

Liberación Artroscópica con Bisturí para el Tratamiento de la Epicondilitis Recalcitrante

Pablo Ruben Rupenian, Juan Ignacio Del Tufo

Departamento de Medicina Laboral, Sanatorio Modelo Quilmes

RESUMEN

La epicondilitis es una frecuente causa de dolor e incapacidad funcional del codo. Suele deberse a la repetición de determinados gestos tanto deportivos como laborales. La amplia mayoría de los casos resuelven a través de tratamientos no quirúrgicos.

El tratamiento quirúrgico de la epicondilitis recalcitrante a demostrado resultados satisfactorios tanto por las vías abierta, artroscópica como percutánea, sin que exista aún consenso sobre la mejor terapéutica quirúrgica para la patología.

La presente nota técnica describe el procedimiento artroscópico de tenotomía del segundo radial externo y capsulotomía lateral del codo, ambas con bisturí, en un paciente con epicondilitis recalcitrante.

Nivel de evidencia: V.

Tipo de estudio: Nota técnica.

Palabras Clave: Codo; Epicondilitis; Recalcitrante; Artroscopia; Bisturí

SUMMARY

Lateral epicondylitis is a common cause of pain and functional impairment of the elbow. Usually is due to the repetition not only of certain sporting gestures but also of repetitive working activities. The vast majority of cases resolve through non-surgical treatments.

The surgical treatment of recalcitrant lateral epicondylitis has shown satisfactory results through open, percutaneous and arthroscopic procedures, with no consensus on the best surgical therapy for the disease yet.

This technical note describes the arthroscopic procedure of tenotomy of the extensor carpi radialis brevis and lateral capsulotomy of the elbow both using scalpel blade in a patient with recalcitrant epicondylitis.

Level of Evidence: V.

Type of Study: Surgical Note.

Key Words: Elbow; Epicondylitis; Recalcitrant; Arthroscopy; Blade

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis es una frecuente causa de dolor e incapacidad funcional del codo. Históricamente se la ha vinculado a la práctica deportiva, de ahí su sinonimia con el término “codo de tenista”, aunque actualmente también se la reconoce como una patología resultado de la actividad laboral de esfuerzo repetitivo.¹

Cerca del 90% de las epicondilitis resuelven mediante tratamientos no quirúrgicos.¹ Para aquellos casos de epicondilitis recalcitrantes se han propuesto diversas opciones de tratamiento quirúrgico:²⁻⁵ la resección del tejido patológico mediante cirugía abierta, la tenotomía percutánea del segundo radial externo y la cirugía artroscópica, entre otras.

El objetivo del presente trabajo es mostrar una técnica quirúrgica para casos de epicondilitis recalcitrante que consiste en la tenotomía del segundo radial externo y la capsulotomía lateral artroscópicas mediante el uso de bisturí; procedimiento originalmente descrito como técnica “bayoneta”.⁶

TÉCNICA QUIRÚRGICA

Un paciente de 49 años de edad, diestro, padece de epi-

condilitis recalcitrante del codo derecho. El paciente realiza tareas como despostador en frigorífico desde hace más de 12 años.

Para su tratamiento se decide realizar una tenotomía del segundo radial externo junto a una capsulotomía lateral del codo, ambas artroscópicas, utilizando hoja de bisturí.

Bajo anestesia e isquemia regionales, el paciente fue ubicado en decúbito dorsal con su brazo descansando sobre un apoyabrazos y el codo, libre, flexionado a 90° por un ayudante. Se realizó inicialmente un portal artroscópico proximal anteromedial a través del cual se exploró el compartimiento anterior del codo utilizando una óptica de 30o. Se observó: sinovitis del compartimiento anterior, daño del cartílago en cúpula radial y una lesión tipo III de Baker⁵ con ruptura de espesor completo de la cápsula lateral del codo, visualizándose a través de la misma un el tendón del segundo radial externo desflechado (fig. 1A y B).

El portal lateral se realizó bajo visualización artroscópica. A diferencia del portal proximal anterolateral clásico, realizamos un portal lateral rasante al cóndilo humeral, específico para la instrumentación con bisturí de la epicondilitis. El punto de entrada se determinó mediante la introducción de una aguja 50 x 8, adyacente a la cual se fue deslizando e introduciendo una hoja de bisturí N° 15 hasta penetrar en la articulación (fig. 2A y B).

