

Evaluación y orientación terapéutica de las epicondilitis

R. Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Resumen.

El autor propone un registro del dolor en el epicóndilo de 0 a 20; basado en el dolor provocado por los movimientos de pronación, supinación, y extensión de la mano ejecutados contra-resistencia.

Estos movimientos se ejecutan primero con el codo flexionado a 90°, y después en extensión completa.

Ello permite juzgar la evolución de la epicondilitis y sobretodo apreciar la eficacia inmediata y a largo plazo de los tratamientos que se aplican.

También practica la exploración de la columna cervical en busca de la sensibilidad articular posterior C5-C6 o C6-C7 en el mismo lado que la epicondilitis. La participación cervical se confirma con la mejora inmediata de los test de los movimientos o voluntarios del codo tras la manipulación o la infiltración cervical.

De estos datos pueden deducirse tres orígenes principales:

Origen cervical en más de los 2/3 de los casos

Origen húmero-radial en 1/6 parte de los casos por bloqueo intra-articular o periartrosis

Tendinitis aislada.

La epicondilitis se considera generalmente como una tendinitis de inserción. La inyección local de esteroides es el tratamiento habitual y alivia un cierto número de casos. Los exámenes histológicos hechos en pacientes operados han podido mostrar alteraciones tendinosas con infiltrado inflamatorio, incluso zonas de necrosis fibrilar.

Pero si las epicondilitis se deben exclusivamente a tendinitis de inserción, ¿cómo se explican los frecuentes y excelentes resultados de las manipulaciones cervicales, o además, de algunas movilizaciones del codo, cuando estas maniobras se escogen y se aplican en función de unos criterios precisos?

I) Evaluación de la Epicondilitis

1) Tests

En presencia de una epicondilitis nos ha parecido interesante el poder evaluar su gravedad por medio de test simples. Por ello hemos propuesto un registro de 0 a 20 en referencia al dolor provocado con los movimientos contra-resistencia. Se valora la pronación, la supinación, y la extensión de la mano y los dedos.

Anotaremos:

- 0 = sin dolor;
- 1 = dolor contra mucha resistencia;
- 2 = dolor contra ligera resistencia;
- 3 = movimiento imposible ante la mínima resistencia por la intensidad del dolor que provoca.

Con esta escala valoramos:

- La extensión dorsal de la mano y de los dedos contra-resistencia. Esta maniobra se ejecutará con el codo extendido (0 a 3) y después con el codo flexionado en ángulo recto (0 a 3).
- La pronación. El médico da la mano al paciente y le pide que la cierre y la gire en rotación interna (pronación) mientras se opone al movimiento. La maniobra se hace con el codo extendido (0 a 3) y luego con el codo flexionado en ángulo recto (0 a 3).
- La supinación Igual que la anterior pero en rotación externa (supinación). Con codo extendido (0 a 3) y después a 90°. (0 a 3).
- El dolor espontáneo nocturno se valorará de 0 a 2.
- La nota total estará comprendida **entre 0 y 20**.

2) Examen del codo

Test:

- El movimiento articular lateral del codo. El médico se sitúa de pie, dando la espalda, delante del paciente que tiene el brazo extendido hacia adelante en supinación; el médico atrapa el antebrazo del paciente entre su brazo y el tórax y lo sujeta con firmeza. Sujeta con las dos manos las partes laterales del codo que explorará. Entonces imprime movimientos pequeños y alternativos de aducción y abducción. En los sujetos laxos se aprecia un notable bamboleo lateral, que es más discreto en los individuos rígidos. Puede estar disminuido, inexistente o doloroso en un preciso sentido. Debe compararse con el lado opuesto.
- La hiperextensión del codo: normal y libre, o imposible y dolorosa.
- Se valora el movimiento pasivo sin resistencia: la pronación forzada y la supinación forzada, buscando siempre la limitación y el dolor por examen comparativo con el lado opuesto.

