

PATOLOGÍA DE PARTES BLANDAS**Dra. Eva Gilabert Dapena**

Médica especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología

CODO Y ANTEBRAZO**EPICONDILITIS LATERAL / CODO DE TENISTA**

- Se caracteriza por dolor y sensibilidad en zona inserción extensor radial corto a nivel del epicóndilo lateral del húmero.
- **Clínica:** Dolor de comienzo gradual en parte lateral de codo y antebrazo. Con el tiempo el dolor aumenta hasta aparecer en reposo
- **Diagnóstico:** CLÍNICO. El dolor aumenta al golpear suavemente el epicóndilo lateral. También con actividades que impliquen extensión activa de la muñeca con el antebrazo en pronación.
 - Pueden realizarse Rx AP y lateral del codo para descartar otros procesos (artrosis, cuerpos libres, etc.).
- **Tratamiento:**
 - **Reposo:** Limitar actividades que provoquen dolor, pero sin forzar un reposo absoluto prolongado ya que los tendones precisan de cierto grado de tensión y movimientos para mantenerse sanos.
 - **AINES:** Tanto los de administración tópica como los de vía oral son útiles a corto plazo.
 - **Ortesis:** Es uno de los tratamientos más recomendados. Se han propuesto diferentes tipos de coderas, cintas infracondileas y muñequeras. Se coloca justo debajo del codo para disminuir la sobrecarga de la musculatura extensora y disminuir el dolor.
 - **Infiltraciones con corticoides:** Se palpa la zona inmediatamente distal al epicóndilo y se localiza el punto de mayor sensibilidad del paciente. Avisar que pueden notar un aumento del dolor los primeros dos días. No realizar más de tres inyecciones.
 - **Cirugía:** el objetivo es disminuir la tensión que ejercen los tendones extensores sobre el epicóndilo con su desinserción.

BURSITIS OLECRANIANA

- Debido a su localización superficial en el lado extensor del codo la bolsa olecraniana se irrita y se inflama con facilidad. La bursitis puede ser secundaria a un traumatismo, a una inflamación o una infección.
- **Clínica:** En función de etiología. Tumefacción gradual en olécranon (crónica) o súbita (infección o traumatismo) . Dolor variable. También nos la podemos encontrar en pacientes con gota o artritis reumatoide.
- **Diagnóstico:** Clínico de entrada mediante la exploración física. Cuando la masa es grande la aspiración puede ser diagnóstica y terapéutica. Debe cultivarse todo líquido que sea turbio.
- **Tratamiento:**
 - **En bursitis pequeñas o poco sintomáticas:** inmovilización en función de dolor y AINES.
 - **Sospecha de séptica:** aspiración y cultivo de líquido, antibioterapia y valoración de drenaje (todo el tto viene determinado por el estado general del paciente).
 - **En casos crónicos con gran tumefacción:** valorar extirpación bursa.

ROTURA TENDÓN DISTAL DEL BÍCEPS

- Es rara, menos del 5% de las roturas de tendones de este músculo pero causan una debilidad mucho mayor.
- **Clínica:** Antecedente de dolor súbito agudo en cara anterior del codo tras una excesiva fuerza de extensión sobre el codo flexionado. Es típico que el dolor sea intenso durante unas pocas horas y luego le siga un dolor difuso crónico.
- **Diagnóstico:** Retracción de la masa muscular en sentido proximal (hacia arriba), dolor y equimosis en foseta antecubital. Rx de codo puede revelar fractura por arrancamiento de la tuberosidad bicipital. Ecografía y / o resonancia.
- **Tratamiento:** Quirúrgico en los casos de roturas completas (siempre en función del estado del paciente).

COMPRESIÓN DEL NERVO CUBITAL

- El sitio más común es en la cara posterior del epicóndilo medial en el llamado "túnel cubital ". Puede producirse de forma aguda después de un golpe directo. De forma crónica se observa en situaciones de apoyo continuo del codo.
- **Clínica:** Comienza con dolor en la parte medial del codo y parestesias en anular y meñique.
- **Diagnóstico:** El golpe suave sobre el nervio causa dolor y parestesias en borde cubital de la mano, 4º y 5º dedo. (prueba de Tinel). Evaluar función motora y sensitiva del nervio cubital, EMG.
- **Tratamiento:** Férula de codo y AINES. En caso de persistencia de síntomas está indicado la descompresión quirúrgica.

