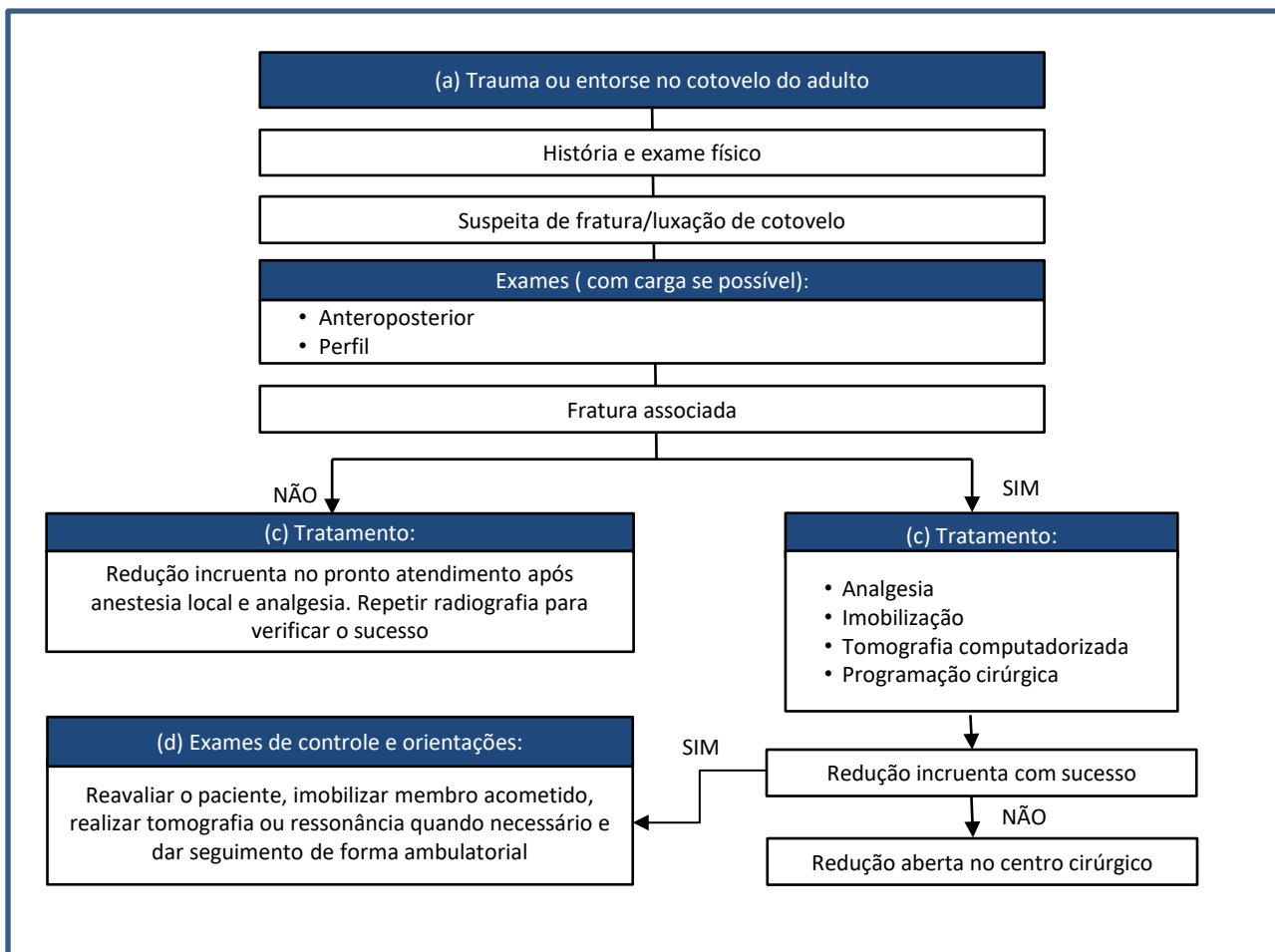




A luxação do cotovelo é a perda da congruência articular entre os ossos que compõe a articulação do cotovelo. O mecanismo mais comum é o trauma indireto, ou seja, a queda com a mão espalmada levando a uma entorse (extensão do cotovelo + supinação do antebraço + valgo). É descrita com relação à sua direção: posterior e pósterolateral, as mais frequentes; lateral, medial ou divergente, esta última mais rara. [1,2] [a].

