



DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

Enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos

Epitrocleitis

DDC-TME-05

N.I.P.O.: 272-12-004-2



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



INSTITUTO NACIONAL
DE SEGURIDAD E HIGIENE
EN EL TRABAJO



Instituto
de Salud
Carlos III



ENFERMEDADES PROFESIONALES RELACIONADAS CON LOS TME

EPITROCLEITIS

DEFINICIÓN

La **Epitrocleititis**, también llamada **Síndrome del pronador-flexor**, es la inflamación de la inserción tendinosa de los músculos flexores de la muñeca y de los dedos a nivel de la epitróclea: pronador redondo, palmar mayor, flexor común superficial de los dedos y cubital anterior.

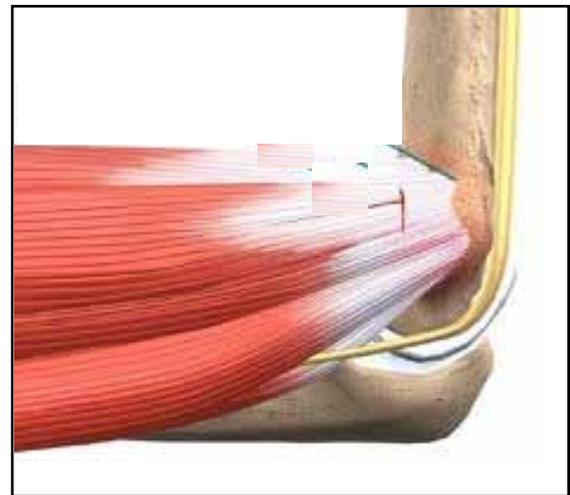
Es la causa de dolor más frecuente en la zona medial del codo, si bien es menos habitual que la epicondilitis.

Predomina la afectación del codo de la extremidad dominante, aproximadamente en el 60% de los casos. En un 30% debuta de forma aguda.

Aunque el término "tendinitis" describe un proceso inflamatorio, histopatológicamente se trata de una tendinosis con presencia de micro-desgarros en los tendones del flexor carpi radialis y del pronador redondo sin inflamación con degeneración fibrilar e hiperplasia angiofibrosa.

Se observa con la actividad laboral que requiere movimientos de repetición de la mano, muñeca y antebrazo. El flexor carpi radialis y el pronador redondo que se insertan en la epitróclea son los que suelen afectarse.

En un 50% de los casos se asocia una neuropatía cubital.





SÍNTOMAS Y SIGNOS

La forma de presentación más común es la presencia de dolor de aparición paulatina, localizado en la parte anterior de la epitróclea, aunque puede irradiarse a hombro y mano. Generalmente se relaciona con la pronación y flexión activa y resistida de la muñeca. Puede referirse sensación de debilidad en el antebrazo o en la mano.

Algunos pacientes pueden presentar sensibilidad distal en la epitróclea sobre las bandas tendinosas del grupo flexor-pronador. El rango de movimiento del codo suele ser normal.

Evolución clínica

En una **primera etapa** se manifiesta dolor y cansancio durante las horas de trabajo, desapareciendo fuera de éste; no se reduce el rendimiento en el trabajo, puede durar semanas e incluso meses. En este punto el daño es reversible.

En **fases posteriores**, los síntomas aparecen al empezar el trabajo y continúan por la noche, alterando el sueño y disminuyendo la capacidad de trabajo repetitivo; llega a aparecer dolor incluso con movimientos no repetitivos y se hace difícil realizar tareas, incluso las más triviales.

Si los problemas se detectan en la primera etapa, pueden solucionarse generalmente mediante medidas preventivas ergonómicas; en etapas más avanzadas, se hace necesario intervenir terapéuticamente, de ahí la importancia del conocimiento de este tipo de problemas y de la toma de medidas preventivas.

La **exploración neurológica**, motora, sensitiva y el estudio de los reflejos osteotendinosos nos pueden ayudar en el diagnóstico diferencial con la radiculopatía cervical. Tenemos que evaluar **signo de Tinel**: al golpear ligeramente entre el olécranon y la epitróclea se exacerban los síntomas del paciente con la aparición de parestesias en el territorio cubital de la mano. El dolor en la epitróclea empeora con la **pronación y flexión de la mano contra resistencia**. Además, debemos valorar el valgo y las pruebas de estrés en varo para evaluar la presencia de inestabilidad del ligamento colateral cubital y radial.

También es útil la **maniobra de Cozen invertida**: dolor en la epitróclea a la flexión palmar con la muñeca resistida.





PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico es eminentemente clínico, recurriendo a las pruebas diagnósticas para descartar una desinserción de la musculatura epicondilea o la presencia de patologías asociadas:

- La radiografía simple se debe realizar para evaluar la presencia de otras patologías, tales como la presencia de fracturas o artrosis. Si se sospecha inestabilidad medial, se deben realizar radiografías con estrés en valgo.
- La RM es sensible y específica en la evaluación de la epicondilitis medial. Esta modalidad permite la evaluación de los tendones, los nervios cubital y los ligamentos colaterales mediales. Sin embargo, la RM debe limitarse a los casos en los que el diagnóstico clínico no esté claro.
- La **ecografía** puede utilizarse para visualizar la degeneración tendinosa en la zona de inserción.
- La electromiografía se indica en los casos en que se sospeche una neuropatía cubital asociada.
- La infiltración de anestésico local (1 ml de lidocaína al 2%) sobre la zona de máxima sensibilidad aliviará los síntomas.





ACTIVIDADES DE RIESGO. CONDICIONES DE TRABAJO Y ACTIVIDADES DE RIESGO LISTADAS EN EL RD 1299/2006

Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexo-extensión forzada de la muñeca.

Carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.

La carga músculo-esquelética se asocia a tres características del gesto o tarea:

- Frecuencia (Repetitividad elevada)
- Intensidad (Fuerza excesiva)
- Amplitud (postura forzada)

Factores de riesgo ergonómico o biomecánico

Repetir el mismo movimiento una y otra vez.

Trabajar en una posición incómoda o la misma posición por un largo período de tiempo.

Trabajar con objetos o herramientas que vibran.

Trabajar en temperaturas muy calientes o frías.

Tener contacto directo contra superficies o bordes duros, por largos períodos de tiempo.

Empujar, agarrar o levantar objetos.

Situación de extensión o abducción o rotación externa, con los brazos alejados del tronco en períodos de 2 minutos más de 2 horas.

Movimientos de las manos por encima de los hombros más de 4 horas.

Factores de riesgo de la organización del trabajo

Carga física y mental del trabajo

Ritmo del trabajo elevado

Pausas insuficientes

Jornadas largas de trabajo

Profesiones de riesgo más frecuentes

Cocineros

Electricistas

Guitarristas

Fontaneros

Peluqueros

Charcuteros y pescaderos

Mecánicos

Trabajadores de la madera

Limpiadoras

Trabajadores de conservas



REPERCUSIÓN

Incapacidad laboral

Hasta la remisión del dolor, recuperación funcional y exploración negativa.

Tiempo estándar de Incapacidad Transitoria ^(*)

No existe tiempo estándar para la entidad.

Por similitud diagnóstica, se estima un tiempo similar al epígrafe 726.30 Entesopatías de codo: 20 días.

() Tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado incapacidad para el trabajo habitual, utilizando las técnicas de diagnóstico y tratamiento normalizadas y aceptadas por la comunidad médica y asumiendo el mínimo de demora en la asistencia sanitaria del trabajador.*

() Tiempos estándar de incapacidad temporal, Instituto Nacional de Seguridad Social, 2010.*

