

EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO ARTROSCÓPICO DE LA EPICONDILITIS LATERAL CRÓNICA. RESULTADO PRELIMINAR

Evolution of the arthroscopic treatment of chronic lateral epicondylitis. Preliminary result

Dr. Jesús Ortega; Dr. Saúl Apóstol**; Dr. Piero Pizzolla*.*

RESUMEN

Con este estudio se valora el resultado de la liberación artroscópica en pacientes que presentan epicondilitis crónica lateral. Se realizó liberación artroscópica de tres pacientes con epicondilitis lateral, con seguimiento de 6 meses. Se utilizó la escala de clínica Mayo para valoración de resultados. Se hizo revisión y discusión de la literatura. Tres pacientes, dos femeninos y uno masculino, con oficios de actividades cotidianas, no deportistas. El dolor fue el síntoma capital que afectó el puntaje de la escala de valoración. Estos puntajes mejoraron luego de la cirugía. Se logró reintegro precoz a sus actividades cotidianas. No se reportó complicaciones neurológicas.

El tratamiento artroscópico es una alternativa segura y eficaz para el tratamiento de la epicondilitis lateral. Además, es posible realizar simultáneamente, exploración articular con fines diagnósticos y tratar patologías asociadas

Palabras Clave: Epicondilitis, Artroscopía, dolor, codo.

Nivel de evidencia: IV

ABSTRACT

With this study to assess the outcome of arthroscopic release in patients with cronical lateral epicondylitis. Arthroscopic release in three patients with lateral epicondylitis is performed. Mayo Clinic scale for evaluation of results is used. A review and discussion of the literature is made. Three patients, two female and one male, The common activities was principal labors, not athletes. Patients had significant pain. The principal symptom affect the score of the rating scale. These scores improved after surgery. It was achieved early return to normal daily activities. No neurological complications were reported. Arthroscopic treatment is an alternative safe and effective for treating cronical lateral epicondylitis. It is possible to simultaneously scan the articulation to diagnostic and treat associated diseases.

Keywords: lateral epicondylitis, arthroscopy, pain, elbow

* Especialista de Traumatología. Centro Medico Valle de San Diego. San Diego. Carabobo. Venezuela.

** Medico Director Unidad de Traumatología, artroscopia y cirugía de pie. Clínica IEQ. Los Mangos. Valencia, Carabobo. Venezuela.

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis lateral (codo del tenista), es una entidad común en la población general. Tiene una incidencia de 4-7 por 1000 habitantes por año. Recientes estudios destacan que entre 1-3 % de la población padecerá la molestia en el transcurso de la vida ¹. Afecta a individuos entre 35 y 50 años de edad. La condición se presenta en personas de diversos oficios, desde amas de casa hasta deportistas.

Aunque el codo de tenista puede presentarse de forma aguda, su comportamiento en general es insidioso, secundario a movimientos repetitivos de extensión de la muñeca y prono-supinación del antebrazo. La tendinosis lateral es definida, como un desgarramiento microscópico del extensor corto radial del carpo (extensor carpi radialis brevis), el cual está localizado sobre el lado proximal lateral, debajo del tendón del extensor largo radial del carpo (extensor carpi radialis longus); cubre la cabeza radial, y corre entre el supinador largo y el extensor largo radial del carpo^{1,2}. El extensor corto radial del carpo, tiene un punto débil biomecánico donde se conecta a la capsula articular sin cobertura del musculo supinador largo. Este es un esencial punto etiológico que le hace vulnerable para un microdesgarro².

El 80 % de los pacientes mejora con tratamiento conservador que incluye: AINES, fisioterapia, infiltración local con esteroides, ondas de choque, etc. No obstante, cuando la molestia se hace recalcitrante y limitante, sin mejoría luego de 6 meses de tratamiento conservador, la indicación quirúrgica se plantea.

Durante los últimos años, la liberación artroscópica del codo de tenista, se ha popularizado. El desbridamiento del tendón degenerado, la liberación capsular y la decorticación subyacente es la técnica mas utilizada^{1,3,4,5,6}. El mejor entendimiento de la anatomía del codo, el mejoramiento técnico y de seguridad de los portales artroscópicos, ha incrementado los reportes del tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral.

El presente trabajo, reporta los resultados preliminares del tratamiento artroscópico, describiendo la técnica y discutiendo los resultados.

