

TENDINITIS CODO

EPICONDILALGIA

Es una de las afecciones más frecuentes y problemáticas del codo. Se trata de un síndrome doloroso que asienta en la región condílea, como consecuencia de una irritación tenoperióstica de origen mecánico, por sobrecarga de los músculos epicondíleos.

ETIOLOGÍA:

Las tres causas más comunes son:

- Por repetición del mismo gesto, por ejemplo en los tenistas, jugadores de ping-pong, y en algunos profesionales como albañiles, mecanográficas, etc.
- Postraumática, por caída sobre el codo o el choque del epicóndilo contra una pared.
- Enfermedad local, como afecciones por sobrecarga mecánica del sistema de contención del radio.

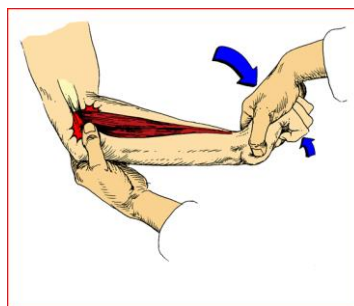
En este caso el hueso está sometido a hipersolicitaciones, pero al estar protegido por los músculos epicondíleos, son éstos los que se van a afectar primero, sobre todo el espacio subtendinoso existente entre el extensor común y el 2º radial externo. Las tracciones anormales tendinosas efectuadas sobre estos músculos dan reacciones de osteogenesis locales del cóndilo.

EXAMEN CLÍNICO:

El dolor, que puede ser de aparición espontánea o progresiva, conlleva a una impotencia funcional y asienta en la parte antero-inferior del epicóndilo y sobre la interlínea articular del húmero-radial, pudiendo irradiarse a la cara externa del antebrazo.

Existe movilidad anormal el codo y tumefacción local. La movilidad pasiva puede dar a veces la impresión que hay un freno en el deslizamiento, cuando existe lesión entre el húmero y radio.

Test de contracción contra resistencia: se efectúa la resistencia sobre los extensores de muñeca y de dedos, sobre todo el medio. Cuando es positivo aparece dolor a nivel de los músculos epicondíleos.



El dolor también puede ponerse de manifiesto con los movimientos de pronosupinación forzada, siendo más importante en la supinación.

Es interesante apreciar el juego articular en la lateralidad del codo, el cual va a estar disminuido y su búsqueda será dolorosa, a veces en extremo, tanto en aducción como en abducción, dando la impresión de un bloqueo.

También puede existir disminución de la movilidad de la articulación radio-cubital inferior.

Habrà siempre que buscar una posible patología a nivel de raquis cervical, ya que muchas epicondilalgias se originan en C5, C6 o C7 del mismo lado del codo afectado. Por lo tanto, es fundamental realizar el test de Jackson, para saber si hay lesión por estiramiento o pinzamiento y luego tratar las zonas de hipomovilidad.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

Habrà que eliminar la posibilidad de una afección orgánica del codo (artrosis, artritis), un origen cervical (neuralgia cervicobraquial), un origen articular radio-humeral que pueda provocar una supinación y extensión dolorosa y limitada, o una irritación a nivel de la rama posterior del nervio radial.

También habrá que hacer un diagnóstico diferencial con:

- Una bursitis radio-humeral.
- Una condromalacia radio-humeral.
- Un desgarro del ligamento anular.
- Un desprendimiento del periostio.
- Una neuropatía de compresión del nervio radial.

Tener en cuenta que el segundo radial externo tiene relaciones anatómicas con el ligamento lateral externo, ligamento anular, cápsula articular y con todas las fascias supraadyacentes; son elementos, que pueden provocar dolor.

RADIOLOGÍA:

Se pueden observar pequeñas calcificaciones periarticulares que ponen de manifiesto la sobrecarga de la articulación.

EVOLUCIÓN:

Remiten más o menos a largo plazo y se pueden encontrar casos rebeldes.

TRATAMIENTO MÉDICO:

Reposo de la articulación, vendaje que limite el movimiento, administración a veces de corticoides y reeducación. En las formas muy rebeldes se efectúa cirugía, en la cual a veces se llega a extirpar la cabeza radial.

CLASIFICACIÓN DE LAS EPICONDILALGIAS/EPICONDILITIS

Existen 2 tipos, a saber:

- De origen local, que son epicondialgias de inserción muscular que pueden provocar la compresión del nervio radial.
- De origen cervical.
 - Epicondilitis de origen mecánico articular.