CID 10	Definição
M24.4	Deslocamento e subluxação de articulação recidivantes
S53.1	Luxação do cotovelo, não especificada

I- ASSISTENCIAL



1. DIAGNÓSTICO

- O diagnóstico é baseado na história clínica, exame físico ortopédico e exames complementares; [1,2] [a]
- O paciente geralmente identifica com clareza a forma e o modo como aconteceu o trauma, chega a unidade de pronto atendimento com o cotovelo semi-fletido, segurando o membro afetado. Observa-se uma deformidade grosseira do cotovelo; [1,2] [a]

- Além da deformidade, outros sinais clínicos podem estar presentes como dor, edema, hematoma (geralmente medial) e impotência funcional; [1,2] [a]
- Atenção no exame clínico para a presença de lesões neurológicas buscando algum déficit sensitivo ou motor dos principais nervos: ulnar, radial (interosseo posterior) e mediano. O status vascular também deve ser investigado em todas as luxações; [3,4] [a]
- Exames radiográficos nas posições anteroposterior e perfil são solicitadas nas UPAs para diagnosticar as luxações e orientar nas manobras de redução. [b]

2. ESCORE DE RISCO

O aumento do risco deste tipo de lesão está associado a energia do trauma envolvido, da presença de fraturas, lesões neurovasculares e do tempo decorrido do trauma até o tratamento definitivo.

Classificação da American Society of Anesthesiologists (ASA) [5]:

- ASA 1: Hígida(o);
- ASA 2: Condição clínica sistêmica leve (ex. fumantes, etilistas sociais, gravidez, obesidade, etc);
- ASA 3: Doença sistêmica moderada/grave com limitação funcional (ex. DM, HAS mal controladas, DPOC, IAM prévio, etc);
- ASA 4: Doença sistêmica grave com risco constante de vida (como história recente [< 3 meses] de infarto agudo do miocárdio, stents coronarianos, acidente vascular cerebral);
- ASA 5: Paciente moribundo sem esperança de sobrevivência sem a operação (como aneurisma abdominal ou torácico roto, sangramento intracraniano com efeito de massa);
- ASA 6: Paciente em morte cerebral declarada, cujos órgãos serão retirados para doação.

3. EXAMES ADICIONAIS

- Exames complementares ortopédicos no pronto atendimento: Radiografias anteroposterior / Perfil;
- Exames laboratoriais, quando levado ao centro cirúrgico: Hemograma, coagulograma (pacientes hígidos abaixo dos 40 anos), Sódio, Potássio, Ureia, Creatinina e Eletrocardiograma (pacientes acima dos 40 anos);
- Outros exames conforme necessidade. A tomografia deve ser solicitada na fase aguda (após redução), quando houver a presença de fraturas associadas. A ressonância magnética pode ser importante para avaliar as lesões de partes moles.

4. INDICAÇÃO DE INTERNAÇÃO E ALOCAÇÃO

- Quando indicado a redução da luxação em ambiente de centro cirúrgico, ou quando houver a necessidade de tratamento complementar como por exemplo no caso de fraturas ou luxações instáveis, o paciente permanecerá em apartamento, geralmente 1 dia de internação.

