



Cad. Aten. Primaria
Año 2006
Volumen 13
Pág. 27-28

Taller de infiltraciones (III): Codo

Francisco Javier Maestro Saavedra
SAP de Elvira-Mesoiro (A Coruña)

María Jesús Freiria Tato
SAP de Noia.

Enrique Nieto Pol
SAP Concepción Arenal (Santiago de Compostela)

Sergio Cínfa
SAP Concepción Arenal (Santiago de Compostela)

ANATOMÍA BÁSICA

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

- El epicóndilo (eminencia ósea externa) y
- La epitroclea (eminencia ósea interna).

En el epicóndilo se inserta el músculo extensor común de los dedos y los músculos supinadores.

En la epitroclea se insertan el pronador redondo y los músculos flexores de la muñeca.

OBJETIVOS

Existen tres tipos, principales, de patologías del denominado codo doloroso que pueden mejorar con la aplicación de técnicas de infiltración:

- La Epicondilitis.
- La Epitrocleítis.
- y La bursitis olecraniana.

METODOLOGÍA

Antes de infiltrar se deberá confirmar el diagnóstico con la exploración y la palpación de la zona.

La sensibilidad dolorosa a la presión proporciona los datos más interesantes y precisos, lo mismo ocurre con la tumefacción articular y la limitación de los movimientos que la acompañan.

La acentuación del dolor con los movimientos pasivos y no en los de contra resistencia suele indicar una patología intraarticular, mientras que si ocurriese al contrario suele deberse a una patología tendino-muscular.

1.- EPICONDILITIS

En la epicondilitis, el dolor, que es muy intenso, se sitúa siempre justo por debajo del epicóndilo. Suele afectar al brazo dominante (actualmente el dolor se presenta en personas que realizan trabajos de alto esfuerzo con sus brazos), con una frecuencia del 1 a 3 % de la población general.

CLÍNICA:

El dolor se incrementa con la extensión de la muñeca y con la supinación del antebrazo.

La supinación resistida del codo y vencer resistencias de la dorsiflexión de la muñeca con el codo en extensión y por la extensión resistida del dedo medio produce dolor, debido, normalmente, a una lesión tendino-musculosa sobre el extensor común de los dedos.

Cuando el dolor es de intensidad leve-moderada se debería iniciar el tratamiento con antiinflamatorios. Ante la persistencia del dolor optariamos por la infiltración con anestésicos y corticoides, que cuanto más precoz sea mejorará el pronóstico.

La técnica de infiltración se realizará sobre el punto de máxima sensibilidad dolorosa hallado a la palpación, normalmente situado un poco por debajo del epicóndilo. Se apoya el dedo sobre parte de la cabeza radial haciendo rotar el antebrazo del paciente. Se marca el punto de infiltración, frotando con antiséptico y se practica la inyección alrededor del tendón de inserción, lo más cercano al hueso posible.

Existen dos **vías de abordaje** posibles, la anterior y la posterior. Actualmente la más recomendada es la vía posterior. La infiltración se debe realizar iniciando desde un ángulo 0° (horizontal al plano del antebrazo) y posteriormente abriendo la infiltración en abanico a 45° y 90°.

La cantidad necesaria puede oscilar entre 3 y 5 ml, que aunque parece excesiva suele ser indispensable para asegurar un éxito terapéutico completo.

¿CUÁNTAS VECES DEBERÍAMOS INFILTRAR UNA EPICONDILITIS?

El número de tentativas debe limitarse a dos o tres, normalmente espaciadas por 2-4 semanas y si el dolor persiste o reaparece en un breve intervalo de tiempo deberá buscarse otra explicación.

Existe un porcentaje del 10 % de pacientes resistentes a las infiltraciones en los que puede ser necesaria la cirugía.

PRECAUCIONES

Lo más frecuente es la reacción temporal provocada por la sensibilidad a sustancias químicas. Siempre se le debe informar al paciente de la posibilidad de aparición de una zona atrófica, representada por una zona de piel blanca, en el área de la infiltración, resultado del efecto que producen los corticoides sobre la dermis.

2.- EPITROCLEÍTIS

En la epitrocleítis o codo de golf, el dolor se localiza en el borde interno de la epitroclea. Se debe, principalmente, a la afectación del tendón del flexor común de los dedos en su inserción a este nivel.

