

# TENDINOPATÍA LATERAL DE CODO: ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO

## ¿QUÉ ES Y CÓMO PODEMOS MANEJARLA?

La tendinopatía lateral del codo es la causa más frecuente de consulta en patología no traumática de codo. Tiene una prevalencia del 1-3% en la población general y está asociada a pacientes en edad laboral entre los 20 y los 65 años, con un pico de incidencia entre los 40 y los 50 años.

Pese a su alta prevalencia existe controversia en aspectos clave del problema tales como: la fisiopatología implicada en el desarrollo de la lesión, los métodos de diagnóstico más apropiados, las estrategias de diagnóstico diferencial, la manera más adecuada de clasificar estos problemas, las herramientas que son más útiles para evaluar a los pacientes y las líneas de tratamiento más recomendables para su manejo.

## ANAMNESIS Y EXPLORACIÓN

Los pacientes con tendinopatía lateral de codo, presentan un dolor localizado en la parte anterior y proximal del epicóndilo lateral. Este dolor frecuentemente se irradia distalmente hacia la masa muscular del extensor común de los dedos. La frecuencia y la intensidad del dolor pueden variar, afectando a las actividades de la vida diaria y en algunas ocasiones interrumpiendo el sueño del paciente. El dolor típicamente se reproduce con la contracción contra resistencia de la musculatura extensora de la muñeca y los dedos (**maniobra de Thompson**) o de la musculatura supinadora.

Puedes utilizar este otro test en tu exploración **Test de Mill**, aquí se realiza una extensión pasiva del codo del paciente con el antebrazo colocado en pronación y la muñeca flexionada, reproduciendo el dolor epicondilar.

El rango de movilidad de la articulación del codo generalmente en una tendinopatía no está alterado, aunque en estadios avanzados la movilidad puede ser dolorosa.



Maniobra de Thompson

Será positiva si aparece dolor a la extensión de muñeca en el codo.



Test de Mill

**SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.**

# TENDINOPATÍA LATERAL DE CODO: ESTRATEGIAS DE DIAGNÓSTICO

## TIP QUE TE VA A AYUDAR A IDENTIFICAR EL DOLOR

Los principales síntomas diferenciales son **dolor selectivo a la palpación en el *soft point*** (el centro del triángulo formado por la cabeza del radio, el epicóndilo y la punta del olécranon) y en la parte posterior de la articulación radiocapitelar; además, puede asociar déficit de extensión, dolor posterolateral durante el final de la extensión y con la pronación-flexión.

## ¿CÓMO OBJETIVO EL NIVEL DE DOLOR?

Es conveniente realizar una evaluación objetiva del nivel de dolor mediante una escala visual analógica (EVA) o una escala numérica simple.

PUEDES AYUDARTE TAMBIÉN DE ESTAS ESCALAS **DASH**, que también muestra correlación con el estado global de salud y otro específico de la tendinopatía lateral del codo, el **PRTEE**

## INYECCIÓN DE CORTICOIDES SI O NO.

En los pacientes en los que se han realizado infiltraciones repetidas con corticosteroides, se puede identificar adelgazamiento o atrofia grasa y cutánea, y en menor medida atrofia muscular o signos de desinserción del tendón común extensor. No es una estrategia recomendable.

## ¿PRUEBAS COMPLEMENTARIAS?

En general, el diagnóstico de la tendinopatía lateral del codo es eminentemente clínico. Las pruebas complementarias no suelen hacerse de forma rutinaria, pero pueden ayudar a observar el alcance de la lesión y excluir otras causas de dolor en la cara lateral del codo. Así que, si tienes ecógrafo en consulta, te recomendamos que completes tu exploración valorando las características del tejido .

# ECOGRAFÍA EN LA TENDINOPATÍA LATERAL DE CODO.

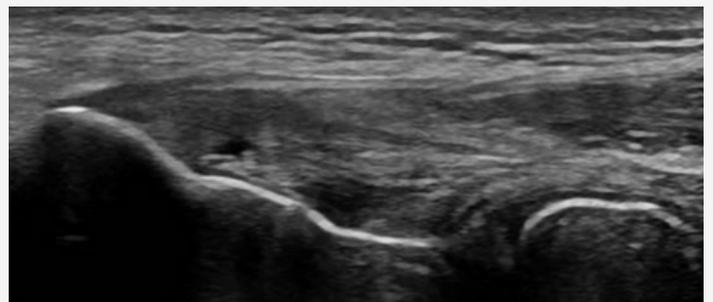
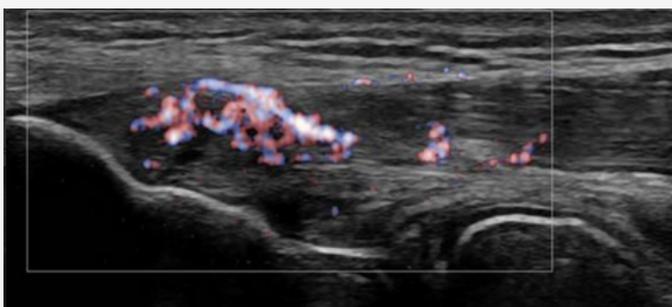
## EN LA NORMALIDAD ¿CÓMO ES EL TENDÓN?