MUÑECA Y MANO**SÍNDROME DEL TÚNEL DEL CARPO**

- Consiste en un atrapamiento del nervio mediano en la muñeca. Es la neuropatía por compresión más común en la extremidad superior y es muy frecuente en mujeres de mediana edad y embarazadas.
- **Clínica:** Dolor, adormecimiento y parestesias en el territorio del mediano (1º, 2º, 3º y mitad radial 4º). Se les caen las cosas de las manos. Se despiertan por la noche por el dolor.
- **Diagnóstico:** Explorar sensibilidad mediano. Prueba de Phalen (colocar muñecas en flexión y ver si aparece adormecimiento) . Prueba de Tinnel (percusión del n. mediano). EMG.
- **Tratamiento:** En casos leves férulas de muñecas sobre todo nocturnas y AINES. Infiltraciones con corticoides. Si no mejora: descompresión quirúrgica.

TENDINITIS DE DE QUERVAIN

- Es una tumefacción o estenosis de la vaina que rodea los tendones del abductor largo y del extensor corto del pulgar sobre el lado radial de la muñeca.
- **Clínica:** Dolor y tumefacción sobre la estiloides radial, que empeora al intentar mover el pulgar o cerrar el puño.
- **Diagnóstico:** Prueba de Finkelstein: la flexión completa del pulgar en la palma + desviación completa de la muñeca produce dolor.
- **Tratamiento:** Inmovilización + AINES. Infiltraciones. Cirugía (liberación vaina fibrosa).

ENFERMEDAD DE DUPUYTREN

- Consiste en un espesamiento nodular y contracción de la fascia palmar. Más frecuente en varones > 50 años, DM y alcohólicos.
- **Clínica:** Comienzan con nódulos indolores que se van engrosando. El dedo anular es el más afectado
- **Diagnóstico:** Clínico
- **Tratamiento:** Fasciectomía.

GANGLIONES

- Son estructuras quísticas que se originan en la cápsula de una articulación o en la vaina sinovial de un tendón. Contiene un líquido claro, espeso y mucinoso. Las localizaciones más comunes son: dorso de la muñeca y base de dedos. A veces desaparecen espontáneamente.
- **Clínica:** Tienen bulto doloroso o no. El dolor empeorará con las actividades que requieran movimiento frecuente de la articulación.
- **Diagnóstico:** Exploración física. Son levemente dolorosos a la presión. Se transluminan. Realizar radiografías para descartar patología ósea.
- **Tratamiento:** Resección por síntomas dolorosos o por gran tamaño del ganglión.

ESGUINCE MCF DEL PULGAR

- También llamado pulgar del guardabosques o del esquiador. Es una lesión del ligamento colateral cubital de la MCF del pulgar; en ocasiones se produce una avulsión de su inserción ósea. Este ligamento es necesario para realizar la pinza con el 2º dedo.
- **Clínica:** Dolor y tumefacción en el lado cubital (interno) de la MCF del primer dedo.
- **Diagnóstico:** Exploración de la estabilidad de la articulación comparando con el dedo sano. Radiografías para descartar fracturas.
- **Tratamiento:** Casi todos los esguinces de los ligamentos colaterales pueden ser tratados con una férula + AINES. Si nos encontramos con una rotura completa e inestable será necesario una estabilización quirúrgica.

DEDO EN RESORTE

- Los tendones flexores de los dedos se deslizan por debajo de 4 poleas. A veces una de las poleas se puede estenotar dando como resultado la sensación de bloqueo del dedo durante la flexión
- **Clínica:** Sensación de bloqueo o de chasquido al flexionar el dedo o incluso que se despierten con el dedo bloqueado.
- **Tratamiento:** Intentar AINES y/o infiltraciones. Si no mejora valorar descompresión quirúrgica.

CADERA Y MUSLO**BURSITIS TROCANTÉREA**

- **Clínica:** Dolor y sensibilidad sobre zona del trocánter mayor. Puede irradiarse hacia la rodilla. Refieren dolor nocturno y no pueden acostarse sobre el lado afecto.