MATERIAL Y MÉTODO

Se describe el tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral en tres paciente, dos mujeres y un hombre, quienes presentaban dolor en codo derecho, con más de 6 meses con tratamiento conservador, que consistió en analgésicos antiinflamatorios, infiltración local con esteroides de depósito (diprospan) y fisioterapia. En el cuadro No. 1 se describe resumen de los casos estudiados.

Técnica quirúrgica:

Exploración bajo anestesia general para verificar rangos de movilidad y estabilidad del codo.

Se coloca el paciente en decúbito lateral, y con el codo afectado en flexión de 90° (fig. 1). El torniquete neumático colocado en el tercio medio con proximal del brazo ipsilateral. El brazo debe reposar sobre un soporte acolchado, teniendo la precaución de que dicho soporte no presione la fosa antecubital y las estructuras neurovasculares anteriores. (fig. 1 y 2).



Figura No. 1. Posicionamiento de paciente

Y marcaje del codo para referencia de portales.-



Figura No. 2. Esquematación de portales en la piel del codo. (Tomado de Barcello-Terra. Rev Bras Ortop.2015;**50(4)**:395-402).

Se inyectan de 20 a 30 mililitros de solución fisiológica al 0.9% en el espacio articular del codo.

PORTAL ANTERO INTERNO; descrito originalmente por Andrew y Carson que empieza a 2 cm anterior y a 2 cm distal del epicóndilo medial o epitroclea; con bisturí número 11 se incide la piel, se realiza disección con pinza recta para posteriormente introducir la cánula del artroscopio con iniciador romo. Se distiende la articulación con solución fisiológica (0.9%), mediante el uso de bomba a 40 mmHg. Con un lente 4.0 mm., se realiza artroscopia diagnóstica para determinar la presencia de la patología articular y otras patologías asociadas. Se clasifica la lesión y la extensión del complejo del extensor radial corto del carpo.

Se puede encontrar tres tipos de lesiones: Grado 1: deshilachamiento de la cápsula. Grado 2: un desgarro lineal y Grado 3: retracción y avulsión del tendón.

PORTAL ANTERO EXTERNO MEDIO; ubicado anteriormente a la articulación radio-humeral. Se ubica al epicóndilo lateral, y a 3 cm distal y a 1 cm anterior de afuera hacia adentro se introduce una aguja guía. Se debe evaluar la capsula articular externa y la superficie inferior del tendón extensor radial corto del carpo hasta su origen, en el epicóndilo lateral. Con una punta de shaver sinovial 4.5 mm., se desbrida el tejido anormal que se observe deteriorado, con cambios de coloración, y diferentes grados de desgarros fibrosos; si existe cápsula se desbrida, y se procede a liberar la inserción del tendón extensor radial corto del carpo donde se observa la patología; se continua desde abajo hasta su origen (fig. 3), y con fresa o raspa, se descortica el epicóndilo hasta hacerlo sangrar.

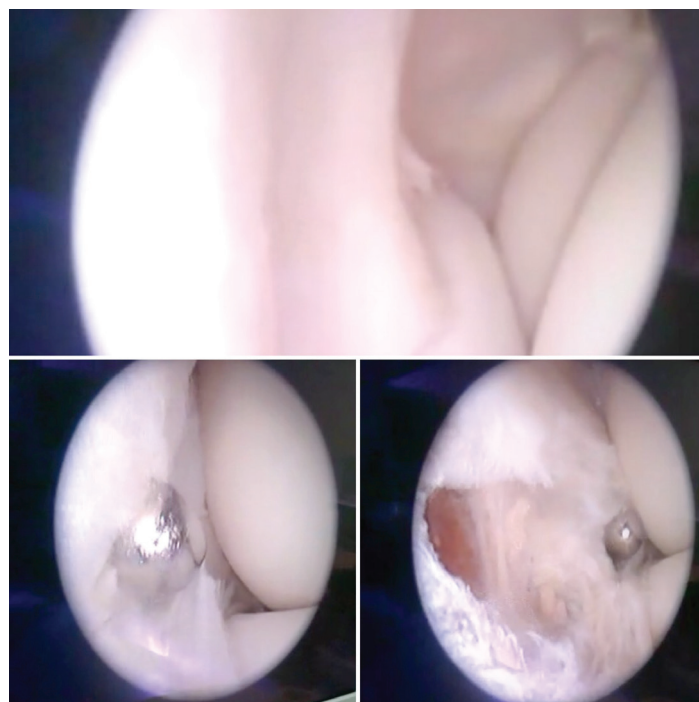


Figura 3. Exploración artroscópica del codo. Revisión de compartimiento en busca de patologías asociadas. Imágenes inferiores muestran desbridamiento capsular y de zona afectada de extensor corto de carpo hasta visualizar fibras musculares de supinador largo.