3) Examen del raquis

Se busca una sensibilidad exquisita a la palpación de las articulaciones interapofisarias de C5-C6 o C6-C7 en el mismo lado que la epicondilitis. El examen se hace con el paciente estirado en decúbito supino en la camilla, el médico en la cabecera de la camilla. El cuello del paciente relajado. De esta

manera se puede palpar con facilidad la cara posterior de los macizos articulares, el recto mayor derecho explorando las articulaciones derechas y el izquierdo explorando las izquierdas. En cada macizo articular de abajo hacia arriba de Sur C7 a C2, se efectúan movimientos de fricción con una ligera presión.

Las radiografías cervicales completarán este examen. Pero el que existan o no lesiones degenerativas en estos niveles (u otros) no puede afirmar o confirmar la eventual implicación del raquis cervical en el dolor epicondíleo.

La presencia de esta sensibilidad C5-C6 o C6-C7, en el mismo lado de la epicondilitis hace sospechar la participación cervical en el dolor del codo. Ésta no se afirmará ni se confirmará más que con la mejoría inmediata y neta de los tests tras el tratamiento cervical.

II) Orientaciones terapéuticas

A partir de estos resultados se puede determinar la orientación terapéutica.

1) Cuando existe sensibilidad articular en C5-C6 o en C6-C7 en el mismo lado

El raquis cervical puede estar implicado. Pero su responsabilidad sólo se podrá afirmar tras el tratamiento cervical de prueba, si éste es posible. Si la manipulación no está contraindicada (estado del raquis, situación vascular) y si es aplicable (regla del no-dolor), se hará en primer lugar una manipulación en rotación. Después se practica un nuevo test que permitirá comprobar o no la existencia de un grado de mejoría. Entonces se hace una segunda maniobra cervical en lateralización, seguida de una tercera en mentón-pivote. En las epicondialgias de origen cervical la mejoría que se obtiene es muy apreciable con los test, a veces total, negativizándolos.

El efecto de una primera sesión puede ser pasajero o persistir, pero en la mayoría de los casos, si ha sido favorable, entre dos y cuatro sesiones estabilizarán el resultado, incluso en las epicondilitis rebeldes y las antiguas.

En caso de que también exista una pérdida de la movilidad lateral del codo, es decir, una reacción periarticular asociada, se efectúan movilizaciones del codo, que acostumbra a ser suficientes. Se reserva la infiltración intra-articular para los casos con poca mejoría.

Comentario. Sin duda se nos puede objetar que la infiltración local de los tendones permite aliviar bien las epicondilitis en las que existe sensibilidad articular de C5-C6 o C6-C7.

Esto es exacto:

- Puede corresponder a los casos (1 de cada 5) en los que el tratamiento cervical no influye en los test. Se puede entonces pensar que hay

coexistencia, pero sin relación causa-efecto entre el codo y la epicondilitis;

- No es sorprendente que un dolor de origen cervical pueda curarse con un tratamiento local. Lo observamos a menudo en casos de dolor tan auténticamente vertebral como las ciáticas. Ello sólo se concibe si el factor cervical es discreto y la epicondilitis benigna. Si el factor cervical es importante y duradero, el tratamiento local a menudo fracasa, o la recidiva está cercana.

¿Cómo concebir la implicación del raquis cervical?

Podemos avanzar dos hipótesis:

a) Supongamos que el tendón sea efectivamente el asiento de las alteraciones. Éstas pueden soportarse bien y no provocar molestia no dolor. Pero que aparece una mínima irritación a nivel cervical de la raíz que lo inerva; la tolerancia se convierte en mínima. Entonces se percibe el dolor epicondíleo; aquí consecuencia de los dos factores: el cervical y el local. Eventualmente podemos tratar uno solo de ellos y curar al paciente.

b) El tendón es normal anatómicamente pero su tolerancia está disminuida para las tensiones por esfuerzos excesivos o poco habituales si la raíz que lo inerva está irritada a nivel cervical. La verdad puede ser otra pero sea lo que sea la práctica cotidiana nos obliga a admitir el componente cervical.