5. TRATAMENTO

- O tratamento da luxação do cotovelo se dá através de uma redução incruenta em caráter de urgência. Esta redução pode ser realizada em ambiente do pronto atendimento desde que o paciente e familiares concordem, como também após estratificar os riscos do procedimento [5] [c];
- A redução pode ser feita após anestesia local e uma adequada analgesia;
- Nos casos de luxação do cotovelo, onde o paciente não aceitou a redução em pronto atendimento, ou àqueles em que a redução incruenta não foi efetiva, a redução deverá ser realizada no centro cirúrgico. Nos casos onde não se conseguir esta redução fechada, deverá ser realizada uma redução aberta [c];
- Após a redução da articulação, este paciente é reavaliado, a propedêutica do exame físico realizado novamente, e deverão ser solicitadas novas radiografias (anteroposterior / Perfil) para confirmar a posição correta das articulações reduzidas, e avaliar a presença ou não de fraturas associadas [4,5] [c];
- No caso de fraturas articulares associadas, pode ser necessário a realização de uma tomografia. A ressonância fica reservada para casos específicos de lesões multiligamentares e instáveis [3,5] [d];
- Medicações utilizadas durante o tratamento no pronto atendimento para a luxação do cotovelo: Xilocaína sem vasoconstritor, Novalgina, cetoprofeno, tramal, morfina (se dor forte);
- Após a redução a articulação envolvida é imobilizada com tala gessada axilopalmar por 3 semanas;
- No caso da necessidade de tratamento cirúrgico (redução) em ambiente de centro cirúrgico: novalgina, cetoprofeno, tramal (se dor forte), omeprazol, ondansetrona (se náuseas ou vômitos).

6. MANEJO SUBSEQUENTE

- Após redução incruenta no pronto atendimento e imobilização gessada, o paciente recebe alta com orientação para retornar com especialista em até 7 dias, para reavaliação e radiografias de controle. O próximo retorno deverá ocorrer com 3 semanas, para reavaliação, retirada da tala gessada, e início do tratamento fisioterápico;
- Nos casos de luxação do cotovelo instável ou associada a fraturas, se estas forem de tratamento cirúrgico, o paciente deverá prosseguir a investigação através de uma tomografia (para fratura) e até ressonância (no caso das lesões ligamentares). A imobilização gessada também é colocada após o tratamento cirúrgico;
- O acompanhamento nos casos de luxação do cotovelo associada a fraturas cirúrgicas, o retorno se dá com 7 dias de PO; 21º dia para retirada de pontos e da imobilização. Os demais retornos serão com 2 e 4 meses.

7. MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS

PRONTO ATENDIMENTO / INTERNAÇÃO			
Xilocaína 1 ampola (5 ml) sem vaso	Bloqueio		
Novalgina (Dipirona) 1,0 g	EV	6h/6h	Internação
Cetoprofeno 100 mg	EV	12h/12h	Internação
Tramal (Tramadol) 100 mg	EV	8h/8h	Internação
Ondasentrona 4 mg	EV	h/8h (se náuseas ou vômitos)	Internação
Omeprazol 20 mg	EV	1 x ao dia (jejum)	Internação
Morfina 2 mg	EV	ACM	Internação
REDUÇÃO ABERTA / FRATURAS CIRURGICAS			
Kefazol (Cefazolina) 2,0 g ou	EV		Indução anestésica
Zinacef (Cefuroxima) 1,5 g	EV		Indução anestésica

II . GLOSSÁRIO

UPAs: Unidades de Pronto Atendimento

HAS: Hipertensão arterial sistêmica

IAM: Infarto agudo do miocárdio

HOEB: Hospital Ortopédico do Estado da Bahia

DM: Diabetes Mellitus

DPOC: Doença pulmonar obstrutiva crônica

PO: Pós-operatório

III. HISTÓRICO DE REVISÃO

Versão 3: atualização do template, revisão de antibióticos pela SCIH

26/05/2026 – Unificação Hospital Ortopédico do Estado da Bahia Roberto Palma Costa Filho

IV. Referências Bibliográficas

[1] J Bone Orthop Surg 2011;

[2] J Shoulder Ellbow Surg 2005;

[3] J Shoulder Elbow Surg 2008; 17(2) 281-286;

[4] Am J Sports Med 2004;32:1415-1420;

[5] Clin Sports Med 1993;12:637-670;

[6] 1963 the American Society of Anesthesiologists (ASA)

Código Documento: CPTW123.4	Elaborador: Mario Lenza Giovani M Pacifico Jr	Revisor: Fernando Ramos de Mattos	Aprovador: Andrea Maria Novaes Machado	Data de Elaboração: 15/04/2021 Data de Revisão: 15/06/2026	Data de Aprovação: 15/06/2026
---------------------------------------	--	---	--	---	---