



Síndromes Dolorosos del Codo en el Adulto

Dr. JOSE MANUEL PINZON ROJAS, M.D., Cirujano Ortopedista.

RESUMEN

Al revisar 12.500 historias clínicas de pacientes de la práctica privada, que consultaron entre 1969 y 1984, encontramos 119 casos con dolor en el codo, debido a epicondilitis lateral y medial, bursitis olecraniana y calcificaciones periarticulares.

Practicamos controles entre 2 y 16 años.

Encontramos 89 pacientes con epicondilitis: el 92% recibió tratamiento médico con anti-inflamatorios, infiltraciones con corticoides y venda elástica por debajo del codo; el 8% restante fue tratado quirúrgicamente mediante la técnica de Bosworth III modificada.

La bursitis olecraniana se presentó en 23 pacientes, siendo el trauma la primera causa etiológica seguida de la infecciosa, gotosa y reumatoidea; 48% recibieron tratamiento médico y 52% tratamiento quirúrgico, mediante la resección de la bursa.

Siete pacientes presentaron calcificaciones periarticulares dolorosas; el 71% recibieron tratamiento quirúrgico: resección de las calcificaciones.

Los resultados fueron satisfactorios para cada caso, con retorno del paciente a sus actividades habituales.

INTRODUCCION

Aun cuando, son varias las causas del codo doloroso en el adulto, solamente nos referiremos en el presente trabajo a los tres síndromes más frecuentemente observados en la consulta ortopédica, siendo en su orden de frecuencia: la Epicondilitis lateral y medial; la Bursitis Olecraniana y las Calcificaciones periarticulares del codo.

MATERIAL Y METODOS

Al revisar 12.500 historia clínicas de pacientes de la

práctica privada que consultaron entre 1969 y 1984, encontramos 119 codos dolorosos; practicamos controles durante 2 y 16 años, después del tratamiento.

Sesenta y ocho pacientes pertenecían al sexo masculino (58%), y cincuenta uno al sexo femenino (42%).

El paciente de menor edad fue de 20 años y el de mayor edad de 73 años, lo que nos da una edad de 40 años en promedio.

Encontramos Epicondilitis lateral en 79 pacientes (66%), Epicondilitis medial en 8 pacientes (7%), y Epicondilitis lateral y medial en un mismo codo en dos pacientes (2%). La Bursitis olecraniana se halló en 23 pacientes (19%), y las calcificaciones periarticulares en 7 pacientes (6%).

EPICONDILITIS

La epicondilitis lateral fue descrita por Runge⁴ en 1873; se le conoce también con el nombre de codo de Tenista⁵ y a la medial con el de codo de Golfista⁵, aunque se observan con más frecuencia en las personas que no practican estos deportes. Se han expuesto varias teorías respecto a su etiopatogenia, pero se cree que debido a que el codo es una palanca mecánicamente débil, se sobrecarga con gran facilidad, lo que facilita la producción de pequeños desgarros del tendón conjunto, los que cicatrizan luego, pero con formación de tejido inmaduro^{3, 4, 7, 11}.

Otras hipótesis descritas como causantes de esta sintomatología dolorosa son la bursitis radiohumeral, la periostitis, la necrosis avascular de la cabeza del radio, la sinovitis radiohumeral, la inflamación y fibrositis del ligamento anular del radio y la neuritis de ramas del nervio radial^{3, 7, 12, 15}.

Encontramos 89 pacientes con Epicondilitis, de los cuales 79 presentaban Epicondilitis lateral (89%), 8 Epicondilitis medial (9%) y 2 Epicondilitis lateral y medial en el mismo codo (2%).

Cuarenta y seis pacientes fueron del sexo femenino (52%) y cuarenta y tres del masculino (48%).

El codo derecho se afectó en 62 pacientes (70%), el izquierdo en 12 (14%); fue bilateral en 15 (16%).

El promedio de edad fue de 40 años.

SINTOMATOLOGIA

El síntoma que se observó en todos los casos fue el dolor en el cóndilo lateral o medial del húmero; en la epicondilitis lateral el dolor se acentúa al llevar la mano en pronación y hacer maniobras contra resistencia (prueba de la silla y de la hiperextensión de la muñeca); en la epicondilitis medial es positiva la prueba de la hiperflexión contra resistencia de la muñeca^{5, 8}.