Con el bisturí se procedió a la tenotomía del segundo radial externo y a la capsulotomía lateral simultáneas, tanto

Dr. Pablo Rupenian
dr@pablорupenian.com.ar

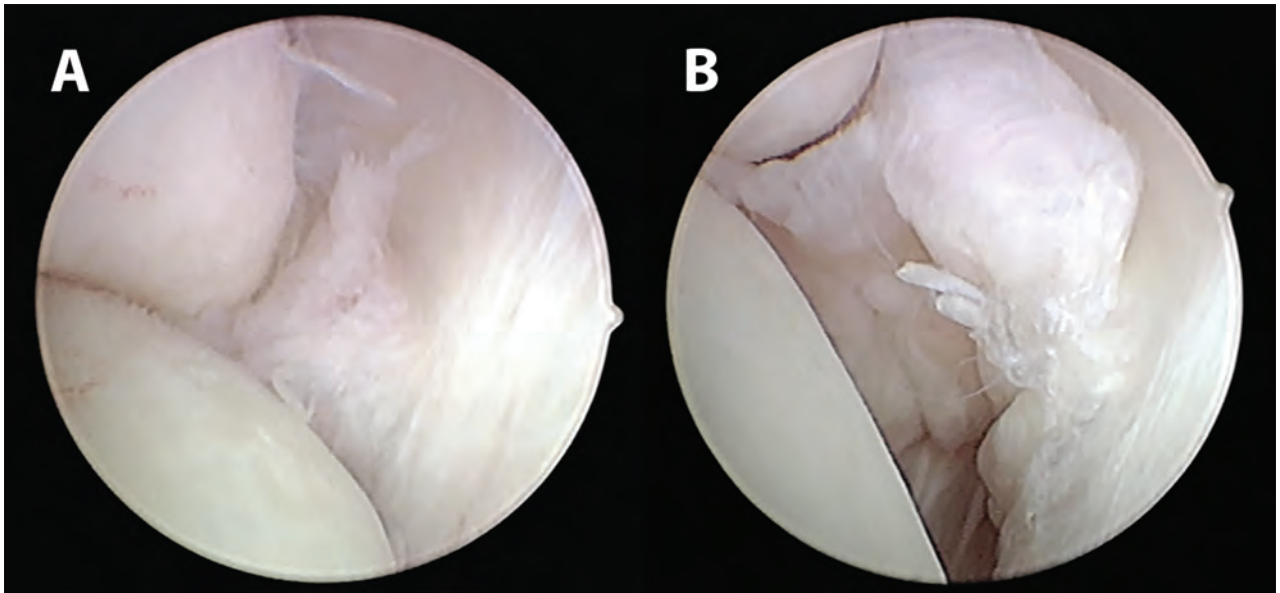


Figura 1: Imágenes intraoperatorias desde el portal proximal anteromedial de un codo derecho flexionado 90° y con el paciente en decúbito dorsal. De hora 6 a 9 se reconoce el cóndilo humeral, y de hora 9 a 11 la cúpula radial. Entre ambas estructuras se observa una ruptura de la cápsula lateral, y a través de la misma se visualiza el tendón patológico del segundo radial externo.

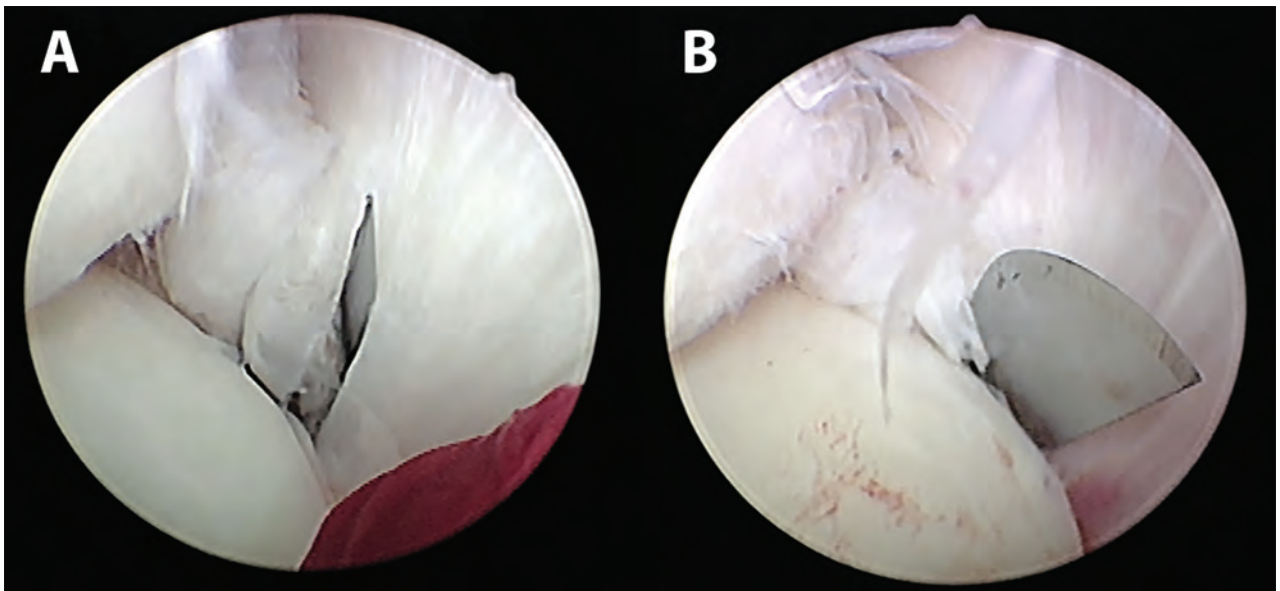


Figura 2: A) Utilizando una aguja 50x8 se decide el sitio de creación del portal lateral rasante al cóndilo humeral. B) Guiados por la aguja, se desliza luego la hoja de bisturí No 15 hasta que penetre en la articulación.