Posteriormente, el paciente es evaluado a los 3 y 10 días de postoperatorio. Luego, se evalúa por consulta externa, mensual y trimestralmente, hasta completar 6 meses de

evolución postoperatoria. Se utilizó para la valoración clínica y funcional la escala de valoración de la Clínica Mayo (Tabla No. 1).

Tabla No. 1 Índice de Clínica Mayo de valoración en Codo.

Categoría	PUNTAJE
DOLOR	
NO	45
LEVE	30
MODERADO	15
GRAVE	0
ARCO DE MOVIMIENTO	
MAYOR DE 100 GRADOS	20
ENTRE 50 Y 100 GRADOS	15
MENOS DE 50 GRADOS	05
ESTABILIDAD	
MAYOR DE 100 GRADOS	10
ENTRE 50 Y 100 GRADOS	05
MENOS DE 50 GRADOS	0
FUNCIÓN	
PUEDE PEINARSE	5
PUEDE COMER	5
PUEDE REALIZAR HIGIENE PERSONAL.	5
PUEDE COLOCARSE LAS MEDIAS.	5
PUEDE COLOCARSE EL CALZADO.	5
RESULTADO: Excelente: 90-100; Bueno: 75-89; Regular: 60-74; malo o pobre: menor de 59 puntos.	

RESULTADOS

Tres pacientes, tratados por dolor en el codo por no responder a tratamiento conservador por 6 meses (2 mujeres y 1 hombre). No atletas. Una paciente es ama de casa y otra educadora. Un paciente masculino, se desempeña como cajero de banco. El puntaje preoperatorio promedió fue de 60. El síntoma que tuvo mayor incidencia en el puntaje fue el dolor intenso.

El tiempo promedio de cirugía fue de 70 minutos. No hubo lesiones neurológicas. No hubo hallazgos adicionales a la visión de la articulación.

Todos los pacientes se reintegraron a sus actividades a las 3 semanas de postoperatorio. El dolor, como signo y síntoma capital, mejoró significativamente a los pocos días de la cirugía. El puntaje de la escala de valoración, se elevó a niveles excelentes (mayor de 90). (Tabla No. 2).

Tabla No 2. Cuadro Resumen de pacientes estudiados.

Pacientes	Sexo	Edad	Oficio	Tratamientos previos	Escala C Mayo Preoperatorio	Escala C Mayo Postoperatorio
No. 1	F	52 a	Ama de casa	Aines Infiltración local con Diprosan Fisioterapia Ortesis	55 puntos	100 puntos
No 2	F	45 a	Educadora	Aines Infiltración local con Diprosan Fisioterapia ortesis	65 puntos	95 puntos
No. 3	M	32 a	Cajero Bancario	Aines Infiltración local con Diprosan Fisioterapia Ortesis	60 puntos	95 puntos

DISCUSIÓN

La epicondilitis lateral o codo de tenista, es una patología común en la población general. A pesar de su etimología nominal, no es una enfermedad exclusiva del deportista. En esta pequeña serie, los pacientes afectados no realizan actividades deportivas, son pacientes con actividades cotidianas. Está descrito que la patología en general mejora con tratamiento conservador. En el presente reporte se decide realizar la cirugía en vista del mal resultado con medidas conservadoras. La artroscopia del codo, además de ser un procedimiento menos invasivo, que preserva la integridad de la piel y tejidos subyacentes, lo que origina menos reacción inflamatoria, permite valorar la articulación en su totalidad e inspeccionar y descartar patologías asociadas. Muchos autores, argumentan buenos resultados con reintegro precoz a la actividad cotidiana, posterior al tratamiento artroscópico del codo de tenista¹⁻⁶. Miyazaki et al.⁷ reportaron resultados de 20 pacientes operados en un periodo de 8 años, obteniendo un 65 % de resultados excelentes. 1 paciente, presento molestias asociadas a distrofia simpático refleja (Dolor regional complejo tipo 2). Bercelo y cols.⁴ reportaron, 1 paciente con parestesia, asociada en la zona lateral