Ciertos datos electromiográficos aportan argumentos a nuestra tesis mostrando signos de denervación parcial de intensidad variable en el territorio de C6 y C7 ^(Bence). La importancia de este interesante estudio sería aún mayor si estos casos hubieran recibido un tratamiento cervical apropiado y si el examen cervical se hubiera hecho buscando la sensibilidad específica de la articulación de C5-C6 o de C6-C7 del mismo lado que la epicondilitis. La radiología del raquis no ofrece argumentos válidos, y además las irritaciones radicales mínimas no han de tener obligatoriamente traducción electromiográfica.

2) Sin sensibilidad articular en C5-C6 o C6-C7 del mismo lado

No hay compromiso del raquis cervical. Dos posibilidades:

a) La movilidad del codo es libre. El tratamiento de elección es la infiltración clásica en el punto más doloroso del epicóndilo con una mezcla de anestésico local y un derivado cortisónico. Se controla también con los test para saber si la inyección se ha hecho en el lugar correcto, en cuyo caso desaparece el dolor en los movimientos contrarresistencia. En algunos casos es mejor efectuar un test selectivo de los músculos o tendones afectados, y si la infiltración corticoidea no ha sido suficiente se infiltra el músculo afectado con xilocaina en el punto más doloroso a la palpación.

b) La movilidad del codo está afectada.

- El movimiento lateral del codo es inexistente o globalmente disminuido. Pero aún siendo desagradable, no provoca un dolor vivo. Esta

restricción global del movimiento evoca una reacción periarticular (que también puede existir si hay componente cervical). El tratamiento comportará las movilizaciones, habitualmente suficientes, a veces, la infiltración intra-articular.

- Se provoca un dolor vivo en una orientación precisa. Sea en adducción o abducción forzadas, con sensación de lucha contra una resistencia, mientras que en el sentido opuesto el movimiento es libre e indoloro. A menudo la hiperextensión también es dolorosa, igual que la supinación forzada, y se advierte una sensibilidad viva de la interlínea humero-radial. Se trata de una epicondilitis por “bloqueo inter-humero-radial” (Maigne).

Epicondilitis por bloqueo humero-radial – El inicio de esta epicondilitis a menudo es brusco durante un movimiento (10% de los casos totales). Aquí también nos podemos encontrar en presencia de:

- un bloqueo puro: solo una dirección del movimiento es dolorosa y está bloqueada;
- un bloqueo asociado a una periartritis reactiva del codo: el movimiento lateral está muy disminuido o inexistente, pero hay un sentido del movimiento muy doloroso. Sin signos cervicales.

SIN PERIARTRITIS. - la manipulación del codo tiene aquí la indicación privilegiada. Se practica la manipulación del codo según la regla del « no-dolor ». Por ejemplo: en adducción forzada si está libre y si la abducción es dolorosa; en supinación forzada (con movimiento repetitivo) si la supinación está libre y la pronación es dolorosa; o a la inversa, etc. Después de cada maniobra se juzga su eficacia con los test, y de esta forma se efectúa el tratamiento, paso a paso, durante de una a cinco sesiones.

CON PERIARTRITIS. – en los casos antiguos puede haber añadida una reacción periarticular. Son los de más difícil tratamiento. El movimiento lateral del codo es inexistente y el gesto es particularmente doloroso en una dirección precisa.. La infiltración cortisónica intra-articular ha de asociarse con movilizaciones en las direcciones opuestas a la más dolorosa. Cuando sea factible, se practicará la manipulación.

Hipótesis: ¿a qué se debe este bloqueo humero-radial? ¿fragmento de un pseudomenisco? ¿pellizco de plicas sinoviales? No lo podemos saber. Pero estas epicondilitis responden bien a la manipulación adecuada.

En los casos graves y rebeldes el tratamiento quirúrgico puede plantearse excepcionalmente. La operación de De-Goes es la mejor diseñada.

Otro mecanismo de la epicondilitis

En algunos casos una epicondilitis rebelde puede estar asociada a la compresión de la rama posterior del nervio radial en el supinador corto. Favorecido por los movimientos de supinación repetidos y una predisposición anatómica. El dolor acostumbra a ser nocturno. La velocidad de conducción está disminuida. La intervención quirúrgica es aquí la solución terapéutica lógica.

Centre de Rééducation - Hôtel-Dieu Paris