EPICONDILITIS DE ORIGEN LOCAL

Por tendinitis de inserción:

Agrupan a todas las epicondialgias que son debidas a una tendinitis de inserción, provocada por los músculos epicondíleos.

El diagnóstico está basado en:

- Dolor a la palpación.
- Dolor a la contracción resistida de los músculos citados.
- Dolor provocado en varo forzado e hiperextensión.

En el protocolo osteopático se realizan técnicas de tejidos blandos, stretching de los músculos epicondíleos (sobre todo con spray frío), técnicas neuromusculares. Si existen dolores provocados por factores cervicales, se efectúa un tratamiento destinado a esa región.

De origen muscular:

Se palpan los cordones miálgicos que se encuentren en los músculos epicondíleos. Este hallazgo puede pertenecer a un síndrome celulo-periostio-miálgico a nivel segmentario C6-C7 o puede obedecer a un origen local por fatiga muscular o traumatismos repetidos. También es posible tener al mismo tiempo, las dos posibilidades de origen.

Si se sospecha de un origen cervical, tratar las cervicales. Si el origen es local mixto, habrá que realizar tratamiento local, destacando que los cordones miálgicos son encontrados más frecuentemente en el supinador corto y en los radiales.

Por bloqueo articular húmero-radial:

La búsqueda del juego articular del codo pondrá en evidencia si existe un bloqueo o si se desencadena dolor en algunos de los parámetros. Generalmente corresponde a un sufrimiento mecánico en la articulación ya sea en aducción, abducción, hiperextensión o rotación cubital.

El movimiento opuesto, generalmente está libre e indoloro, pero se podrá encontrar un dolor en la interlinea húmero-radial. En estos casos el tratamiento va a consistir en manipular, respetando la regla de no-dolor, ya sea en aducción, abducción, pronación o flexo-extensión.

Por compresión de la rama posterior del nervio radial:

El sufrimiento de la rama posterior del nervio radial cuando atraviesa el supinador corto, puede provocar dolor en los músculos epicondíleos. Este dolor será rebelde a todo tratamiento local y un signo evidente será que el dolor se desarrolla por la noche, pudiendo irradiarse a la cara dorsal del antebrazo y que aumenta con la contracción resistida del 2º radial (signo característico puesto en evidencia con test de Roles).

El tratamiento médico consiste en infiltraciones locales. Osteopáticamente, habrá que buscar disfunciones radio-cubitales tanto superiores como inferiores, ya que funcionan juntas y corregirlas en cada caso.

DE ORIGEN CERVICAL

Existen factores importantes en C5, C6 y C7 que pueden desencadenar una epicondialgia, o provocar el aumento de una epicondilitis ya existente y mantenerla.

El protocolo de tratamiento osteopático, consiste en utilizar técnicas para los músculos espasmados, para los puntos triggers, frío sobre la zona epicondílea, stretching del codo y muñeca en extensión con spray frío, ejercicios a nivel del hombro, omóplato y codo, ajuste de la columna cervicotorácica, y si fuera necesario vendaje para inmovilizar.

Vendaje funcional:

- Se efectúa en los casos rebeldes, con la finalidad de aliviar y descansar las inserciones de los músculos epicondíleos, manteniendo el antebrazo en supinación
- Se colocan dos anclajes, uno en la muñeca y otro en la cabeza radial, a continuación con una venda elástica se colocan tiras desde la parte interna de la muñeca hasta la parte externa del codo, y después se gira la venda por detrás y se cruzan justo en los músculos epicondíleos. Se termina poniéndola alrededor de los músculos. Este vendaje permite calmar la inflamación y aliviar al paciente.

Las epicondilitis de origen cervical se encuentran en un 50% de los casos, afectando los esclerotomas y a veces asociados a los miotomas de los epicondíleos, entre otros los de los supinadores largo y corto.

La posterioridad cervical asienta en el lado homolateral, ya sea C5, C6 y C7. Según el nivel patológico se encontrará dolor en el tendón perióstico, muy difícil de eliminar, de origen C6 o C7.