en sentido proximal como distal, avanzando en forma rasante al cóndilo humeral, procurando no dañar el cartilago articular (video). Al momento de cruzar distalmente la articulación húmero-radial con el bisturí se evitó profundizar el corte en sentido posterior para preservar el ligamento lateral del codo.

A partir del borde libre generado por la liberación con bisturí se procedió a continuación a reseca tejido patológico capsular y tendinoso utilizando un shaver sinovial hasta hacerse visible el músculo primer radial externo.

Al final del procedimiento se revisó la zona para asegurarse que no permanecieran fibras remanentes del tendón

segundo radial externo insertas en la región epicondílea.

Se cerraron los portales con un punto simple de nylon en cada uno de ellos.

Se indicó el uso de cabestrillo permanente durante las primeras 48hs seguido de su uso intermitente durante 2 semanas. Comenzó con terapia ocupacional durante la segunda semana.

A las 4 semanas del posoperatorio se interrogó al paciente sobre su valoración del dolor según escala analógica visual arrojando un puntaje de 2.

A las 8 semanas fue dado de alta laboral retornando a su tarea habitual como despostador.

DISCUSIÓN

El tratamiento quirúrgico de la epicondilitis recalcitrante ha demostrado resultados satisfactorios.^{2,3,5,7} Sin embargo, aún no existe consenso sobre la mejor terapéutica quirúrgica probablemente por la falta de estudios comparativos prospectivos y por la diversidad de técnicas existentes tanto por vía abierta como artroscópica.²

En más de 10 casos tratados con la técnica aquí descrita hemos encontrado varios beneficios: el procedimiento artroscópico permite diagnosticar y tratar patologías coexistentes causantes de epicondialgia tales como la presencia de sinovitis, ruptura capsular asociada, plica sinovial, lesiones condrales, entre otras; a diferencia de la tenotomía percutánea con bisturí “a ciegas” la técnica artroscópica previene la lesión iatrogénica del cartílago articular

tanto del cóndilo humeral como de la cúpula radial; la visualización artroscópica durante la tenotomía también logra evitar la persistencia de fibras tendinosas remanentes insertadas en la región epicondilea; la utilización del bisturí crea un borde libre capsular y tendinoso neto que facilita su posterior resección con shaver con el objeto de eliminar el tejido patológico, responsable en ocasiones de dolor residual;⁸ se disminuye e incluso se evita la utilización de radiofrecuencia en la proximidad del cartílago articular y estructuras nerviosas previniendo su lesión inadvertida.

Encontramos a la tenotomía del segundo radial externo y capsulotomía lateral artroscópicas con hoja de bisturí como una opción terapéutica simple, reproducible y con prometedores resultados para el tratamiento del dolor e incapacidad funcional en casos de epicondilitis recalcitrantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nirschl RP, Ashman ES. Elbow tendinopathy: tennis elbow. *Clin Sports Med.* 2003;22:813-836.
2. Szabo SJ, Savoie FH III, Field LD, Ramsey JR, Hosemann CD. Tendinosis of the extensor carpi radialis brevis: an evaluation of three methods of operative treatment. *J Shoulder Elbow Surg.* 2006;15(6):721-727.
3. Yérger B, Turner T. Percutaneous extensor tenotomy for chronic tennis elbow: an office procedure. *Orthopedics.* 1985;8(10):1261-1263.
4. Savoie FH III. Management of lateral epicondylitis with percutaneous release. *Tech Shoulder Elbow Surg.* 2001; 2(4):243-246.
5. Baker CL Jr, Murphy KP, Gottlob CA, Curd DT. Arthroscopic classification and treatment of lateral epicondylitis: two-year clinical results. *J Shoulder Elbow Surg.* 2000;9:475-482.
6. Stiefel EC, Field LD. Arthroscopic lateral epicondylitis release using the “Bayonet” technique. *Arthrosc Tech.* 2014;3(1):e135-e139.
7. Lattermann C, Romeo AA, Anbari A, Meininger AK, McCarty LP, Cole BJ, Cohen MS. Arthroscopic debridement of the extensor carpi radialis brevis for recalcitrant lateral epicondylitis. *J Shoulder Elbow Surg.* 2010;19(5):651-656.
8. Cummins CA. Lateral epicondylitis: in vivo assessment of arthroscopic debridement and correlation with patient outcomes. *Am J Sports Med* 2006;34:1486-1491.