

Resultados terapéuticos a corto plazo de la infiltración con toxina botulínica ante el fracaso del tratamiento convencional de 7 pacientes con epicondilitis

B. VILLAMAYOR-BLANCO, M.J. MISA-AGUSTIÑO, M.T. JORGE-MORA, A. LÓPEZ-CASTRO, I. LÓPEZ-PESADO Y F.J. JORGE-BARREIRO

Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. A Coruña. España.

Resumen.—*Introducción.* La epicondilitis es un trastorno que cursa con dolor en la inserción proximal del músculo extensor radial corto del carpo. El tratamiento habitual se basa en reposo y medidas farmacológicas, fisioterapia, infiltraciones con corticoides y uso de ortesis. Cuando fracasa el tratamiento conservador, disponemos de la alternativa quirúrgica. El objetivo es evaluar la respuesta de los pacientes con epicondilitis rebeldes a tratamiento conservador con toxina botulínica tipo A (TB-A).

Material y métodos. Realizamos un estudio prospectivo con 7 pacientes diagnosticados de epicondilitis, con un tiempo de evolución mínimo de 4 meses, en los que fracasó el tratamiento conservador. Antes de tomar una decisión quirúrgica, se les aplicó una única infiltración de TB-A, entre 25 y 50 UI de Botox®. Se recogen como variables: dosis aplicada, dolor a la palpación y con la maniobra de extensión resistida de la muñeca y efectos secundarios.

Resultados. Obtuvimos una mejoría importante del dolor en todos los pacientes tras 1 mes de la aplicación de TB-A. La paresia de la musculatura extensora del carpo apareció en las 2 primeras semanas con una resolución completa entre los 2-8 primeros meses posinfiltración.

Conclusión. El tratamiento de la epicondilitis resistente a tratamiento conservador mediante la aplicación de TB-A es un tratamiento eficaz, que mejora en todos los casos la sintomatología clínica.

Palabras clave: epicondilitis, toxina botulínica tipo A, dolor en codo, rehabilitación.

SHORT-TERM OUTCOME OF A-BOTULINUM TOXIN INFILTRATION IN 7 EPICONDYLITIS PATIENTS IN WHOM CONVENTIONAL TREATMENT FAILED

Summary.—*Introduction.* Epicondylitis is a disorder that causes pain in the proximal insertion of the extensor carpi radialis brevis muscle. The most common treatment is rest and pharmacological measures, physical therapy, infiltrations with corticoids and orthosis. Surgery can be alternatively used when conservative treatments fail. The objective is assess the response of patients with persistent epicondylitis to botulinum toxin A (TB-A).

Materials and methods. A prospective study was carried out with 7 patients diagnosed with epicondylitis (a minimum of 4 months prior to the research), who had failed in their response to conservative treatments. Prior to a surgical decision, each of them was applied a single application of TB-A (25-50 U of Botox®). Variables included: dose amount, pain following palpation and pain following resisted wrist extension maneuvers and secondary effects.

Results. All patients experienced important improvement. Paresis in forearm muscles appeared in the first two weeks with complete resolution 2-8 months after infiltration.

Conclusion. The treatment of epicondylitis resistant to conservative treatments through TB-A application constitutes effective treatment with clinical pictures improvement in all cases.

Key words: epicondylitis, botulinum toxin type A, painful elbow, rehabilitation.

Correspondencia:

Bibiana Villamayor Blanco
Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela
Hospital de Conxo. Avda. Ramón Baltar, s/n
15702 Santiago de Compostela. A Coruña. España
Correo electrónico: bibivillamayor@hotmail.com

Trabajo recibido el 18-6-07. Aceptado el 8-1-08.

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis lateral o codo de tenista es una patología que cursa con dolor en la inserción proximal del músculo extensor radial corto del carpo¹.

Es un proceso frecuente, con una prevalencia del 1-3 %². Es la causa más frecuente de dolor en el codo. La edad de aparición característica suele ser entre los 35 y los 40 años y aparece en igual proporción en ambos sexos.

Su patrón histológico presenta degeneración tisular con fibroblastos e hiperplasia microvascular, por lo que también se denomina tendinosis lateral de codo^{3,4}.