En la evaluación, habrá dolor a la palpación del epicóndilo, sensibilidad muscular, en el miotoma y dermalgia refleja del nivel correspondiente. Los movimientos del codo estarán relativamente libres, aunque puede existir restricción por una periartritis asociada, debida a lesiones mecánicas. El diagnóstico diferencial, habrá que hacerlo con una cervicobraquialgia de C5.

Epicondilitis de origen mecánico articular

Se encuentran por lo general en la asociación de disfunción cervical y lesión articular del codo.

La lesión neurovascular metamérica de C6, C7 pone de manifiesto una modificación de la vascularización local, lo que favorece la inflamación del tendón, debido a las presiones mecánicas. Las lesiones mecánicas del codo en lateralidad, provocan un estado de exigencia permanente en las inserciones tendinosas, así como una hiperactividad gamma, que provoca la inflamación de los músculos epicondíleos.

Lo más frecuente, desde el punto de vista mecánico, es la lesión de C5-C6, C6-C7, lesión de rotación interna de cubito, lesión en abducción húmero-radial y lesión de posterioridad de la cabeza radial.

Sistema hipermovilidad e hipomovilidad

Una fijación del codo en abducción (lesión lateral interna), podría dar una hipermovilidad reaccional de la articulación húmero-radial, con dolor en la región externa de codo.

Una fijación en posterioridad de la cabeza del radio, rotación interna del cubito y cabeza humeral antero-interna, podría dar hipermovilidad reaccional en la articulación húmero-cubital. Con una fijación radio-carpiana y radio-cubital inferior asociado a la columna del pulgar, así como una lesión de la acromio-clavicular posterior y una cabeza humeral superior, trae hipermovilidad húmero-cubital y radio-cubital.

Con una fijación húmero-cubital en lateralidad, que es muy frecuente, se encuentra una hipermovilidad radio-cubital inferior, radiocarpiana e incluso en los huesos del carpo.

TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO

Va a depender del tipo de epicondilalgia/itis.

Cuando está en relación con lesión de C5-C6, el solo hecho de manipular las cervicales, es suficiente para suprimir el dolor de codo, pues se trata de un dolor referido con relación al esclerotoma. Esta situación se encuentra en un 20% de los casos.

Es muy frecuente la asociación de problemas cervicales C5-C6 con problemas mecánicos a nivel del codo: lesión de abducción húmero-cubital, lesión de rotación externa de cubito y lesión posterior de la cabeza del radio del mismo lado. En este caso será necesario tratar la columna cervical y los problemas mecánicos del codo. Generalmente con la utilización de spray frío y la colocación de un strapping, en 3 ó 4 sesiones se puede solucionar el problema.

En un 70% de los casos el tratamiento funciona muy bien, a condición de que el paciente acepte el reposo, ya que muchas veces esta patología está relacionada con el trabajo o con el deporte. La llave del éxito terapéutico en las epicondilitis, es el reposo absoluto con un vendaje funcional bien realizado, el cual se mantiene de 2 a 3 semanas, cambiándolo cada semana, después de cada tratamiento osteopático.

Cuando el dolor es rebelde y el paciente no responde al tratamiento, puede tratarse de un desprendimiento perióstico, en cuyo caso existen dos soluciones: escayola durante un mes y medio, o cirugía, consistente en una transposición de los epicondíleos.

EPITROCLEITIS

Conocida también como codo del golfista, es menos frecuente que la epicondilitis y en general de evolución más favorable.



ETIOLOGÍA:

Es causada por movimientos repetidos de flexión y pronación de la muñeca, por ejemplo, en el servicio de tenis, (ya que al final del servicio se necesita una flexión de muñeca para golpear la pelota); y en el movimiento de swing en el golf. Los músculos que más afectan, en orden de frecuencia son: cubital anterior, pronador redondo, palmar mayor y flexor común superficial de los dedos.

EXAMEN CLÍNICO:

Dolor en la parte lateral y anterior de la epitróclea.
Dolor muscular provocado a 1 ó 2 cm por debajo. Puntos dolorosos a la palpación en pronador redondo y/o cubital anterior; teniendo en cuenta que la ubicación más interna y lateral corresponde al cubital anterior, y la más anterior y media al pronador redondo.

TEST DIAGNÓSTICO:

Se pone en evidencia, si existe dolor a la contracción contra resistencia de la flexión y adducción de muñeca, y a la contracción isométrica del pronador redondo.

