**ISCM de La Habana**

**Facultad de Ciencias Médicas 10 de octubre**

**HDCQ 10 de Octubre**

**Maestría atención integral al paciente reumático**

**Curso 5 Reumatismo de Partes Blandas**

**Trabajo Final**

**Epicondilitis medial. Actualización**

**Autor: Dra. Anabel Nápoles Álvarez**

**Especialista de primer grado en Medicina general Integral y Oftalmología**

**Profesora auxiliar**

**La Habana, abril 2023.**

**Introducción**

Los reumatismos de partes blandas incluyen una gran variedad de procesos dolorosos, donde están afectados tejidos sinoviales, tendones, ligamentos, fascias, inserciones ligamentosas, tendinosas y fasciales y además nervios periféricos. 1 Excluyéndose las afecciones de las articulaciones y de los huesos.

Se ha estimado que el 95% de los adultos ha presentado al menos un reumatismo de partes blandas. Siendo este motivo frecuente de consulta médica. Habitualmente no son graves, pero si invalidantes para el paciente.

Entre los tejidos afectados están los tendones, estructuras estas de colágeno, altamente organizadas cuya función principal es trasmitir la fuerza muscular al hueso. 2 Las tendinopatías son entidades comunes en la población general, siendo motivo frecuente de consulta en las especialidades de Medicina General Integral, Reumatología y Ortopedia. 3 Existen un grupo que afectan el miembro superior y dentro de estas se encuentra la Epicondilitis medial.

La Epicondilitis medial, también conocida como epitrocleítis o síndrome del pronador-flexor o codo de golfista, es la inflamación de la inserción tendinosa de los músculos flexores de la muñeca y de los dedos a nivel de la epitróclea. Es la causa de dolor más frecuente en la zona medial del codo. 4,5

Representa entre el 10 % y el 20 % de todas las epicondilitis, y en alrededor del 85% es de origen ocupacional. En la población general se estima una prevalencia de alrededor del 1%. La frecuencia en hombres y mujeres es similar, presentándose típicamente entre los 40 y 60 años de edad, y en el 60% de los casos afecta a la extremidad dominante. La obesidad, la diabetes mellitus y el tabaquismo son factores de riesgo para el desarrollo de esta. Representa 10%-15% de las tendinopatías del codo. 4,5,6

Es por todo lo anterior que nos motivamos en la realización de esta revisión bibliográfica, para actualizar el conocimiento que existe sobre la Epicondilitis medial.

**Objetivo**

Realizar una revisión bibliográfica sobre la Epicondilitis medial.

**Desarrollo**

Las epicondilitis son las causas más frecuentes de dolor en el codo. Habitualmente aparecen en el contexto laboral o deportivo. Desde el punto de vista histológico, la lesión responsable de la sintomatología es una degeneración tendinosa angiofibroblástica más que un proceso inflamatorio, por lo que el término tendinosis es el más apropiado. 7

La epicondilitis medial o epitrocleítis es por tanto una tendinopatía que afecta a la inserción proximal del grupo muscular común flexor-pronador. En este grupo, los músculos involucrados son: pronador redondo, flexor radial del carpo, palmar mayor, flexor superficial de los dedos y flexor cubital del carpo, en su origen en el epicóndilo medial. Pueden aparecer calcificaciones de los tendones en hasta un 25 % de los casos. La epitrocleítis, como habíamos mencionado anteriormente, constituye la causa más frecuente de dolor medial del codo pero, aún así, es 4-7 veces menos frecuente que la epicondilitis lateral. 4,5,7