El tiempo promedio de evolución de los síntomas dolorosos fue de 30 días, siendo el más antiguo de 6 años y el menor de 5 días.

Es necesario practicar estudios radiográficos y de laboratorio para descartar o confirmar fracturas o

secuelas de estas o presencia de afecciones reumáticas.

PATOLOGIA ASOCIADA

Se encontraron 3 pacientes con Artritis Reumatoidea activa, 2 con artrosis, 2 diabéticos y en un caso se asoció con bursitis del hombro, síndrome del tunel carpiano y síndrome de Quervain.

TRATAMIENTO

Todos los pacientes recibieron inicialmente tratamiento médico conservador; en los casos agudos administramos analgésicos, anti-inflamatorios, hielo local y reposo del codo en cabestrillo; en pacientes crónicos empleamos calor local, anti-inflamatorios, banda elástica colocada inmediatamente por debajo del codo.

Fueron de gran utilidad las infiltraciones locales con dexametasona, utilizadas en 75 pacientes, aplicando 1 cc. (10 mg.) sobre el tendón conjunto en el sitio de mayor dolor. Es conveniente no infiltrar el periostio ya que puede producir un dolor más intenso que el de la enfermedad; el número de infiltraciones varió de 1 a 8 con un promedio de 3, a intervalos de 10 días a 6 meses.

En las Epicondilitis mediales, practicamos siempre tratamiento médico.

Cuando después de 1 a 4 años el paciente no responde al tratamiento médico, se debe recurrir a la cirugía, la que practicamos en 7 casos utilizando la técnica de Bosworth III modificada⁴; en un caso se efectuó con anestesia local y en los 6 restantes con anestesia general.

HALLAZGOS

En un caso encontramos macroscópicamente una lesión tumoral que interrumpía las estructuras del tendón conjunto y que histológicamente se reportó como un Hemangioliopona.

En otro caso había una rama aberrante del nervio radial que cruzaba superficialmente el tendón conjunto. En 4 pacientes encontramos pequeños desgarros del tendón conjunto y microscópicamente se reportó como tejido de reparación, sinovitis degenerativa y presencia de Fibroblastos. En un caso no se halló patología ni macroscópica ni histológica.

BURSITIS OLECRANIANA

Denominada también con los nombres de codo de minero o de estudiante^{5, 8, 9}.

La Bursa es un saco cerrado que contiene una cantidad escasa de líquido sinovial dentro de una membrana celular semejante a la sinovial.

La Bursa Olecraniana está situada entre la piel y la superficie dorsal del olécranon y representa una de las 160 bursas que se encuentran en el cuerpo humano¹⁸.

La del codo es la más importante desde el punto de vista clínico^{10, 12}.

Encontramos 23 pacientes (21%); hubo marcado predominio del sexo masculino, 20 pacientes (87%), y solo 3 del sexo femenino (13%).

Se localizaron en el codo derecho 19 (83%), en el izquierdo 3 (13%) y bilateral 1 (4%).

SINTOMATOLOGIA

Los síntomas predominantes observados en todos los pacientes fueron el dolor y la tumefacción; otros síntomas como rubor y calor sólo se encontraron en casos de Bursitis infectada. Los antecedentes de trauma directo o microtraumas de repetición se encontraron en el 57%; el tiempo de iniciación de los síntomas y la valoración médica varió entre 3 días y 4 años, con un promedio de 8 días.

sitis por Cristales (GOTA) en 4 (17%) y Bursitis por Artritis Reumatoidea en 1 paciente (4%).

Es importante destacar que en la bursitis infecciosa 3 pacientes tenían un claro antecedente traumático y 2 comenzaron con una picadura de mosquito (celulitis a vecindad); el germen contaminante en 4 pacientes fue el estafilococo aureo y en un paciente el estreptococo.

AUXILIARES DE DIAGNOSTICO

A todos los pacientes se les practicó estudio radiológico y se les encontró edema de partes blandas; en dos pacientes se apreciaron imágenes calcificadas. No se observó reacción ósea.

El laboratorio fue de utilidad para efectuar las pruebas de ácido úrico y de factores Reumatoideos o para determinar el germen en los casos de Bursitis infecciosa^{2, 10}.

