



PRESENTADO EN EL XIII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

Tenotomía percutánea con aguja ecoguiada en epicondilitis refractaria

Ultrasound-guided needle tenotomy in refractory epicondylitis

R. López Martín, J. L. Bonilla García¹ y L. Márquez Rodríguez²

FEA Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería. ¹FEA Anestesiología y Reanimación. Complejo Hospitalario Universitario. Huelva. ²FEA Cirugía ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario Torrecárdenas. Almería

Palabras clave: Epicondilitis, tenotomía percutánea, ecografía.

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis es un proceso patológico crónico que aparece por afectación del tendón del extensor radial corto del carpo. Fue descrito ya en 1873 por el médico alemán Ruge y, posteriormente, se denominó en 1883 por Major como “codo de tenista”.

Se trata de una tendinosis crónica caracterizada por el desarrollo secuencial de cambios degenerativos, cuya etapa inicial viene dada por una inflamación de la zona de inserción de los músculos epicondileos, afectando a la bolsa humeral, el periostio y el ligamento anular. Las lesiones se caracterizan por una neovascularización con invasión fibroblástica. Aparece como consecuencia del sobreuso del tendón por actividades que requieren movimientos repetitivos de pronosupinación de la mano con el codo en extensión.

En lo referente a sus características epidemiológicas, la literatura describe este proceso como la patología más frecuente que afecta al codo, con una prevalencia del 3 %. No guarda relación con el sexo, siendo similar su incidencia en hombres y mujeres. En cuanto a su relación con la edad, aparece de manera predominante entre la 3.ª y 5.ª década de la vida. Entre los factores que incrementan el riesgo de sufrir una epicondilitis se encuentran la práctica de tenis o golf,

el desequilibrio muscular, flexibilidad articular y edad. Tiene un claro perfil ocupacional y se relaciona con actividades profesionales que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexo-extensión forzada de la muñeca.

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, basándose en una correcta anamnesis y exploración.

Clinicamente se manifiesta como dolor, de inicio progresivo e insidioso, habitualmente unilateral, localizado en la región lateral del codo e irradiándose al antebrazo. Inicialmente, las características del dolor son de tipo mecánico, sin embargo, conforme los cambios se extienden (proliferación de fibroblastos, degeneración y/o rotura de colágeno fibrilar), el dolor aparece también en reposo.

Puede asociarse al proceso la aparición de debilidad, reducción de fuerza en la mano e, incluso, dificultad para coger o cargar objetos. Por ello, cuando exploramos a los pacientes que sufren este cuadro debemos hacer un examen comparativo de la fuerza en ambos miembros superiores, así como palpar el epicóndilo lateral, lo que dará lugar a la aparición del dolor.

En lo referente al tratamiento, la mayoría de los pacientes mejorarán con tratamiento conservador, o incluso sin tratamiento, en un plazo de 6 a 12 meses, mientras que hasta un 5 % terminarán precisando tratamiento quirúrgico. Las medidas iniciales son, por tanto, conservadoras, incidiendo en medidas de higiene postural, educación del paciente y el cambio de las

Recibido 23-10-2016
Aceptado 25-10-2016

actividades que perpetúan la patología. Se pueden aplicar férulas locales, administrar antiinflamatorios e infiltrar con corticoides como medidas terapéuticas iniciales.

En aquellos casos en los que el paciente es refractario al manejo conservador se precisa la puesta en marcha de otras alternativas terapéuticas que permitan aliviarle la sintomatología al cuadro. De esta manera, entre las opciones planteadas en caso de epicondilitis refractarias (epicondilitis sin mejoría clínica tras, al menos, 6 meses de tratamiento conservador), se han planteado técnicas quirúrgicas como son la fasciotomía, el alargamiento del tendón, la osteotomía del epicóndilo lateral y la escisión de la porción dañada del EBCR tanto abierta como de manera percutánea. También se ha propuesto la aplicación de plasma rico en plaquetas.

Nosotros planteamos en nuestro caso una alternativa de tratamiento basada en la realización de una tenotomía percutánea ecoguiada con aguja como medida de tratamiento ante una paciente con epicondilitis refractaria.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso clínico de una paciente mujer de 56 años con antecedentes personales de hipertensión arterial en tratamiento con enalapril, poliartrosis incipiente, localizada principalmente en mano derecha y hombro derecho en tratamiento con paracetamol/tramadol. Intervenida previamente de transposición del cubital derecho y artroscopia de hombro derecho.

Es derivada a la Unidad de Dolor por presentar dolor importante a nivel del codo, compatible con epicondilitis, de más de 3 años de evolución, sin respuesta a analgesia oral, tratamiento rehabilitador e infiltraciones con esteroides. La paciente utiliza ortesis sin gran mejoría.

Cuando evaluamos su dolor mediante la escala visual analógica, la paciente refiere EVA de 6 basal con crisis de dolor en relación con incremento de la actividad física, con EVA de 9. El dolor interfiere en sus actividades diarias y se acompaña de sensación de pérdida de fuerza, impidiéndole en ocasiones realizar las actividades cotidianas. A la exploración, encontramos un aumento del dolor a la palpación del epicóndilo y a la extensión de la muñeca.

Dada la situación clínica de la paciente, le proponemos como alternativa terapéutica la realización de una tenotomía percutánea con aguja ecoguiada. La paciente

entiende y asume los riesgos, y firma el consentimiento informado.

Bajo medidas de asepsia realizamos la técnica que a continuación describimos:

- Infiltración con lidocaína 2 % para piel y los tendones del compartimento muscular lateral.
- Se lleva a cabo la TPE con aguja de plexo (Vigon 50 mm) en plano de distal a proximal, localizando mediante ecografía las zonas calcificadas.
- Al finalizar la tenotomía, se coloca vendaje y se indica reposo relativo las primeras 24 horas.

Tras la realización del procedimiento, la paciente presenta disminución del dolor a las 48 h (EVA 3), al mes (EVA 0), a los tres meses (EVA 0/crisis autolimitada relacionada con el esfuerzo, EVA 5), a los 6 meses (EVA 2) y a los 9 meses (EVA 0).

Refiere mejoría de su capacidad funcional y disminución de la limitación para las actividades diarias.

En conclusión, podemos afirmar que la tenotomía percutánea ecoguiada es una técnica que, gracias a ser mínimamente invasiva y guiada por imagen, disminuye las complicaciones asociadas a cirugía u otras técnicas más agresivas.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

1. Jiménez I, Marcos-García A, Muratore-Moreno G, Medina J. Cuatro gestos quirúrgicos en el tratamiento de la epicondilitis. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol* 2016;60(1):38-43.
2. Salcedo-Dueñas JA, Leal-Gómez RF. Microtenotomía percutánea y plasma rico en plaquetas para epicondilitis. *Act Ortop Mex* 2012;26(4):231-4.
3. Finnoff JT, Fowler SP, Lai JK, Santrach PJ, Willis EA, Sayeed YA, et al. Treatment of chronic tendinopathy with ultrasound-guided needle tenotomy and platelet-rich plasma injection. *PM R* 2011;3:900-11.
4. Villalobos Baeza E, Rodríguez Alonso JJ, Torres Fuentes A. Diagnóstico y tratamiento de la epicondilitis en atención primaria. *FMC* 2008;15(5):314-21.
5. Dunkow PD, Jatti M, Muddu BN. A comparison of open and percutaneous techniques in the surgical treatment of tennis elbow. *J Bone Joint Surg [Br]* 2004;86-B:701-4.