

CODO DOLOROSO

AUTORES:

Dra. Sylvia Hazañas Ruiz (*)

Dr. Melchor Conde Melgar (**)

Dra. Elena Enríquez Álvarez(**)

Dra. Dolores Jiménez-Peña Mellado(**)

Dra. Joaquina Ruiz del Pino(**)

(*) Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud de Alahurín de la Torre. Málaga

(**) Facultativo General Urgencias. Hospital Universitario “Virgen de la Victoria “ de Málaga

Correspondencia:

Dra. Sylvia Hazañas Ruiz

C/ Charlot 11. Cañada del Limonar.

29016. Málaga

INDICE:

I. Introducción

II. Exploración

III. Diagnóstico diferencial de codo doloroso

IV. Codo de tenis (Epicondilitis)

V. Codo de tenis (Epitrocleititis)

VI. Bursitis olecraniana

VII. Técnicas de infiltración

VIII. Bibliografía

IX. Prueba de evaluación.

I. Introducción

Es una articulación intermedia del miembro superior, une el brazo y antebrazo. En ella intervienen el extremo distal del húmero y los proximales del radio y el cúbito, los cuales forman tres articulaciones:

- HÚMERO-RADIAL (Condílea).
- HÚMERO-CUBITAL (Bisagra)
- RADIO-CUBITAL PROXIMAL (Pivote) .

El codo permite los movimientos de flexoextensión del antebrazo (articulaciones húmerocubital y húmeroradial) y la pronosupinación (articulaciones radiocubital y humeroradial).

La flexoextensión se produce fundamentalmente a expensas de la articulación húmeroradial. Las superficies articulares son la tróclea humeral y la cavidad glenoidea del cúbito. La cápsula articular es débil por delante y por detrás, pero está reforzada por los lados por los ligamentos colaterales radial y cubital. Estos ligamentos y los ligamentos de los músculos bíceps braquial, braquial anterior y tríceps braquial estabilizan las estructuras que intervienen en la flexoextensión. Existe una bolsa serosa olecraniana que permite el deslizamiento del tendón del tríceps braquial.

En la parte distal del húmero, se localizan dos eminencias óseas laterales:

1. Epicóndilo (zona lateral externa del codo), donde se insertan los músculos supinadores del antebrazo y los músculos extensores de la muñeca.
2. Epitróclea (zona medial del codo), donde se insertan los músculos pronadores del antebrazo y flexores de la muñeca.

II. Exploración:

La exploración de un codo doloroso, debe realizarse tras una anamnesis cuidadosa, es un dolor muy localizado, típico la mayoría de las veces de patología extrarticular.

II. A. Inspección

Es muy importante, ya que la mayor parte de la articulación es subcutánea, por ello podemos apreciar fácilmente la anatomía ósea, periarticular y subcutánea.

No debemos olvidar que la zona posterior del codo es una gran fuente de semiología clínica donde podemos encontrar:

Nódulos subcutáneos \Rightarrow tofos gotosos, nódulos reumatoideos.

Lesiones cutáneas \Rightarrow psoriasis.

Trastornos de alineación \Rightarrow cubito valgo, varo, recurvatum.

Tumefacción \Rightarrow sinovitis, derrame

La pérdida de relieve de los canales paraolecranianos es un dato de sinovitis.

II.B. Palpación

La presencia de nódulos duros e irregulares nos orientará hacia tofos gotosos y si son nódulos blandos y regulares, serán de origen reumatoideo

La existencia de dolor a la presión sobre epicóndilo o sobre la epitroclea, son datos de epicondilitis (codo de tenis) o epitrocleítis (codo de golf).

II.C. Movilidad

Se deben examinar la amplitud de movimientos de extensión, flexión y rotación tanto pasivas como activas. Así si existe:

Movilidad pasiva normal \Rightarrow se excluye proceso articular o sinovial.

Movilidad pasiva limitada no dolorosa \Rightarrow patología degenerativa.