La epitrocleítis, sucede como consecuencia de una sobrecarga mecánica de los músculos flexores que se insertan en la región medial del codo. La causa de la tendinosis parece estar relacionada con las sobrecargas concéntricas y excéntricas repetitivas de estos músculos flexores y pronadores. La mayoría de los casos aparece en pacientes adultos y en relación con trabajos manuales repetitivos. Solo el 10-20% de los pacientes sufren una lesión aguda del área epitroclear y esto ocurre habitualmente en pacientes jóvenes y deportistas. La epicondilitis medial puede afectar a jugadores de golf, de ahí que se conozca también como codo de golfista, y a deportistas de lanzamiento por encima de la cabeza, como los lanzadores de jabalina y de béisbol. También se ha observado en tenistas, sobre todo con el golpe de derecha, el saque y el remate. 7,8

Se describen un grupo de condiciones de riesgo ocupacionales como son: movimientos repetitivos combinado con pronación del antebrazo y flexión de la muñeca, agarre con fuerza y repetitivo, manipulación manual de cargas, exposición a fuerzas vibratorias constantes en el codo, trabajar en una posición incómoda o la misma posición durante un largo período de tiempo, tener contacto directo contra superficies o bordes duros por largos períodos de tiempo, movimientos con las manos por encima de los hombros durante más de 4 horas, ritmo y carga de trabajo elevados y largas jornadas de trabajo. 4

No encontramos bibliografía nacional e internacional que evidencien estudios en profesionales de la salud buscando la frecuencia de esta entidad, sobre todo en los que realizan actividad quirúrgica. En opinión de la autora, en la cirugía oftalmológica se realizan movimientos repetitivos, muchas veces en posiciones inadecuadas y períodos largos de tiempo. Sería interesante realizar estudios que pudieran evidenciar esto.

Habitualmente la epitrocleitis tiene un inicio insidioso, aunque en un 30% de casos debuta de forma aguda. 4 Los pacientes presentan un dolor persistente en la cara medial del codo con irradiación hacia el extremo proximal del antebrazo que aumenta notablemente con los movimientos o maniobras resistidas de flexión de muñeca con el antebrazo en supinación y sobre todo con las maniobras de pronación de antebrazo contra resistencia. 9 También aquejan pérdida de fuerza prensil de la mano. En ocasiones, aunque menos frecuentemente, puede aparecer una pérdida del rango de movimiento articular del codo afectado.

La sintomatología de esta lesión es progresiva. En la fase inicial, el dolor se presenta cuando se realiza la actividad laboral o deportiva y cesa cuando esta concluye. En este punto la lesión es reversible si se ponen medidas terapéuticas. Si esta evoluciona dará paso a una siguiente fase o cronicidad de la lesión donde aparecerá el dolor en otras actividades hasta poder llegar a presentarse en reposo y durante la noche. En esta última fase la lesión debe ser tratada terapéuticamente. En este proceso aparte de afectar a la musculatura epitroclear puede estar afectado el ligamento colateral cubital y el nervio cubital. 10 Estimándose que el 50% de los casos se asocia a una neuropatía del cubital. 4,7

Otro aspecto asociado a la epitrocleítis, que aparece también en el 50% de los casos y que hay que valorar de cara al diagnóstico y al adecuado tratamiento de esos pacientes es la presencia de algún tipo de radiculopatía cervical. En las radiculopatías cervicales de las raíces C6 y C7 aparece debilidad de los músculos: pronador redondo y flexor radial del carpo que genera un desbalance entre los músculos flexores y los extensores del codo que contribuye al desarrollo de la epicondilitis medial. 7, 11

El diagnóstico es principalmente clínico, necesitándose hacer una buena historia clínica del paciente, empezando por una correcta anamnesis y la realización de una exploración física combinada con pruebas complementarias, ya que se tiene que diferenciar de otros dolores de la zona medial del codo.4,8,12

La exploración clínica de esta entidad se realiza mediante una serie de pruebas funcionales: Medición del rango de movimiento (ROM). Al principio puede que el rango de movimiento este completo, pero a medida que evoluciona la patología puede que presente una contractura en flexión. 13

Estiramiento pasivo de los músculos epitrocleares: con el antebrazo en supinación y extensión completa de codo, realizar pasivamente una flexión dorsal de muñeca. 14

Prueba activa para epitrocleitis: antebrazo en supinación y codo en extensión completa. El clínico fija con una mano el codo y la otra la coloca en la palma de la mano del paciente. Se parte de una flexión dorsal de muñeca. Se resiste el movimiento de flexión palmar y pronación del antebrazo. Será conveniente acabar la prueba resistiendo también el movimiento de flexión de los dedos para valorar todos los músculos.