de antebrazo. En ninguno de los tres pacientes hubo signos de lesión neurológica. Dunkow y cols. trataron quirúrgicamente, 47 codos en 45 pacientes, 24 con cirugía clásica abierta y 23 con tenotomía percutánea, reportaron que esta última tenía significativamente mejor resultado que la liberación abierta formal⁸. Yan y cols., trataron 28 codos de 26 pacientes, 13 por cirugía abierta y 15 por artroscopia, y reportan iguales excelentes y buenos resultados en ambos grupos⁹. Ernten y cols., creen que la sensibilidad del epicóndilo lateral, puede estar relacionado a la decorticación artroscópica. En la literatura está descrito que la perforación o decorticación del epicóndilo lateral puede causar sensibilización de la zona por un periodo extendido después de la cirugía^{11,12}. El tratamiento artroscópico, es una opción para la epicondilitis lateral, se pueden obtener buenos resultados con un retorno precoz al trabajo sin restricción⁴.

En conclusión, podemos afirmar, que la artroscopia es una opción segura para el tratamiento de la epicondilitis lateral recalcitrante, con pocas complicaciones. Adicionalmente, la exploración de la articulación posibilita el diagnóstico y tratamiento de patologías asociadas, que pueden ser resueltas, mediante una técnica de mínima invasión.

BIBLIOGRAFÍA

1. Matache, Randa Berdusco, Franco Momoli, Peter L. C. Lapner and J. W. Pollock. A randomized, double-blind shamcontrolled trial on the efficacy of arthroscopic tennis elbow release for the management of chronic lateral epicondylitis Bogdan A. *BMC Musculoskeletal Disorders* (2016) 17:239
2. Katsunori Inagaki . Current concepts of elbow-joint disorders and their treatment. *J Orthop Sci* (2013) 18:1-7
3. Kadir Ertem, MD., Emre Ergen, Saim Yoloğlu. Functional outcomes of arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2015;49(5):471-477
4. Bernardo Barcellos Terra, Leandro Marano Rodrigues, Anis Nahssen Filho, Gustavo Dalla Bernardina de Almeida, José Maria Cavatte, Anderson De Nadai. Arthroscopic treatment for chronic lateral epicondylitis. *Rev Bras Ortop.* 2015 5;50(4):395-402.
5. AbdulRahman A. Babaqi, Mohammed M. Kotb, Hatem G. Said, Mohamed M. AbdelHamid, Hesham A. Elkady, Maher A. ElAssal. Short-term evaluation of arthroscopic management of tennis elbow; including resection of radio-capitellar capsular complex. *Journal of Orthopaedics* 11 (2014) 82 - 86.
6. Alberto Naoki Miyazaki, PhD. Marcelo Fregoneze, Pedro Doneux Santos, Luciana Andrade da Silva, Davi Calixto Pires, Jose da Mota Neto, Luis Henrique Rossato, and Sergio Luis Checchia, PhD. Evaluation of the results from arthroscopic treatment of the lateral epicondylitis. *Rev Bras Ortop.* 2010 Mar-Apr; 45(2): 136-140.
- 7.-Miyazaki AN, Fregoneze M, Santos PD, Silva LA, Pires DC, Neto JM, et al. Avaliação dos resultados do tratamento artroscópico da epicondilite lateral. *Rev Bras Ortop.* 2010;45(2):136-40.
8. 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;86:701-4 .
9. Yan H, Cui GQ, Liu YL, Xiao J, Yang YP, Ao YF. A randomized comparison of open and arthroscopic Nirschl debridement for refractory lateral epicondylitis. [Article in Chinese] *Zhonghua Wai Ke Za Zhi* 2009;47:888-91.
10. K. Ertem, E. Ergen, S. Yoloğlu. Functional outcomes of arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *Acta Orthop Traumatol Turc* 2015;49(5):471-477.
11. Zingg PO, Schneeberger AG. Debridement of extensors and drilling of the lateral epicondyle for tennis elbow: a retrospective follow-up study. *J Shoulder Elbow Surg* 2006;15:347-50.
12. Kelly EW, Morrey BF, O'Driscoll SW. Complications of elbow arthroscopy. *J Bone Joint Surg Am* 2001;83-A:25-34.