En individuos sanos, observaremos un tendón hiperecogénico con un patrón fibrilar bien definido. Raramente observaremos alteraciones en la cortical y al poner el doppler, no habrá neovascularización presente.



## DIAGNÓSTICO ECOGRÁFICO DE UN TENDÓN EPICONDÍLEO AFECTO.

La ecografía nos va a permitir detectar cambios estructurales que afecten a los tendones (engrosamiento, adelgazamiento, áreas degenerativas intrasustancia y desgarros del tendón, por ejemplo), irregularidades óseas o depósitos de calcio. Además, la exploración con Doppler color permite valorar la presencia de neovascularización. La ausencia de este hallazgo o de cambios en la estructura del tendón en las pruebas de imagen debe hacer dudar sobre el diagnóstico de tendinopatía lateral del codo.



**SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.**

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.

	Factores predisponentes	Clínica	Pruebas diagnósticas
Síndrome plica posterolateral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Traumatismo</li><li>• Sobreuso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor articulación posterior</li><li>• Dolor al final de la extensión</li><li>• Chasquido o resalte</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Resonancia magnética (RM):</b> plica radiohumeral posterolateral de tamaño patológico</li></ul>
Síndrome túnel radial	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actividad manual intensa</li><li>• Hiperlaxitud</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor 5 cm distal al epicóndilo, en dorso de antebrazo</li><li>• Dolor con presión territorio nervio</li><li>• Test de supinación resistida en extensión doloroso</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Electromiograma (EMG):</b> suele ser negativo</li><li>• <b>Ecografía y RM:</b> signos compresión nerviosa</li><li>• Test de infiltración anestésica en arcada de Frohse</li></ul>
Artrosis	<ul style="list-style-type: none"><li>• Edad</li><li>• Sobreuso (trabajadores manuales, deportistas)</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor articular</li><li>• Rigidez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Radiografía (Rx):</b> pinzamiento articular, osteofitos, quistes subcondrales</li><li>• <b>RM:</b> afectación cartilago, sinovitis, derrame</li></ul>
Osteocondritis disecante	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adolescentes</li><li>• Deportistas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pérdida de extensión</li><li>• Bloqueos</li><li>• <i>Shear test</i> +</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Rx, tomografía computarizada (TC):</b> defectos osteocondrales</li><li>• <b>RM:</b> cambios medulares y cartilago</li></ul>
Inestabilidad posterolateral	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedente de luxación, traumatismo</li><li>• Cirugías previas</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor con resalte</li><li>• <i>Pivot shift test</i></li><li>• <i>Stand up test</i></li><li>• <i>Push up test</i></li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Rx de estrés:</b> subluxación</li><li>• <b>RM:</b> lesión ligamentosa</li></ul>
Cervicobraquiagia	<ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedentes de patología cervical</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Dolor cervical irradiado a brazo</li><li>• Reproducible con movimientos cervicales</li><li>• Afectación motora y sensitiva específica a raíz</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>Rx simple:</b> disminución espacio intervertebral, signos degenerativos</li><li>• <b>RM:</b> patología discal</li><li>• <b>EMG:</b> afectación radicular</li></ul>

## CONSEJOS PARA EL TRATAMIENTO.

En la fase aguda, introduce cargas que mejoren la irritabilidad del tendón, los ejercicios isométricos son una opción interesante. EL paciente puede introducirlos varias veces al día y podrá hacerlos en cualquier lugar.

Reduce las cargas que puedan estar irritando al tendón (gestos repetitivos).

Educa a la persona, el paciente debe entender el porqué de su dolor, solo así tendrá adherencia al tratamiento.

Explícale que la evolución es lenta, y que si sigue las indicaciones, el tendón mejorará progresivamente.

Las técnicas invasivas son una opción si el tratamiento con cargas no es suficiente para generar analgesia.

Evitar manipular el tendón: masajearlo, estirarlo, no son estrategias que se recomienden en el manejo de este tipo de lesión.

## ¡TE ACONSEJAMOS ESTE PAPER!

### Epicondilitis (tendinopatía lateral de codo): estrategias de diagnóstico y clasificación

S. Moros Marco<sup>1</sup>, C. V. Asenjo Gismero<sup>2</sup>, G. del Monte Bello<sup>3</sup>, A. Paniagua González<sup>4</sup>, M. Jiménez Fermín<sup>3</sup>, G. Pintado López<sup>6</sup>, R. Ruiz Díaz<sup>5</sup>, R. Ezquerro Cortés<sup>5</sup>, I. de Rus Aznar<sup>3</sup>, J. Díaz Heredia<sup>5</sup>, M. A. Ruiz Ibán<sup>5</sup>

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.