- **Diagnóstico:** Sensibilidad en un punto sobre la parte lateral del trocánter. Si es por encima del trocánter pensar en una tendinitis del glúteo medio. Rx para descartar anomalías óseas. RM para casos dudosos o de mala evolución terapéutica.
- **Tratamiento:** AINES y modificación de actividades. Infiltración de corticoides. En casos persistentes valorar cirugía

RODILLA Y PIERNA

TENDINITIS PATELAR / CUADRICIPITAL

- También llamada *rodilla del saltador* es una lesión del mecanismo extensor de la rodilla por sobrecarga. Afecta el tendón del cuádriceps en su inserción en el polo superior de la rótula o al tendón rotuliano en el polo inferior. Suele ser característico de adultos jóvenes.
- **Clínica:** Dolor en la parte anterior de la rodilla. El dolor con frecuencia aparece al final del ejercicio
- **Diagnóstico:** Dolor y tumefacción en la inserción rotuliana de los tendones. Movimiento de la rodilla normal pero con frecuencia doloroso para la extensión completa. Rx: pueden mostrar pequeños osteofitos. RM sólo para casos concretos.
- **Tratamiento:** Sintomático: reposo relativo en función del dolor + AINES. NO INFILTRACIONES. Programas de fortalecimiento muscular / rehabilitación.

BURSITIS PREPATELAR

- Las bolsas serosas se encuentran entre la piel y las prominencias óseas. La bolsa prepatelar sobre la cara anterior de la rodilla es superficial y se encuentra entre la piel y la rótula. Cuando se inflama se llena de líquido. *Rodilla de beata o del ama de casa*.
- **Diagnóstico:** Dolor y tumefacción progresiva. Rx para descartar alteraciones óseas.
- **Tratamiento:** Reposo, frío local y AINES. Modificar actividades desencadenantes.

BURSITIS ANSERINA

- La bolsa se sitúa bajo la inserción de los ms. Sartorio, recto interno y semitendinoso. Se inflama con el uso excesivo o en pacientes con artrosis incipiente del compartimento interno.
- **Diagnóstico / tratamiento:** ver bursitis prepatelar.

QUISTE DE BAKER

- Es una dilatación de la bolsa serosa asociada al semimembranoso, localizada en el hueco poplíteo.
- **Clínica:** Tumefacción en hueco poplíteo + dolor. Cuando se rompen causan un dolor intenso que puede confundirse con una TVP
- **Diagnóstico:** Exploración física. Rx: sin hallazgos. Valorar RMN
- **Tratamiento:** son BENIGNOS Y RECIDIVAN. Valoración extirpación del quiste en función del paciente

TOBILLO Y PIE

ESGUINCE DE TOBILLO

- Los ligamentos laterales (peroneoastragalino ant y post y el peroneo calcáneo) son los más afectados.
- **Mecanismo de lesión:** inversión forzada del pie.
- **Clasificación:**
 - **Tipo I:** leve
 - **Tipo II:** moderado
 - **Tipo III:** rotura completa
- **Clínica:** Dolor de intensidad progresiva, tumefacción e impotencia funcional. Refieren sensación de chasquido.
- **Diagnóstico:** Dolor en trayecto ligamentos lesionados. Tumefacción y equimosis de todo el tobillo e incluso pie en casos severos. Rx para descartar fracturas asociadas.
- **Tratamiento:** Prevenir dolor crónico e inestabilidad.
 - AINES + hielo + compresión + elevación (Vendaje elástico / Férula de yeso).
 - Autorizar apoyo entre 2-4 semanas después de la lesión.

FASCITIS PLANTAR

- Causa más común de dolor en el talón en adultos.
- Dolor de intensidad progresiva. El dolor a menudo es muy intenso al despertar.
- **Diagnóstico:** Dolor en parte interna de tuberosidad calcánea. Rx: si encontramos espolón en calcáneo NO ES CAUSA DE FASCITIS PLANTAR.
- **Tratamiento:** Dispositivos de descarga de talón / AINES / Infiltraciones / Cirugía: liberación fascia plantar.

TENDINITIS AQUÍLEA

- **Diagnóstico:** Clínico: dolor e inflamación en zona posterior del talón. Se pueden apreciar nódulos en el seno del tendón.
- **Tratamiento:**
 - Reposo, AINES y ortesis (alzas en zapatos).
 - No infiltraciones. Valorar rehabilitación.