TRATAMIENTO

El tratamiento se efectuó de acuerdo con la etiología. En las Bursitis traumáticas, se practicó aspiración



Figura 1. Paciente de 42 años con bursitis olecraniana gotosa bilateral

ETIOLOGIA

Desde el punto de vista etiológico se encontró en orden de frecuencia Bursitis Traumática en 13 pacientes (57%); Bursitis Infecciosa en 5 (22%); Bur-

del líquido (dos aspiraciones en promedio) más infiltración con 10 mg. de prednisolona, inmovilización del codo con férula por 10 a 15 días medicación analgésica y anti-inflamatoria.

En 10 pacientes la evolución fue satisfactoria.

Si al cabo de 1 ó 2 meses la tumefacción persiste y se palpa engrosamiento o nódulo doloroso, se procede al tratamiento quirúrgico, el cual consiste en la resección de la bursa: lo practicamos en 3 pacientes. Un paciente recidivó a los 6 meses y se le practicó un segundo acto quirúrgico.

En todos los casos de Bursitis Infecciosa se practicó drenaje quirúrgico; el material se envió a cultivo y antibiograma; se inmovilizó el codo con una férula, y se administraron analgésicos y antibióticos a dosis terapéutica. Tres casos respondieron satisfactoriamente pero en los dos restantes se presentó luego, entre 3 y 6 meses, engrosamiento doloroso de la bursa lo que obligó a practicar la excisión quirúrgica de ésta.

En la Bursitis Gotosa se practicó siempre resección quirúrgica, ya que por el tiempo de evolución su tamaño era grande y por lo tanto causa de dolor.

Sólo encontramos un caso de Bursitis Reumatoidea el que se trató con aspiración, infiltración con corticoides por tres veces, inmovilización y administración de drogas antirreumáticas^{2, 9, 12, 15}.

CALCIFICACIONES DEL CODO

Las calcificaciones se ven con más frecuencia en otras articulaciones como el hombro (bursitis calcificada).

Cuando se observan en el codo tiene importancia clínica, ya que son causa de dolores crónicos y de limitaciones funcionales del mismo, debido a que causan Tenosinovitis o neuritis por fricción^{6, 14, 17}.

En nuestra casuística encontramos 7 pacientes (6%), los cuales mostraban manifestaciones de dolor difuso en el codo; 2 presentaban limitación funcional del mismo. Todos los pacientes tenían antecedentes traumáticos.

El diagnóstico en todos los casos se confirmó por estudio radiográfico.

Seis casos presentaron la calcificación en el codo derecho (86%), y uno en el codo izquierdo (14%). El promedio de edad fue de 22 años; 5 casos fueron de sexo masculino (79%) y 2 (29%) del sexo femenino.

El tiempo transcurrido entre el traumatismo y la aparición de los signos radiológicos varió de 3 meses a 5 años.

Un caso presentaba miositis osificante del braquial anterior y en otro se encontró una calcificación

que invadía no solo el codo sino el triceps. En los demás pacientes las calcificaciones estaban localizadas en el cóndilo lateral o medial del húmero.

La etiología en todos los casos fue de origen traumático.

TRATAMIENTO

En los casos de miositis osificante del braquial anterior y en los de calcificaciones del triceps se hizo rehabilitación; en los otros 5 pacientes el tratamiento fue quirúrgico y consistió en resección de las calcificaciones.

La evolución en todos los pacientes fue satisfactoria, excepto en el que padecía miositis osificante: quedó con una deformidad en flexión del codo de 30° y una limitación de la flexión de 20°.

El diagnóstico diferencial debe hacerse con otras entidades que son causa de dolor en el codo como la epicodilitis, las bursitis y los síndromes de atrapamiento de los nervios cubital y radial¹⁵.

COMENTARIO

Aun cuando dentro del contexto de la ortopedia, estas lesiones no son frecuentes, no por ello dejan de ser importantes, ya que son causa de dolor y limitación funcional de una articulación muy útil, para la actividad del miembro superior.

En el codo de tenista fue Cyriax's^{4, 7} quien en 1936 revisó la literatura mundial, y encontró 29 diferentes procesos patológicos como causas de esta afección; sin embargo, él reportó como la teoría más aceptable, las rupturas microscópicas o macroscópicas del tendón conjunto. Bosworth³ en 1955 y nuevamente en 1965 hizo énfasis en que la etiología era debida a Fibrositis e inflamación crónica del ligamento anular y consecutivas rotaciones asimétricas repetidas de la cabeza radial; describió las técnicas quirúrgicas para corregir estas alteraciones patológicas: fueron los Bosworth I, II, III y IV.

