
Síndromes dolorosos del codo, antebrazo y mano
Dr. Agustín Pecho Vega
EPICONDILITIS; ENFERMEDAD DE D'QUERVAIN; TÚNEL DEL CARPO;
ENFERMEDAD DE DUPUYTREN; DEDO EN RESORTE; DEDO EN

MARTILLO; CLÍNICA Y TRATAMIENTO SEGÚN LA EDAD DEL PACIENTE.
USO DE ECOGRAFÍA

Y RESONANCIA MAGNÉTICA

1. EPICONDILITIS HUMERAL: (CODO DE TENISTA) (Lámina 49:1)

Es una enfermedad que se presenta preferentemente en la tercera o cuarta década de vida. Se reportó en deportistas –tenistas– pero también es de presentación frecuente en no deportistas.

Es un proceso que se caracteriza por dolor e hipersensibilidad en el origen de los músculos extensores del antebrazo que se encuentran insertados en el epicóndilo.

Es una enfermedad incapacitante que puede durar desde un mes hasta un año.

1.1. ETIOPATOGENIA

Existen criterios diversos para explicar el dolor, se ha considerado como bursitis, periostitis, necrosis aséptica, neurosis de las ramas articulares del nervio radial, sinovitis radio humeral; pero la teoría más aceptada es la presencia de roturas microscópicas o macroscópicas en el origen común de los músculos extensores del antebrazo, especialmente del músculo primer radial que se produciría al realizar repetidamente la garra con la mano, estabilizando la muñeca en dorsiflexión con los músculos extensores.

Se presenta con mayor frecuencia en deportistas o trabajadores que efectúan movimientos repetidos de agarrar o levantar objetos, que causan las roturas microscópicas o macroscópicas en el origen de los músculos extensores, donde ocurren cambios degenerativos.

1.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Se manifiesta dolor en la parte externa del codo, a veces irradiado a la parte posterior del antebrazo, es de aparición brusca o insidiosa.

1.3. EXAMEN CLÍNICO

Por lo general se despierta un dolor exquisito al presionar el vértice del epicóndilo en la cara anterior del capitulum; es raro el edema y casi no hay limitación de los movimientos. Signo de COZEN: Se indica al paciente que haga fuerza para extender dorsalmente la mano con oposición, esto despierta dolor en caso de epicondilitis.

También se despierta dolor epicondileo cuando se realiza la supinación activa contra resistencia.

Al examen radiológico no se observa ninguna alteración, salvo casos de larga duración, se puede observar una reacción perióstica en la zona epicondilea.

1.4. TRATAMIENTO

En casos no muy dolorosos, el dolor cede a la administración de antiinflamatorios no esteroideos orales o parenterales, más fisioterapia.

En casos agudos y dolorosos la infiltración con corticoides de depósito alivia el dolor, a veces se inmoviliza con yeso por una semana.

Puede ser necesaria la intervención quirúrgica en casos rebeldes, se practica desinserción de los músculos extensores del antebrazo a nivel epicondileo.

El tratamiento se complementa con fisioterapia.

2. SÍNDROME DEL TÚNEL CARPIANO (Lámina 49:2)

El túnel del Carpo está formado por los huesos del carpo (escafoides, trapecio, pisiforme y ganchoso), complementada por el ligamento anular del carpo; su contenido son los nueve tendones flexores de los dedos y el nervio mediano.

2.1. ETIOPATOGENIA

Dado el carácter inextensible del túnel carpiano, cualquier condición que lo rellene o reduzca su capacidad puede comprimir el nervio mediano y dar origen a los síntomas.

Es más común en mayores entre los 30 y 60 años, las causas más frecuentes son: fractura de Colles mal alineada, luxación del semilunar, tenosinovitis, alteraciones de la cara anterior del radio, artritis reumatoidea, tumores, gangliones; en muchos pacientes la causa es desconocida.

2.2. SÍNTOMAS

Existen síntomas sensitivos y motores en relación a la lesión del nervio mediano, lo más frecuente es la aparición de parestesias en el territorio sensorial del nervio mediano sobre todo por las noches, el paciente se despierta con sensación urente, adormecimiento de la mano que se alivia con ejercicio, igualmente puede haber dolor, dificultad para realizar movimientos finos, más tardíamente hay atrofia de la región tenar. Las parestesias se acentúan a la hiperflexión aguda de la muñeca, el signo de Tinnel es positivo al percutir el nervio mediano a nivel de la cara ventral de la muñeca.