Para confirmar el diagnóstico de una tendinitis se necesitan 3 factores:

- Dolor a la palpación.
- Dolor al esfuerzo isométrico en el sentido de la pronación (pronador redondo).
- Dolor al estiramiento del pronador redondo.

Ante la presencia de estos tres signos, se puede afirmar que se está en presencia de una tendinitis.

TRATAMIENTO:

Primero se tendrán que corregir todas las lesiones de codo, sobre todo las de abducción.

Estas lesiones son causadas por un traumatismo de afuera hacia adentro a nivel del codo o de dentro hacia fuera si es a nivel del antebrazo (aducción del antebrazo), lo que produce un aumento del valgo fisiológico, con la consecuente

puesta en tensión de los ligamentos internos y de las inserciones a nivel de la epitroclea.

También es necesario verificar las articulaciones que se encuentran por encima y por debajo. Por lo tanto habrá que explorar:

La movilidad de la articulación glenohumeral, sobre todo en los movimientos de rotación interna o externa, y cada músculo que se encuentre con espasmo, tendrá que ser tratado.

La movilidad de la articulación de la muñeca, sobre todo prestar atención a las lesiones de flexión o extensión de los huesos del carpo, y la movilidad de la articulación radio-cubital inferior, ya que, una fijación en rotación del cubito, puede provocar un estiramiento más importante a nivel de los músculos epitrocleares.

Es fundamental tratar las lesiones cervicales bajas, recordando que la epitroclea corresponde al esclerotoma de C6-C7.

La técnica de spray and stretch en estiramiento máximo sobre los músculos dolorosos, es de suma utilidad.

Se puede utilizar el criomasaaje, así como toda fisioterapia (sobre todo el ultrasonido).

OTRAS TENDINITIS DEL CODO

TENDINITIS DEL BRAQUIAL ANTERIOR:

Generalmente está asociada a una fibrosis, por lo que el paciente ha perdido la capacidad de extensión en los últimos grados, y refiere dolor en la parte anterior y externa del codo. La palpación de la región supracondílea, presenta un punto doloroso y de tratamiento obligatorio para poder tener una acción terapéutica sobre los epicondíleos.

Para el tratamiento, da muy buenos resultados el spray stretch y, normalmente, con dos o tres sesiones es suficiente.

Otra técnica que resulta eficaz, es la diafibrolisis transcutánea, para la cual, se utilizan ganchos metálicos con el fin de separar las aponeurosis de los músculos. Esta técnica se puede usar también con masaje del periostio, y si bien es dolorosa resulta muy efectiva en este tipo de patologías.

Después de un traumatismo, una hemorragia intramuscular puede ser responsable de la formación de una cicatriz fibrosa o de un osteoma. En estos casos, Cyriax recomienda inmovilizar el codo, comenzando en posición antálgica para ir progresivamente a la extensión.

TENDINITIS A NIVEL DISTAL DEL BÍCEPS.

El abordaje terapéutico se efectúa de la misma manera, que para una tendinitis de la porción larga, además una manipulación de la cabeza del radio, con la aplicación posterior de spray and stretch. En este caso, la cabeza del radio estará anterior, arrastrado por el bíceps, y el músculo aparte de estar doloroso va estar débil.



TENDINITIS DEL TRÍCEPS

Es una patología bastante frecuente y se observa sobre todo después de: un traumatismo de codo, posterior a una inmovilización (por una luxación de codo), o en los casos de hiperextensión traumática.

El diagnóstico diferencial hay que hacerlo con un problema de irritación del periostio, en el cual habrá dolor a la hiperextensión de codo, signo ausente en la tendinitis.

La tendinitis tricipital se pone de manifiesto por dolor palpatorio, dolor a la contracción isométrica de la extensión de codo u dolor al estiramiento en flexión. También es habitual que el paciente refiera dolor al portar peso, y esto se debe a la puesta en tensión de la interlínea y la porción distal tendinosa.

TRATAMIENTO:

- Suprimir la eventual lesión de lateralidad del codo.
- Tratar la lesión de rotación asociada del cubito.
- Spray and stretch, o stretching.
- Tratamiento vertebral, si fuera necesario.
- Fisioterapia (ultrasonido, electroterapia, termoterapia, etc.).
- Este protocolo es el mismo para todas las tendinitis de la región.