En 1973 Conrad y Hooper⁷ estudiaron 1.000 pacientes con epicondilitis lateral y medial e hicieron un seguimiento a largo plazo a 339 de los cuales 278 respondieron satisfactoriamente al tratamiento conservador; solamente 39 fueron intervenidos quirúrgicamente con resección de la prominencia del cóndilo y sutura de las rupturas del tendón conjunto. En el mismo año Boyd y Mcleod de la Clínica Campbell⁴ trataron 871 pacientes; 37 no respondieron al tratamiento médico: a 28 de éstos les practicaron un procedimiento descrito por los autores como Bosworth III modificado que consiste en resección de la porción proximal del ligamento anular, relajación de los músculos extensores, escisión de la bursa si está

presente y escisión de flecos de la sinovial con resultados satisfactorios.

En 1979 Nirschl¹¹ al tratar 1.213 pacientes practicó cirugía en 88 codos de 82 pacientes; la técnica quirúrgica consistió en exposición del extensor carpi radialis brevis, escisión de la lesión y reparo del tendón. La rata global de mejoría fue del 98%.

En nuestra casuística, de los 89 pacientes con epicondilitis solamente 7 necesitaron tratamiento quirúrgico (8%) y para ello utilizamos la técnica de Bosworth III modificada por Boyd, la que creemos sea una combinación de otros procedimientos; con ella logramos remover los tejidos patológicos y reconstruir las rupturas del tendón conjunto.

Todos los pacientes respondieron en forma satisfactoria y se reintegraron a su trabajo y actividades deportivas.

En cuanto a los 23 pacientes con Bursitis Olecraniana, la etiología como lo describen Krupp¹⁰ y Pollici¹², casi siempre fue debida a trauma; el diagnóstico no ofrece dificultad, así sean de origen infeccioso o reumatoideo; con tratamiento médico o quirúrgico adecuado, el resultado final es satisfactorio en todos los pacientes.

De los 7 pacientes que presentaban calcificaciones del codo todos tenían antecedentes traumáticos y en 5 fue necesario practicar tratamiento quirúrgico, ya que eran causa de dolor crónico y limitación funcional del codo. De acuerdo con Schajowicz¹⁴, y Spjut¹⁷ las miositis osificantes en período

inmaduro deben tratarse médicamente ya que suelen regresar de manera espontánea.

Todos los pacientes evolucionaron hacia la mejoría con reintegro a sus actividades.

SUMMARY

After reviewing 12.500 medical records of private patients who consulted between 1969 and 1984, we found 119 cases with elbow pain, due to lateral and medial epicondylitis, olecranon bursitis or periarticular calcifications.

We practice control follow-up ranging between 2 and 16 years.

Eighty-nine patients presented with epicondylitis: 92% received medical treatment with anti-inflammatory drugs, corticoid infiltrations and elastic bandages below the elbow; the remainder (8%) underwent surgery following the modified Bosworth III technique.

Olecranon bursitis was presented in 23 patients; trauma was the first cause of it followed by infections, gout and rheumatism; 48% received medical treatment and 52% underwent surgical bursa resection.

Seven patients presented painful periarticular calcifications; 71% underwent surgical removal of the calcification.

Results were satisfactory in each of the cases and the patients returned to their everyday activities.

BIBLIOGRAFIA

1. BANKS, S. y LAUFMAN, H. Atlas de Exposición Quirúrgica de las Extremidades. Ed. Beta, Buenos Aires. 1977; 120-121, 138-139.
2. BEARY, J. GOUT. Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders. Ed. Lihle Brown. Boston. 1981; 145-150.
3. BOSWORTH, D.M. Surgical Treatment of Tennis Elbow. A Follow-up Study. J. Bone and Joint Surg., Dec. 1956; 47-A: 1533-1536.
4. BOYD, H.B. and MCLEOD, A.C. Jr.: Tennis Elbow. J. Bone and Joint Surg. Sept. 1973; 55-A: 1183-1187.
5. CAILLIERT, R. Incapacidad y dolor de tejidos blandos. Ed. El Manual Moderno, México. 1979; 184-195.
6. CARNESALE, P. y PITCOCK, J. Tumores. Cirugía Ortopédica de Campbell, 6a. Ed. Tomo II, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires. 1981; 1357.
7. COONRAD, R.W., and HOOPER, W.R. Tennis Elbow: Its Course, Natural History, Conservative and Surgical Management. J. Bone and Joint Surg. Sept. 1973; 55-A: 1177-1182.
8. GERSTNER, J. Manual de Semiología del Aparato Locomotor, 4a. Edic. Ed. U. del Valle. 1985; 129-139.
9. GOLDING, D. Enfermedades Reumáticas. Ed. Salvat, Barcelona, 1975; 275-277.
10. KRUPP, Marcos A., Chatton, Milton. Diagnóstico clínico y tratamiento de la bursitis. Ed. Manual Moderno. 1980; 598.
11. NIRSCHL, R.P., PETTRONE, F.A. Tennis Elbow: The Surgical Treatment of Lateral Epicondylitis. J. Bone and Joint Surg. 1979; 61-A: 832-839.
12. PELLICI, P. and Mc.CORMACK, R. Bursitis and Tendinitis Manual of Rheumatology and Outpatient Ortho-