Para el diagnóstico hay que excluir los síntomas o signos de lesión del nervio mediano a niveles más altos, causados por otras enfermedades o lesiones del plexo braquial.

La ELECTROMIOGRAFÍA puede confirmar el diagnóstico.

2.3. TRATAMIENTO

Inicialmente se puede realizar infiltración con corticoides de depósito a nivel del túnel carpiano, pero si los signos y síntomas son persistentes y progresivos, en particular si hay atrofia tenar, está indicando el tratamiento quirúrgico, que consiste en la sección del ligamento anular del carpo.

3. TENOSINOVITIS ESTENOSANTE (Lámina 49:3)

Es un proceso inflamatorio de la envoltura sinovial de la vaina tendinosa de los tendones que discurren a través de túneles, cuyos movimientos son intensos y cambian la dirección frecuentemente.

Las causas son: a) irritativa, más común en la mano y muñeca, b) Traumática, c) infecciosa.

Se produce un engrosamiento y estenosis en el sitio donde el tendón cambia de dirección; cuando se afectan los tendones extensor corto y abductor largo del pulgar en el primer compartimento dorsal, se denomina enfermedad de D´QUERVAIN, si están tomados los flexores largos de los dedos se denomina dedo en gatillo, dedo en resorte o dedo trabado (Lámina 49:4).

A. ENFERMEDAD DE D´QUERVAIN

Llamada también tendovaginitis estenosante, descrita por D´QUERVAIN en 1845, es una entidad inflamatoria de la fina envoltura de la vaina tendinosa del tendón del abductor largo y extensor corto del pulgar al pasar por el túnel a nivel del estiloides radial.

A.1. ETIOPATOGENIA

Ocurre con mayor frecuencia en mujeres de 30-50 años.

La causa casi siempre es ocupacional, se asocia también a artritis

reumatoidea.

La flexión entre la vaina tendinosa, el tendón y las prominencias óseas a la que están sometidos los tendones durante los movimientos de gran amplitud y angulación, es lo que origina la tenosinovitis, que a veces se hace estenosante, porque la vaina sufre un engrosamiento notable comprimiendo por dentro el tendón y determinando por fuera un módulo palpable y a veces visible a nivel del estiloides radial.

A.2. SINTOMATOLOGÍA

Puede ser de inicio brusco o gradual, el síntoma más importante es el dolor a nivel del estiloides radial y por encima de él, que aumenta con los movimientos de abducción y flexoextensión del pulgar y los movimientos de adducción de la muñeca, los pacientes refieren que se les caen las cosas, no pueden exprimir la ropa.

La prueba de FINKELSTEIN consiste en llevar el pulgar, en flexión máxima conjuntamente con la muñeca en adducción, esto desencadena dolor, igualmente la presión directa en el estiloides radial a nivel de la corredera desencadena dolor.

A.3. TRATAMIENTO

De primera intención se administran antiinflamatorios no esteroideos, inclusive infiltración con corticoide de depósito no más de 3 veces, concomitantemente inmovilización del pulgar y la muñeca en posición funcional con aparato de yeso por 2 semanas.

Si el paciente no mejora con el tratamiento conservador o se hace crónico con crepitación dolorosa e incapacitante, el tratamiento quirúrgico es el definitivo, se realiza la escisión de la vaina para descomprimir el compartimento tendinoso.

B. DEDO EN RESORTE O DEDO EN GATILLO

Es una variante de la tenosinovitis estenosante, puede ser congénito o adquirido.

B.1. ETIOPATOGENIA

Se produce un engrosamiento de la vaina de los tendones flexores de los dedos, especialmente del pulgar, a nivel de las articulaciones metacarpofalángica, generalmente ocurre en adultos de 30-60 años, puede asociarse a enfermedad del colágeno y tomar varios dedos.

La constricción de la vaina y el hinchamiento de la parte proximal del

tendón cercano a la constricción, hace que el tendón entre con dificultad a la vaina al tratar de extender el dedo, produciéndose en ese momento una sensación de resalto o resorte, a veces audible y palpable, se puede palpar un pequeño nódulo doloroso en la base del dedo.

En los lactantes se puede encontrar el pulgar en resorte congénito, en este caso se aprecia el dedo en flexión interfalángica desde el nacimiento y a menudo es bilateral.

