

## CASO CLÍNICO

# DISFUNCIÓN BIOMECÁNICA DE LA ARTICULACIÓN DEL CODO

## PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

*Paola Vernaza Pinzón.\**

Palabras Clave: Fisioterapia, disfunción mecánica, articulación del codo.

La historia clínica de un paciente es quizá la parte más importante de la exploración clínica, una exploración metódica es el instrumento que tiene mayores probabilidades de descubrir señales de alarma proporcionando información importante sobre el problema del paciente: discapacidades, síntomas, comportamiento de los síntomas, irritabilidad, factores de exacerbación del dolor, provocación y alivio, personalidad del paciente, actitud ante el problema y probabilidad de cumplimiento de las instrucciones del fisioterapeuta en cuanto a ejercicios, reposo, actividades, etc.

El siguiente caso clínico nos da una información valiosa en cuanto al diagnóstico diferencial en fisioterapia, abriendo espacios de discusión con profesionales de otras disciplinas respecto al manejo fisioterápico, permitiendo así fortalecer nuestra profesión, porque nosotros manejamos diariamente e individualmente a cada una de las personas que acuden al servicio de fisioterapia logrando conocer todas las variaciones de su patología en cuanto a deterioro o progreso de la misma.

## VALORACIÓN SUBJETIVA

Paciente de sexo masculino de 37 años de edad, se quejaba de dolor en el epicóndilo medial del codo derecho; fue remitido por traumatología al servicio de fisioterapia con diagnóstico de epicondilitis medial. La aparición del dolor era de 6 meses atrás y refirió su aparición después de realizar un movimiento brusco y fuerte con todo el miembro superior derecho, sintiendo un dolor intenso en el codo. Durante los primeros dos meses de inicio, el dolor fue permanente y causó limitación de las actividades de la vida diaria. Refirió como doloroso cortar un pedazo de carne y lavarse la cara.

En el momento de la consulta fisioterápica sentía dolor con el movimiento de flexión máxima de la articulación del codo, hiperalgesia en epicóndilo medial e inflamación difusa en región medial del codo y porción supero-medial de antebrazo. Desde que el dolor aumentó su intensidad, el paciente no pudo volver a practicar el golf en sus actividades recrea-

\* Fisioterapeuta. Profesora Departamento de Fisioterapia. Universidad del Cauca.

tivas. El paciente fue infiltrado en dos oportunidades sobre la zona de dolor, recibió terapia neural sin ningún resultado y fue manejado con antiinflamatorios no esteroideos (AINES) que disminuyeron el dolor mientras los tomó y al suspenderlos el dolor se exacerbó; presentaba una fibrosis a nivel del trapecio superior derecho y refería un dolor cervical no irradiado. Fue sometido a tratamiento por terapia física con aplicación de ultrasonido en codo y tracción cervical.

## VALORACIÓN OBJETIVA

El codo presentaba un arco de movilidad en flexión de 120° limitado por dolor, la extensión era normal y la pronosupinación fue difícil de valorar por dolor, la contracción isométrica para los flexores resultaba dolorosa, había presencia de hiperalgesia en la región medial del codo; la fuerza muscular no se valoró por presencia de dolor y los reflejos eran normales. Se inició manejo con crioterapia, técnicas de facilitación muscular propioceptiva, estimulación eléctrica transcutánea (TENS) y masaje Cyriax. Se solicitaron radiografías de columna cervical.

Se indicó reposo mientras se resolvía el cuadro agudo. Luego de 10 sesiones de fisioterapia, el paciente mejoró en un 40%, conservando el trofismo muscular y arco de movilidad, pero continuó presentando dolor. Las radiografías de columna cervical revelaron disminución del calibre de los agujeros de conjunción desde C3 a C6 por espondilosis y se remitió a reumatología.

El concepto de reumatología fue de una entesopatía del epicóndilo medial del codo derecho por lo cual se le ordenó suspender fisioterapia, reanudar la actividad deportiva e iniciar manejo con metotrexate y sulfasalazina; además, no se consideró relevante el estudio con resonancia nuclear magnética.

El paciente retornó voluntariamente a fisioterapia 4 meses después para valoración, pues presentaba el dolor intermitente y acentuado con el movimiento articular. Este hecho hizo pensar en un posible dolor de tipo mecánico a nivel de la articulación del codo, específicamente a nivel de las carillas articulares de la porción interna (radiohumeral). Se

procedió a realizar la exploración músculo esquelética incluyendo columna cervical por antecedentes radiológicos de espondilosis a nivel de C3-C6. Se encontró alteración en el cuadrante anterior izquierdo de la columna cervical, con hipermovilidad de C5-C6 Y C7 y patrón de limitación cápsulo-ligamentoso con tensión en los ligamentos alares e intertransversos de C5-C6; la articulación de hombro fue normal, la articulación del codo mostró hipomovilidad entre el cóndilo medial del húmero y el radio, y la articulación radiomenisco carpiana con tendencia a la hipermovilidad.

En la valoración de los miotomas se encontró debilidad en los flexores del carpo e interóseos con dolor irradiado a codo. La evaluación de dermatomas mostró presencia de hipoestesia al nivel de C7-C8, las pruebas vertebro basilares fueron negativas. Por lo anterior se llegó a la conclusión de que el paciente presentaba una disfunción vertebral al nivel de C6-C7 secundaria a patología degenerativa que estaba influyendo en la sintomatología dolorosa del codo, en el cual el paciente presenta una disfunción biomecánica por falta de lubricación a nivel de los cartílagos articulares del húmero y radio.

## PLAN

1. Informar del estado doloroso a reumatología.
2. Resonancia nuclear magnética (RNM) para observar la integridad de las superficies articulares del codo.
3. Terapia manual para estimular las presiones internas articulares que favorecerán la lubricación del cartílago y que permitirá al tejido total distensibilidad, disminuyendo de esa forma el choque articular.
4. Suspender el Golf.

Se realizó terapia manual durante 1 hora con mejoría y se indicó plan casero para tracción constante de la articulación. Luego de 3 sesiones de fisioterapia el paciente refirió mejoría del 100%. Se prescribió tracción articular en casa.

La RNM reveló disminución en los espacios intraarticulares de la articulación humero-ulnar con inflamación del tendón flexor. A la fecha, el paciente no ha vuelto a presentar dolor, reinició la actividad deportiva y continúa con cinco minutos diarios de tracción de la articulación del codo en casa.

## Correspondencia:

Paola Vernaza, Departamento de Fisioterapia,  
Facultad Ciencias de la Salud, Universidad del Cauca,  
Carrera 6 No. 14N-02 email: pvernaza@emtel.net.com