pedic Disorders Ed. LiHle Brown. Boston. 1981; 139-142.

13. RUSHTON, N., GREATOR, R., BROUGHTON, N. Surgical Esposares of the Lims. Ed. J.B. Lippincott, Philadelphia. 1985; 156-159.

14. SCHAJOWICZ, F. Tumores y lesiones seudotumorales de huesos y articulaciones. Ed. Panamericana, Buenos Aires, 1982; 493-499.

15. SHEON, R. Nonarticular Rheumatism and Nerve Entrapment Syndromes. Ed. Mc Graw-Hill Book Company, U.S.A. 1985; 145-148.

16. SISK, D. y CANALE, S. Afecciones traumáticas de las articulaciones. Cirugía Ortopédica de Campbell, 6a. Ed. Tomo I, Ed. Médica Panamericana. Buenos Aires. 1981; 1014-1017.

17. SPJUT, H., DORFMAN, H., FECHNER, R., ACKERMAN, L. Tumores of bone and Cartilage. 2a. Serie Published by the Armed Forces Institute of Pathology, Washington. 1979; 412-422.

18. TUREK, S. Ortopedia, Principios y Aplicaciones. Tomo II Ed. Salvat, Barcelona. 1982; 1036-1048.

19. WATSON, Jones. Fractura y heridas articulares. 3a. Ed. Ed. Salvat, Barcelona. 1980; 295-301

BIBLIOGRAFIA

1. BANKS, S. y LAUFMAN, H. Atlas de Exposición Ortopédica de las Extremidades. Ed. Beta, Buenos Aires. 1977; 120-121, 138-139.

2. BEARY, J. GOUT. Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedic Disorders. Ed. Little Brown, Boston. 1981; 142-150.

3. BOSWORTH, D.M. Surgical Treatment of Tennis Elbow. A Follow-up Study. J. Bone and Joint Surg. Dec 1958; 47-A: 1233-1238.

4. BOYD, H.B. and MCLFOD, A.C. Jr. Tennis Elbow. J. Bone and Joint Surg. Sept. 1973; 55-A: 1183-1187.

5. CAILLIERT, R. Inestabilidad y dolor de tejidos blandos. Ed. El Manual Moderno, México. 1978; 164-165.

6. CARNESALE, F. y PITCOCK, J. Tumores. Cirugía Ortopédica de Campbell, 6a. Ed. Tomo II, Ed. Médica Panamericana, Buenos Aires. 1981; 1327.

7. COGNARD, R.W. and HOOPER, W.R. Tennis Elbow. The Course, Natural History, Conservative and Surgical Management. J. Bone and Joint Surg. Sept. 1975; 55-A: 1177-1182.

8. GERSTNER, J. Manual de Semiología del Aparato Locomotor. 4a. Edic. Ed. U. del Valle. 1985; 129-139.

9. GOLDING, D. Enfermedades Reumáticas. Ed. Salvat, Barcelona. 1978; 575-577.

10. KRUPP, Marcos A., Chistler, Milton. Diagnóstico clínico y tratamiento de la bursitis. Ed. Manual Moderno. 1980; 588.

11. MIRSCH, R.P., PETTRONE, F.A. Tennis Elbow. The Surgical Treatment of Lateral Epicondylitis. J. Bone and Joint Surg. 1978; 61-A: 825-839.

12. PELLICI, P. and McCORAMACK, R. Bursitis and Tendinitis Manual of Rheumatology and Outpatient Orthopedics. Ed. Little Brown, Boston. 1981; 139-142.