Movilidad pasiva limitada dolorosa \Rightarrow proceso inflamatorio.

Movilidad resistida dolorosa \Rightarrow lesión musculotendinosa.

FLEXIÓN ⇒ tendón bicipital.
EXTENSIÓN ⇒ tendón tricipital
SUPINACIÓN ⇒ músculo supinador corto.
PRONACIÓN ⇒ músculo pronador redondo
EXTENSIÓN RESISTIDA DE LA MUÑECA ⇒ musculatura epicondilea.
FLEXIÓN RESISTIDA DE LA MUÑECA ⇒ musculatura epitroclear.

III. Diagnostico diferencial del codo doloroso.

En el caso de codo doloroso de origen periarticular, las causas más frecuentes son la epicondilitis (codo de tenista), la epitrocleitis (codo de golf) y la bursitis olecraniana

IV. Codo de tenis (epicondilitis) .

Es una de las lesiones más frecuentes del brazo, generalmente más frecuente en el lado dominante. Su prevalencia en la población general es del 1 al 3 %, la mayoría en edades comprendidas entre los 40 y 60 años.

La aparición de los síntomas, frecuentemente coincide con la sobre utilización de las muñecas y dedos.

IV.1.Clínica

Es un dolor 2º a un desgarro parcial en las inserciones musculares del epicóndilo (extensor común de los dedos) o en el vientre muscular o en la inserción de los músculos radiales.

El dolor aparece con la extensión de la muñeca. Puede irradiarse a muñeca o a mano o bien a hombro.

Producido por microtraumatismos repetidos o sobreesfuerzos.

IV.2.Exploración

Reproducción del dolor a la extensión resistida de la muñeca con el codo en extensión y por la extensión resistida del dedo medio. La supinación resistida del antebrazo partiendo de la posición de pronación también suele ser dolorosa

La palpación demuestra el nivel de la lesión según la intensidad del dolor evocado: inserción tendinosa (epicóndilo), tendón del músculo (cabeza radial) y vientre muscular (cuello radial)

V. Codo del golf (epitrocleititis).

V.1. Clínica

Dolor producido por desgarro parcial de las inserciones musculares, sobre la epitroclea (inserción del músculo flexor común)

El dolor aparece a la flexión resistida de la muñeca con el codo en extensión. La pronación del antebrazo y la flexión de los dedos pueden ser también dolorosas. Puede irradiarse hasta muñeca o mano.

Producido por microtraumatismos repetidos o sobreesfuerzos.

V.2. Exploración

Reproducción del dolor sobre la epitroclea a la pronación del antebrazo y a la flexión resistida de la muñeca.

Dolor a la presión selectiva en la cara anterior o inferior de la epitroclea.

VI. Bursitis de codo.

Afecta principalmente a la bolsa olecraniana. Debido a su posición superficial sobre el olécranon puede verse afectada con facilidad por fricción o golpes. Frecuentemente aparece tumefacción que es fácilmente visible

Se debe realizar diagnóstico diferencial con artropatías por precipitación de cristales, artritis inflamatorias o sépticas

VI.1. Clínica

Engrosamiento doloroso sobre la punta del olécranon por inflamación de la bursa olecraniana, su etiología puede ser: traumática, infecciosa, microcristalina o reumatoide.

El dolor se localiza típicamente en la punta del olécranon y no se desencadena con movimientos activos ni pasivos. Generalmente se produce por fricción con la ropa o al apoyar el codo.

VI.2. Exploración

Tumefacción visible sobre el vértice del olécranon

Signos inflamatorios locales.

Dolor a la presión en el área de la bursa.

VII. Técnicas de infiltración: articulación del codo.

VII.1. Codo tenis (epicóndilo) Figura 1.

Codo en flexión de 90°.

Punto de entrada a nivel epicóndilo, en el punto de máximo dolor.

Dirección de la aguja perpendicular u oblicua hasta periostio.

Aguja 16/5 (naranja).

VII.2..Codo de golf (epitróclea) Figura 2.

Codo en flexión de 90°.

