

Indicaciones de estudios de Patología de Codo

La gran mayoría de las consultas que, originadas al nivel de la articulación del codo, llegan al especialista en traumatología y cirugía ortopédica pueden ser encuadradas dentro del síndrome de codo doloroso. Otros motivos de consulta con menor incidencia podrían ser la rigidez de codo, los bultos periarticulares, deformidades, o dolores referidos al codo desde otras regiones anatómicas.

En la mayoría de los casos se puede llegar al diagnóstico de un codo doloroso mediante una adecuada anamnesis, exploración clínica y radiología simple.

El dolor en el codo es un motivo de consulta frecuente. Su etiología puede ser intra o extraarticular, siendo esta última la causa más prevalente.

Respecto a la patología extraarticular, las causas más frecuentes son la epicondilitis (codo de tenista), la epitrocleitis (codo de golfista) y la bursitis olecraniana. La epicondilitis (codo del tenista) es una de las lesiones más frecuentes del brazo, generalmente más frecuente en el lado dominante. Su prevalencia en la población general es del 1 al 3 %, la mayoría en edades comprendidas entre los 40 y 60 años.

CODO

1. DOLOR TRAUMÁTICO

1.1. Sospecha de fractura

El análisis de las fracturas de esta región sigue los mismos principios que en el resto de las fracturas articulares de grandes articulaciones. La Rx (dos proyecciones: AP y lateral) puede ser suficiente para el diagnóstico y manejo de la mayoría de los casos.

La TC con reconstrucciones en diferentes planos permite completar el estudio anatómico de la Rx convencional en aquellos casos en los que se necesite para una mejor planificación quirúrgica.

En los casos de sospecha de fracturas de estrés, poco frecuentes en el codo, la RM será la técnica de elección.

1.2. Inestabilidad de codo / patología ligamentaria

La primera prueba en el contexto de inestabilidad de codo será la Rx (dos proyecciones).

Para valorar la integridad ligamentaria y estudios de inestabilidad compleja, la RM será la prueba de elección y, en el caso de la valoración de las estructuras óseas en este contexto, tras la Rx se realizará TC. En determinados casos, la Artro-RM o la Artro-TC pueden ser de utilidad en la valoración de la patología ligamentaria, especialmente en casos complejos o postquirúrgicos. La Artro-RM puede estar indicada en el caso de sospecha de cuerpos libres no detectables en otras pruebas de imagen.

2. DOLOR ATRAUMÁTICO

2.1. Patología tendinosa

La primera prueba de imagen debe ser la ecografía. Si bien es controvertido, algunos autores recomiendan Rx inicial, aunque la mayoría acepta que la primera prueba sea la ecografía.

La ecografía se realizará en los siguientes supuestos:

1. Epicondilitis / epitrocleitis > 6 meses evolución que no mejora con rehabilitación.
2. Tendinitis bíceps más de 3 meses que no mejora con rhb.

La RM se reservará para aclarar los casos dudosos, planificación quirúrgica o patología asociada.

En el caso de RM negativa con alta sospecha de síndromes de las plicas dolorosas, la prueba de elección será la Artro-RM.

2.2. Patología inflamatoria

En el caso de patología inflamatoria, la primera prueba a realizar será una Rx AP y lateral. Para el estudio de la bursitis y valoración de actividad inflamatoria, se recomienda ecografía Doppler.

2.3. Patología nerviosa

La ecografía será la primera prueba para valorar patología nerviosa, en el caso de que se quiera realizar alguna prueba de imagen. La RM se reservará para casos en los que se quiera valorar el daño estructural producido por la lesión nerviosa o se sospeche lesión tumoral nerviosa o que comprima al nervio localmente.

3. Infección

La primera prueba de imagen debe de ser una Rx. La siguiente prueba a valorar debe ser la ecografía por su inmediatez y por la posibilidad de hacer artrocentesis y estudio microbiológico.

Si es negativa o se sospecha de afectación ósea, puede recurrirse a la RM, sin y con CIV.

4. Sospecha tumor, ver guía de tumores óseos y de partes blandas

BIBLIOGRAFÍA

1. Bowen R E, Otsuka N, Yoon ST: Osteochondral lesions of the capitellum in pediatric patients: role of magnetic resonance imaging. *Journal of Pediatrics Orthopedics*, 2001, 21(3):298-301.
2. Britz G, Haymor DW, Kuntz C y col.: Ulnar nerve entrapment at the elbow: correlation of magnetic resonance imaging, clinical, electrodiagnostic, and intraoperative findings. *Neurosurgery*, 1996.38,3:458-465.
3. Kamineni S., O'Driscoll SW, Morrey BF: Synovial osteochondromatosis of the elbow, 2002, 84 (B):961-966.
4. Morrey BF. Codo. "Master en cirugía ortopédica". Editorial Marban Libros S.L..Madrid 2000.
5. Potter H: Imaging of posttraumatic and soft tissue dysfunction of the elbow. *Clin.Orthop.Rel.Res.*, 2000, 370 :9-18.
6. Sasaki J., Takahara M, Ogino T y col.: Ultrasonographic assessment of ulnar collateral ligament and medial elbow laxity in college baseball players. *J.Bone Jt.Surg.*, 2002, 84 (A):525-531.
7. Singh D., Bednar J.: When can lateral epicondylitis be termed a " workplace disorder"?: guide for diagnosis and treatment. *Curr Opin.Orthop.*, 2001, 12(4):295-299.