En su etiología el factor más importante es el sobreesfuerzo. Está directamente relacionada con la intensidad y la duración de actividades en las que se realiza la extensión de la muñeca y los dedos y los movimientos de supinación⁵. Otras causas son de tipo traumático, debidas a microtraumas repetidos, o por factores constitucionales, en pacientes con tendencia a desarrollar tendinosis⁴.

El curso clínico suele ser autolimitado, pero en ocasiones persiste meses o incluso años.

El diagnóstico requiere la presencia de tres criterios: dolor localizado en la cara externa del codo, sensibilidad dolorosa a la presión en la región epicondilea y dolor con la extensión resistida de la muñeca.

El tratamiento habitual se basa en reposo y medidas farmacológicas, fisioterapia⁶⁻⁹, infiltraciones con corticoides, uso de ortesis y, cuando fracasa el tratamiento conservador, disponemos de la alternativa quirúrgica¹⁰⁻¹².

La toxina botulínica tipo A (TB-A) es una neurotoxina de uso habitual en la práctica clínica^{13,14} en el tratamiento de la espasticidad focal^{15,16}. Produce un bloqueo selectivo de las terminaciones periféricas colinérgicas en la unión neuromuscular y, como consecuencia de éste, se produce debilidad en el músculo infiltrado⁷. Está constituida por dos cadenas: una pesada, que le dota de especificidad al unirse a receptores de membrana presináptica de las neuronas colinérgicas, y una ligera, responsable de la acción de la neurotoxina al bloquear la exocitosis de acetilcolina mediada por calcio^{17,18}.

Nuestro objetivo es evaluar la respuesta de los pacientes con epicondilitis que no responden al tratamiento habitual mediante la aplicación de TB-A.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se llevó a cabo un estudio prospectivo observacional de pacientes diagnosticados de epicondilitis a los que se les aplicó TB-A ante el fracaso de las distintas formas de tratamiento habitual.

Lugar de realización

Consulta hospitalaria del Servicio de Medicina Física y Rehabilitación de nuestro hospital.

Pacientes

El estudio fue llevado a cabo sobre 7 pacientes ambulatorios tratados de forma consecutiva por epicondilitis desde enero de 2005 hasta febrero de 2007.

Los criterios de inclusión de los pacientes del estudio fueron: edad superior a 18 años, pacientes diagnosticados de epicondilitis, tiempo de evolución mínimo de 4 meses, aplicación de 3 o más tratamientos habituales que obtuvieron únicamente mejoría parcial y estudio radiográfico de codo sin anomalías. El tratamiento habitual aplicado fue: reposo y medidas farmacológicas (antiinflamatorios no esteroideos [AINE]), fisioterapia (aplicación de ultrasonidos y masaje profundo), infiltración con corticoides y uso de ortesis. Consideramos mejoría parcial un descenso de 2 puntos o menos en la escala visual analógica (EVA) de valoración del dolor.

Los criterios de exclusión fueron: reacción de hipersensibilidad a la toxina botulínica, coexistencia de enfermedades neuromusculares debilitantes, embarazo y lactancia, alteraciones radiográficas en el codo y cirugía previa de codo. Al inicio del estudio excluimos a uno de los pacientes por antecedente de fractura de olécranon intervenida mediante fijación interna 7 años antes, por lo que los pacientes incluidos en el estudio fueron 7.

Técnica y tratamiento aplicado

Se inyectó TB-A en el músculo extensor radial corto del carpo o segundo radial externo. La localización del punto de punción se realizó según referencias anatómicas, aproximadamente 4 cm distal al epicóndilo (fig. 1).

Se utilizó el preparado comercial de TB-A Botox®. Cada ampolla contiene 100 unidades de TB-A que se diluyen en 1 cc de suero fisiológico estéril (0,1 ml contienen 10 UI/ml de Botox®). Se administró una dosis media de 44 UI en una única aplicación por paciente. No pudimos tomar como referencia las tablas de dosis medias recomendadas para este músculo por no encontrarse incluido en ellas. Utilizamos las dosis recomendadas en la bibliografía^{11,19-22} unida a la valoración del volumen muscular del antebrazo en cada paciente.



Fig. 1.—Aplicación de toxina botulínica tipo A en el músculo segundo radial externo o extensor radial corto del carpo. Se aplica distalmente a 4 cm de la inserción de este músculo en el epicóndilo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4085356>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4085356>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)