B.2. SINTOMATOLOGÍA

En las primeras fases el nódulo produce chasquido algo doloroso al pasar por la vaina estrechada cuando se flexiona o se extiende el dedo, al ir progresando la estenosis, se detiene la flexión del dedo a media distancia, requiriéndose más fuerza para lograr la extensión del dedo, lo que le da la sensación de salto o resorte y va acompañado de dolor y, finalmente, la estenosis puede ser tal que no permite pasar el nódulo tendinoso y el dedo queda en flexión (más frecuente) o en extensión fija, la manipulación pasiva puede forzar el nódulo a través de la vaina produciéndose un chasquido doloroso (gatillo).

B.3. TRATAMIENTO

La infiltración con corticoide de depósito en la vaina tendinosa suele aliviarlo. Pero si continúa la flexión dolorosa está indicado el tratamiento quirúrgico, que es definitivo y consiste en la apertura de la vaina tendinosa de los flexores comprometidos.

4. DEDO EN MARTILLO (Lámina 49:5)

Flexión de la última falange con imposibilidad para extenderla.

4.1. ETIOPATOGENIA

Se debe a dos causas:

- A. Ruptura de la bandeleta de inserción del tendón extensor de los dedos sobre la tercera falange.
- B. Avulsión (fractura con arrancamiento de la inserción) del tendón extensor sobre la tercera falange.

El mecanismo de producción es un traumatismo axial imprevisto cuando el dedo está en extensión, lo que produce la ruptura o la avulsión del tendón extensor de la interfalángica distal quedando la última falange en

flexión.

4.2. TRATAMIENTO

Cuando la lesión tiene menos de dos semanas se realiza el tratamiento incruento, que consiste en la inmovilización de la articulación interfalángica distal en hiperextensión con la interfalángica proximal en flexión durante 4 semanas usando férulas de yeso, aluminio o enclavijamiento percutáneo. Si se usa yeso es mejor incluir hasta muñeca para que no se salga la parte digital del yeso.

En casos de lesiones posteriores a dos semanas, es necesario evaluar la necesidad del tratamiento quirúrgico que puede no ser exitoso, se pueden realizar plastías capsulotendinosas.

5. ENFERMEDAD DE DUPUYTREN (Lámina 49:6)

Descrita por primera vez por Plater en 1610 y por el Barón Guillurne Dupuytren en 1831.

5.1. ETIOPATOGENIA

La enfermedad de Dupuytren es un progresivo engrosamiento y contractura de las fibras longitudinales de la aponeurosis palmar, dando como resultado una deformación en flexión de las articulaciones metacarpofalángicas e interfalángicas proximal de los dedos. Se desconoce su causa, el traumatismo no es un factor causante y el aumento de la incidencia familiar sugiere un componente hereditario.

Afecta principalmente a los varones blancos entre los 40-60 años, tomando predominantemente los dedos anular y meñique (lado cubital de la mano), rara vez interesa los dedos índice y pulgar, puede asociarse a la gota, artritis reumatoidea, diabetes, a la enfermedad de Peyrone y la contractura de la fascia plantar. Su incidencia aumenta en pacientes epilépticos que han recibido barbitúricos por largo tiempo.

5.2. MANIFESTACIONES CLÍNICAS

Inicialmente sólo hay formación de nódulos subcutáneos que sientan por delante de la 4ta. y 5ta articulaciones metacarpo-falángicas, posteriormente se va produciendo un engrosamiento gradual formando cordones rígidos longitudinales que llevan a la flexión rígida de las articulaciones metacarpofalángica e interfalángica proximal del dedo afectado, la articulación interfalángica distal no está tomada.

En estadios más tardíos la piel está firmemente adherida a la fascia palmar, el tejido celular subcutáneo está atrofiado, los dedos afectados están completamente flexionados y en ocasiones las uñas se incrustan en la palma de la mano, en el 5% de los casos es bilateral.

5.3. TRATAMIENTO

El único tratamiento es el quirúrgico, consiste en la extirpación de la fascia palmar, algunas veces se incluye la piel, por estar muy adherido, necesitándose injerto de piel total posteriormente.

Como tratamiento previo o como coadyuvante se pueden realizar infiltraciones con corticoide de depósito, aplicación de ultrasonido, radioterapia y fisioterapia.