Maniobras específicas: Maniobra de Cozen invertida: antebrazo en supinación y extensión completa de codo. El clínico estabiliza el codo. Partiendo de una flexión dorsal de muñeca, se resiste el movimiento de flexión palmar de muñeca y ligera flexión de codo. La resistencia se coloca en la palma de la mano. El signo positivo significa que está afectada la musculatura flexora de muñeca. 15

Se realiza la exploración neurológica del nervio cubital, por su alta frecuencia de asociación. Signo de Tinel: percusión del nervio cubital en la zona más expuesta (justo tras el epicóndilo medial con el codo en flexión cómoda de 90º) con un solo dedo reproduciendo el dolor y parestesias en los dedos 4º y 5º.

Para confirmar el diagnóstico es necesario realizar diagnóstico diferencial con otras entidades, utilizándose pruebas imagenológicas como las siguientes: 4,8,12,16

Ecografía: estudio no invasivo, mostrando un engrosamiento en la inserción del tendón común de los músculos epitrocleares.

Radiografía simple: para descartar procesos degenerativos y fracturas antiguas. En ocasiones pueden evidenciarse micro calcificaciones en un 25% de los casos.

Resonancia magnética (RM): permite demostrar un aumento de señal en las estructuras afectadas. No se indica inicialmente para el diagnóstico de Epitrocleítis, sino para el diagnóstico diferencial.

Electromiografía: si hay sospecha de radiculopatía cubital.

Gammagrafía: para un diagnóstico precoz, sobre todo usada en medicina deportiva. Da información de los cambios que se están produciendo en los huesos y estructuras blandas antes que en la radiografía convencional. Se realiza conjunto a las demás pruebas diagnósticas.

Un alto porcentaje de pacientes afectados van a mejorar con tratamiento conservador. Los objetivos del mismo se resumen básicamente en lograr la mejoría del dolor, reducción de la inflamación, y una adecuada rehabilitación en pro de una recuperación y reincorporación a las actividades diarias de los pacientes. 18 Este manejo se puede dividir en tres fases; en la primera fase se debe reducir la actividad física desencadenante de la sintomatología, sin llegar a una inmovilización completa debido a la posible atrofia y retracción que causaría. Como medios analgésicos y antiinflamatorios se recomienda aplicación de frío local (hielo) por quince a veinte minutos tres a cuatro veces al día. 19.20 Se puede administrar de manera concomitante analgésicos antiinflamatorios por periodos de diez a catorce días.

En los pacientes que presentan pobre respuesta se puede implementar el uso nocturno de férulas, asociado a la inyección de esteroides en el sitio de origen del tendón. Estas parecen ser efectivas a corto plazo pero no a largo plazo. 21 Su uso, por ello, es frecuentemente discutido. En un estudio, Stahl et al. 7,22 realizaron un ensayo clínico prospectivo aleatorizado doble ciego comparando el efecto de la infiltración local con lidocaína y metilprednisolona versus inyección con solución salina, asociadas a fisioterapia y a la administración de AINE para el tratamiento de la epicondilitis medial y este estudio puso de manifiesto que a las 6 semanas y a los 12 meses del tratamiento en ambos grupos la mejoría fue importante sin diferencias significativas entre ambos grupos. En más del 90% de los pacientes tratados con este tratamiento conservador, este fue efectivo. No debemos olvidar que para evitar complicaciones como la despigmentación y la atrofia grasa debe evitarse el depósito subcutáneo de la medicación infiltrada.

