales, con tope máximo de 20 smmlv	Convencional	2018-06-16	2018151007

VINCULACIÓN A PROGRAMAS DE ASISTENCIA SOCIAL

Fecha de Corte: 2021-03-31

No se han reportado vinculaciones para esta persona.



EL CONTENIDO DE ESTE INFORME ES RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA DE LAS ADMINISTRADORAS QUE REPORTAN LA INFORMACIÓN AL MINISTERIO CUALQUIER INCONSISTENCIA DEBE SER REPORTADA A LA ADMINISTRADORA RESPECTIVA, QUIEN DEBE RESOLVERLA.

Ministerio de Salud y Protección Social.

Dirección: Cra. 13 # 32 - 76. Colombia, Bogotá D.C. PBX: (57-1) 330 5000, Fax: (57-1) 330 5050.

Fecha: 5/17/2021 1:41:52 PM

Pag.1

Conmutador: (57-1) 330 5000 - Central de fax: (57-1) 330 5050
Punto de atención presencial: Carrera 13 No. 32-76 piso 1, Bogotá, código postal 110311
 Lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:00 p.m. en jornada continua
Línea de atención de desastres: (57-1) 330 5071 - 24 horas
Notificaciones judiciales: notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co
 (<mailto:notificacionesjudiciales@minsalud.gov.co>).
Términos y Condiciones de uso.
 (/Documents/Ministerio/Terminos%20y%20Condiciones%20de%20uso%20del%20po
 Última Actualización : lunes, 17 de mayo de 2021

Atención telefónica a través del Centro de Contacto:

En Bogotá: (57-1) 589 3750 Resto del país: 018000960020

Horario de atención: lunes a viernes de 7:00 a.m. a 6:00 p.m. y sábados de 8:00 a.m. a 1:00 p.m. en jornada continua.

Versión 2.4

(<http://www.minsalud.gub.ve/Portals/0/UnidadPresional/Presional%202012x.pdf?id=...>)

JAVIER OROZCO QUINTERO
ABOGADO

Señor (a):
JUEZ QUINCE (15) CIVIL DEL CIRCUITO DE BARRANQUILLA
Ciudad

REFERENCIA: PROCESO VERBAL
DEMANDANTE: IVAN ESCORCIA CEBALLOS
DEMANDADOS: CLÍNICA PORTO AZUL Y OTROS
RADICADO: 08001315301520210006500

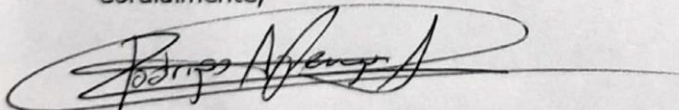
ASUNTO: OTORGAMIENTO DE PODER

RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ, mayor de edad y vecino de esta ciudad, identificado con la C.C. No. 10.499.570, por medio del presente escrito manifiesto que otorgo poder especial, amplio y suficiente al doctor **JAVIER HUMBERTO OROZCO QUINTERO**, mayor de edad y vecino de la ciudad de Barranquilla, identificado con la C.C No 8.569.836 de Soledad y portador de la Tarjeta Profesional No 167.729 del Consejo Superior de la Judicatura, para que me represente dentro del proceso de la referencia que cursa actualmente en este despacho y ejerza todos los actos que considere en defensa de mis intereses.

El abogado queda facultado para notificarse, delegar, tachar documentos, conciliar, transigir, sustituir, reasumir, renunciar, desistir, recibir, recibir títulos, interponer recursos, presentar alegatos, designar apoderados suplentes, solicitar e intervenir en las pruebas, formular y solicitar llamamientos en garantía y en términos generales, adelantar todas las diligencias necesarias que se deriven del presente mandato.

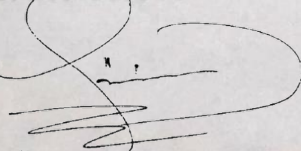
Ruego señor Juez, reconocerle personería para actuar en los términos antes señalados para los fines del presente mandato.

Cordialmente,



RODRIGO ALBERTO PENAGOS LOPEZ
C.C. No. 10.499.570

Acepto,



JAVIER HUMBERTO OROZCO QUINTERO
C.C No 8.569.836 de Soledad
T.P. No 167.729 C. S. de la J.

Oficina: Carrera 50 No. 79-121 Piso 2 Alto Prado Barranquilla
Teléfono: 02426006005 02426171000