Punto de entrada a nivel epitróclea, en el punto de máximo dolor.

Dirección de la aguja perpendicular u oblicua hasta periostio.

Aguja 16/5 (naranja).

La lesión del nervio cubital (localizado por debajo de la epitróclea) en la infiltración de la epitrocleititis, la necrosis de la grasa subcutánea o las cicatrices dolorosas alrededor del codo son complicaciones potenciales pero poco frecuentes.

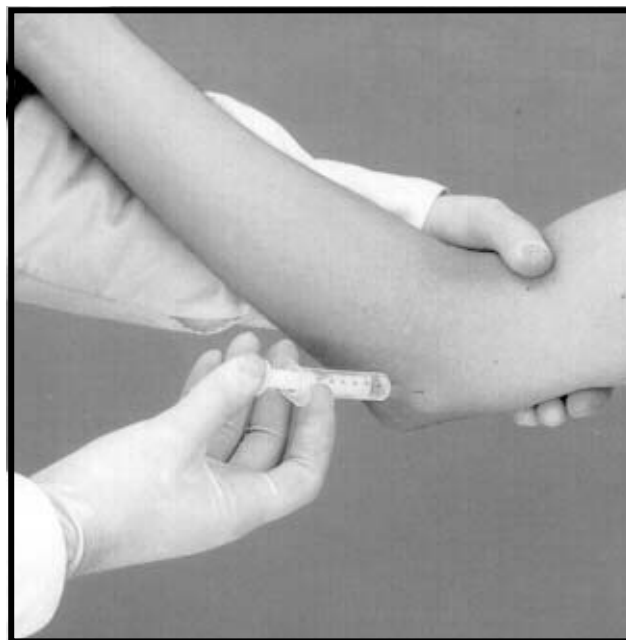
Hay que advertir al paciente que durante las primeras 72 horas siguientes a la infiltración, puede aumentar el dolor.

VIII. Figuras

Figura 1. Técnica de infiltración de epicondilitis



Figura 2. Técnica de infiltración de la epitrocleitis.



IX. Bibliografía

1. Biffe RB. ASPIRATION AND CORTICOSTEROID INJECTION: PRACTICAL POINTERS FOR SAFE RELIEF. Phisician Sportsmed 1992, 20: 57 - 71.
2. Vidal Fuentes J., TECNICAS DE INFILTRACION EN A. LOCOMOTOR. Laboratorios Andromaco.
3. Ruiz de Adana. MANUAL DE DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA EN A.PRIMARÍA.Capitulo 58. A. Lopez Garcia-Franco. Editorial Díaz de Santos. 2.^a.Edición. 1996.

X. Preguntas de evaluación

1. La epicondilitis externa es la causa más frecuente de dolor en la región externa del codo . ¿ Que otros procesos pueden producir sintomatología similar?

- a. Fractura de la cabeza del radio
- b. Fractura del cóndilo externo
- c. Inestabilidad lateral del codo
- d. Síndrome del túnel radial
- e. Todos producen sintomatología similar

2. ¿ Que músculo se afecta principalmente en la epicondilitis ?

- a. Supinador largo
- b. 1.Radial
- c. 2. Radial
- d. Extensor común de los dedos
- e. Cubital anterior

3.¿ Que músculo se afecta principalmente en la epitrocleitis?

- a. Cubital posterior
- b. Flexor común de los dedos
- c. Palmar mayor
- d. Pronador cuadrado
- e. Todos.

4. ¿A que edad es más frecuente la epicondilitis?

- a. A en menores de 20 años .
- b. Entre 20 y 40 años
- c. Entre 40 y 60 .
- d. A cualquier edad
- e. Ninguna de las anteriores.

5. ¿Cuál de estos procesos no producen bursitis olecraniana?

- a. Traumática
- b. Infecciosa
- c. Por artritis microcristalina
- d. Reumática
- e. Todas son causas de bursitis olecraniana

1.	e
2.	c
3.	b
4.	b
5.	e