Si la sintomatología no cesa se pasará a un plan de rehabilitación guiada donde se pueden usar diversas técnicas. Son efectivos los ejercicios de estiramiento y potenciación muscular y tendinosa. También los populares tratamientos mediante kinesiotaping (cinta elástica adhesiva) del antebrazo pueden mejorar la sensación de dolor y derivar en un aumento de fuerza, sobre todo en deportistas.23 La terapia física y la electroterapia en sus diferentes modalidades, como son los ultrasonidos, ondas de choque extracorpóreas, TENS (estimulación nerviosa eléctrica transcutánea), láser, iontoforesis, fonoforesis y otras, podrían aportar mejoría clínica y evolutiva, sobre todo el uso del ultrasonido y el láser. 21,24

Se usan también otro tipo de tratamientos como inyección de factores de crecimiento: aplicación de sangre autóloga y aplicación de plasma rico en plaquetas (PRP). Suresh et al. 7,25 propusieron el uso de una combinación de punción seca con inyección de sangre autóloga ecoguiada para el tratamiento de la epitrocleítis refractaria al tratamiento inicial, defendiendo su efectividad, aunque el uso de todas esas técnicas sigue siendo controvertido.

Por último, en el manejo conservador de la epicondilitis es de gran importancia la modificación de las técnicas y los elementos de protección necesarios para el desempeño de las actividades del paciente con el objetivo de disminuir las posturas desencadenantes de los síntomas. En las actividades deportivas se han estudiado y modificado elementos deportivos tales como las raquetas en los practicantes profesionales con el fin de disminuir las fuerzas estresantes en valgo del codo. 7,8

Ocasionalmente es necesaria la cirugía si la epicondilitis no responde al tratamiento conservador. No se recomienda a menos que se haya completado un programa adecuado de tratamiento no quirúrgico. La cirugía se indica de forma precoz si se hallan lesiones orgánicas estructurales como una rotura o desinserción de las inserciones tendinosas epitrocleares, así como si se detecta una lesión severa o progresiva del nervio cubital. 7,8

**Conclusiones**

La epitrocleítis o epicondilitis medial es la causa más frecuente de dolor en la zona medial del codo, típico de trabajadores manuales y deportistas.

 Para realizar un correcto tratamiento, es necesario realizar un buen diagnóstico diferencial.

En la mayoría de los casos, con un tratamiento conservador suele ceder.