CLÍNICA:

El dolor es más difuso que el de la epicondilitis y se suele localizar en la zona transicional músculo tendinosa del tendón proximal.

La exploración se ve confirmada por el incremento del dolor con la flexión contra resistencia de la muñeca con el codo en extensión y la pronación del antebrazo.

Cuando el dolor es de intensidad leve-moderada se debería iniciar el tratamiento con antiinflamatorios. Ante la persistencia del dolor optaríamos por la infiltración con anestésicos y corticoides, que cuanto más precoz sea mejorará el pronóstico.

La cantidad de fármaco a infiltrar es menor que en el caso de la epicondilitis y oscilará entre 1 a 3 ml.

El abordaje deberá de tener en cuenta que el nervio cubital discurre por el canal situado por detrás de la epitroclea; hay que tener mucho cuidado en localizarlo para evitar tocar el tronco nervioso. Por lo tanto la mejor vía de abordaje es la posterior. La infiltración se debe realizar iniciando desde un ángulo 0° (horizontal al plano del antebrazo) y posteriormente abriendo la infiltración en abanico hasta 45° (evitar la infiltración por encima de los 45° para evitar el tronco del cubital).

¿CUÁNTAS VECES DEBERÍAMOS INFILTRAR UNA EPITROCLEÍTIS?

El número de tentativas debe limitarse a dos o tres, normalmente espaciadas por 2-4 semanas y si el dolor persiste o reaparece en un breve intervalo de tiempo deberá buscarse otra explicación.

PRECAUCIONES

Lo más frecuente es la reacción temporal provocada por la sensibilidad a sustancias químicas y la afectación del tronco del cubital, por las variantes anatómicas, alrededor del 2%.

Al igual que en el caso de la epicondilitis, se le debe informar al paciente de la posibilidad de aparición de una zona atrófica, representada por una zona de piel blanca, en el área de la infiltración, resultado del efecto que producen los corticoides sobre la dermis.

TÉCNICA DE INFILTRACIÓN

Tanto en el caso de epicondilitis o de la epitrocleítis:

La posición del brazo sería con el codo, apoyado sobre una superficie dura, en ángulo recto.

Material:

- Aguja de 0,5 x 16 mm (Naranja, subcutánea).
- Jeringas de 2 ó de 5 ml
- Corticoide depot:
 - Parametasona 40 mg/ 2 ml. (Cortidene depot R)
 - Triancinolona 40 mg/ 1 ml. (Trigon depot R)
 - Betametasona 12 mg/ 2 ml. (Celestone Cronodose R)
- Anestésico local: Mepivacaína 1% ó 2% sin vasoconstrictor

3.- BURSITIS OLECRANIANA

La fricción o los golpes sobre la zona posterior del codo puede dar lugar a la inflamación de la bolsa olecraniana.

La **clínica** más frecuente es la inflamación de la zona con tumefacción visible que no impide los movimientos activos o contra resistencia del codo, pero que impide su apoyo o que dificulta la movilidad por roce con la ropa.

TRATAMIENTO

Se realiza aspiración del contenido de la bolsa por punción, para posteriormente, una vez descartado la existencia de contenido infeccioso de la bolsa, infiltrar corticoides en su interior.

En el caso de las bursitis traumáticas, la evacuación del contenido, incluso sin infiltración posterior es el tratamiento de elección.

TÉCNICA DE INFILTRACIÓN

Material:

- Aguja de 0,8 x 40 mm (Verde, intramuscular)
- Jeringa de 10 ml
- Corticoide depot:
 - Parametasona, Triancinolona, Betametasona: 1 ml.
- Anestésico local:
 - Mepivacaina al 1% ó 2% sin vasoconstrictor: 1 ml.

Posición: Codo suspendido, sujetado con la otra mano, en ángulo recto.

Acceso: El abordaje deberá ser lateral y posterior

Se introduce la aguja por la zona lateroposterior dirigida hacia el centro de la bolsa.

Evacuar el contenido completamente, rompiendo tabiques por presión o con movimiento de la aguja.

Cambiar la jeringa e inyectar 2 ml de la mezcla del corticoide y del anestésico

Inmovilizar la bolsa con vendaje compresivo durante las primeras 24 horas.