**Bibliografía**

1. Álvarez Nemegyei J. Síndromes de dolor regional apendicular. Creencias y evidencias. Rev Mex Reumatol 2003; 18:365-72.
2. Kannus P. Structure of tendon connective tissue. Scand J Med Science in Sports 2000; 10:312-20.
3. Canoso JJ, Álvarez J. Reumatismo de partes blandas. Bursitis, tendinitis y fascitis. Capítulo 94; 1145-65.
4. Guía de actuación y diagnóstico de enfermedades profesionales. Trastornos músculo-esqueléticos. Miembro superior. Ministerio de trabajo, empleo y seguridad social de Argentina. 2020. Disponible en: [www.argentina.gob.ar/srt](http://www.argentina.gob.ar/srt). Revisado: 24/03/23.
5. Blasco Velázquez L. Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales. Trastornos musculo esqueléticos de origen profesional del Miembro Superior: Epitrocleítis. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P. Madrid, noviembre 2022. Disponible en: <http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>. Revisado: 24/03/23.
6. Pons Gamez Y & cols. La epicondilitis medial en los lanzadores de la Isla de la Juventud. Rev Podium vol.15 no.1 Pinar del Río ene.-abr. 2020. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo/php?script=sci-serial>. Revisado: 2/04/23
7. Ávila Lafuente JL & cols. Epicondilitis medial. Manejo terapéutico Rev Esp Artrosc Cir Articul. 2018; 25(2):110-8. Disponible <https://fondoscience.com/reaca/vol25-fasc2-num63/fs1712071-epicondilitis-medial-manejo-terapeutico>. Revisado: 4/04/23.
8. Muñoz DM & cols. Epicondilitis medial. Revisión del estado actual de la enfermedad. Rev. Colomb. Reumatol. Vol. 18 núm. 4, diciembre 2011, pp. 295-303.
9. Vinod AV, Ross G. An effective approach to diagnosis and surgical repair of refractory medial epicondylitis. J Shoulder Elbow Surg. 2015; 24:1172-7
10. Ballestin JLL. Enfermedades profesionales causadas por agentes físicos localizadas en codo. Ciencia forense: Revista Aragonesa de Medicina Legal. Zaragoza: Institución < Fernando el Católico>; 2014. 91-104.
11. Lee AT, Lee-Robinson AL. The prevalence of medial epicondylitis among patients with c6 and c7 radiculopathy. Sports Health. 2010;2:334-6
12. Alba García M. Tratamiento fisioterápico de la epicondilitis medial: Revisión bibliográfica. Facultad de fisioterapia de Soria. Grado en fisioterapia. Trabajo de fin de grado julio de 2016.
13. Ciccotti MC, Schwartz MA, Ciccotti MG. Diagnosis and treatment of medial epicondylitis of the elbow. Clin Sports Med. 2004 october; 23(4): 693-705.
14. Jurado AB, Medina IP. Codo, muñeca y mano. In Manual de pruebas diagnósticas; Traumatología y ortopedia. Barcelona: Paidotribo; 2007. p. 139-183.
15. Buckup K. Articulación del codo. In Buckup K, editor. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: MASSON, S.A; 2002. p. 99-108.
16. Orrego Luzoro M, Morán Córdova N. Ortopedia y Traumatología Básica. Capítulo 9 Patología del codo. Universidad de los Andes. Facultad de Medicina
17. Paul L. Liebert. Epicondilitis medial (Codo del golfista). Tomah Memorial Hospital. Manual MSD. Noviembre 2021. Disponible: <http://www.msdmanuals.com/es/professionals>. Revisado 31/03/2023.
18. Schwartz M, Ciccotti M, Ciccotti M. Open Treatment of Medial Epicondylitis. Techniques in Orthopaedics 2006;21(4):283-289.
19. Dykstra JH, Miller M, Cheatham C, Michael T. Comparisons of cubed ice, crushed ice, and wetted ice on intramuscular and surface temperature changes. J Athletic Train 2009; 44: 136-141.
20. SL. Wise, DS Owens, HM. Binkley. Rehabilitating Athletes With Medial Epicondylalgia. Strength and Conditioning Journal 2011;33(2). 3
21. Lee SS, Kang S, Park NK, Lee CW, Song HS, Sohn MK, et al. Effectiveness of initial extracorporeal shock waver medial epicondylitis. Ann Rehabil Med. 2012;36:681-7.
22. Stahl S, Kaufman T. The efficacy of an injection of steroids for medial epicondylitis: a prospective study of sixty elbows. J Bone Joint Surg (Am). 1997;79:1648-52.
23. Chang HY, Wang CH, Chou KY, Cheng SC. Could forearm Kinesio Taping improve strength, force sense, and pain in baseball pitchers with medial epicondylitis? Clin J Sport Med. 2012;22:327-33.
24. Dingemanse R, Randsdorp M, Koes BW, Huisstede BM. Evidence for the effectiveness of electrophysical modalities for treatment of medial and lateral epicondylitis: a systematic review. Br J Sports Med. 2014; 48: 57-65.
25. Suresh SP, Ali KE, Jones H, Connell DA. Medial epicondylitis: is ultrasound guided autologous blood injection an effective treatment? Br J Sports Med. 2006;40:935-9