Calificación de la Epitrocleititis como enfermedad profesional

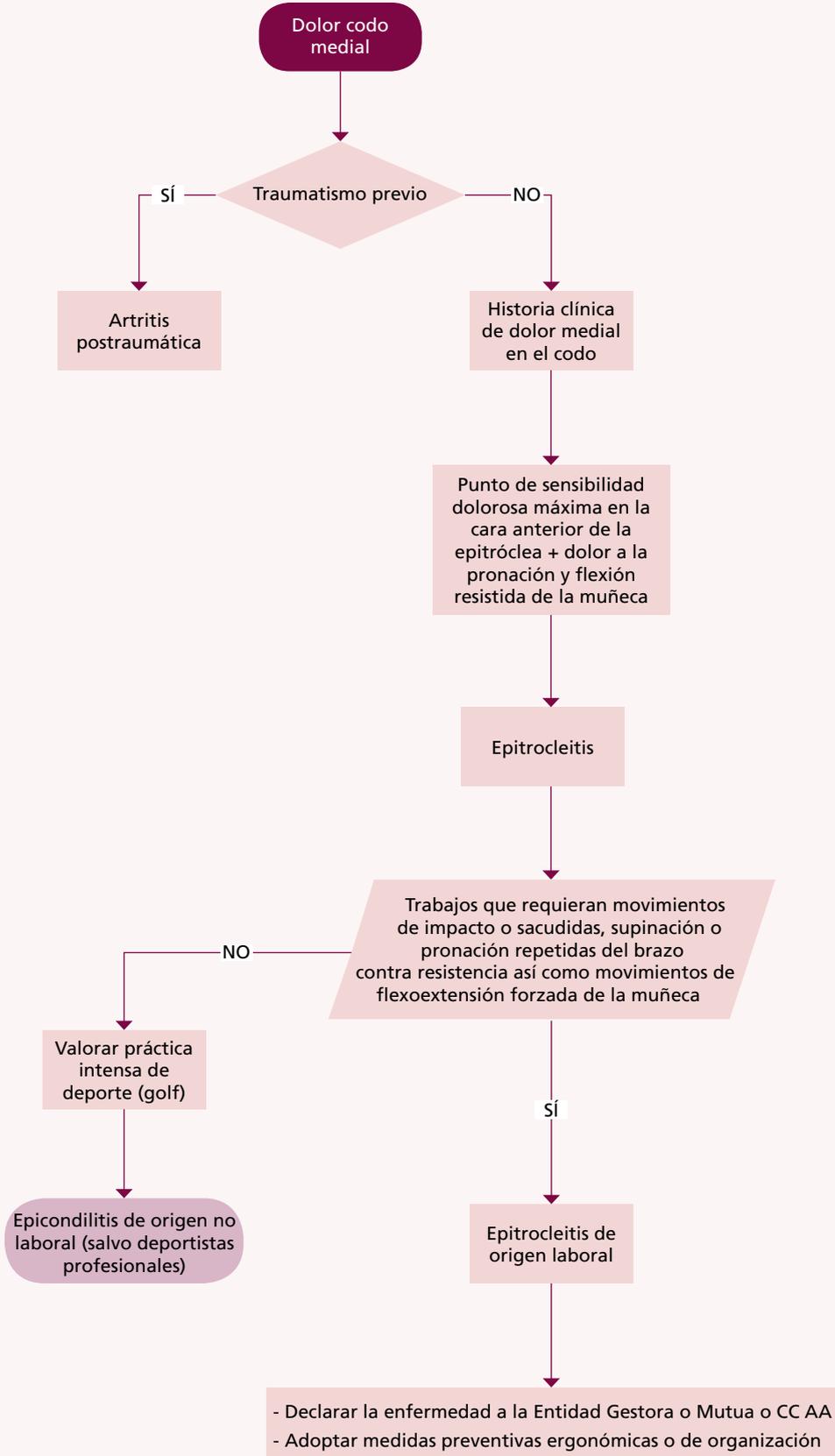
Las epitrocleititis están incluidas dentro de la lista de enfermedades profesionales:

Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades por fatiga e inflamación de las vainas tendinosas, de tejidos peritendinosos e inserciones musculares y tendinosas.

Codo y antebrazo: epicondilitis y epitrocleititis.

2D0201 Trabajos que requieran movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos de flexoextensión forzada de la muñeca, como pueden ser: carniceros, pescaderos, curtidores, deportistas, mecánicos, chapistas, caldereros, albañiles.

- Confirmación de la enfermedad mediante exploración clínica y, si es posible, estudios funcionales o de imagen.
- Correspondencia del cuadro clínico con la exposición, analizada mediante métodos de evaluación ergonómica, en lo que se refiere a la realización de movimientos de impacto o sacudidas, supinación o pronación repetidas del brazo contra resistencia, así como movimientos repetidos.
- Mejoría o desaparición de los síntomas con el descanso y reparación o agravamiento tras reemprender el trabajo.
- Ausencia de patología en la zona de causa no laboral.





BIBLIOGRAFÍA

- Plancher KD, Halbrecht J, Lourie GM. *Medial and lateral epicondylitis in the athlete*. Clin Sports Med. 1996; 15: 283-305.
- Nirsch RP. *Etiology of tennis elbow* [letter]. J Sports Med. 1975; 3: 261-3.
- Galloway M, DeMaio M, Mangine R. *Rehabilitative techniques in the treatment of medial and lateral epicondylitis*. Orthopedics. 1992; 15: 1089-96.
- Nordander C, Ohlsson K, Akesson I, Arvidsson I, Balogh I, Hansson GA, et al. *Risk of musculoskeletal disorders among females and males in repetitive/constrained work*. Ergonomics. 2009; 52: 1226-39.
- Van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. *Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review*. Rheumatology (Oxford). 2009; 48: 528-36.
- Gabel GT, Morrey BF. *Medial epicondylitis*. In: Morrey BF, ed. *The Elbow and Its Disorders*. 3rd ed. Philadelphia, Pa: WB Saunders Co; 2000: 537-42.
- Richard MJ, Aldridge JM 3rd, Wiesler ER, Ruch DS. *Traumatic valgus instability of the elbow: pathoanatomy and results of direct repair*. Surgical technique. J Bone Joint Surg Am. 2009; 91 Suppl 2: 191-9.
- Guillén C, Ortega M. (2008) *¿Es enfermedad profesional? Criterios para su clasificación*. Pych & Asociados, S.L. Cap. 6: 427-428.
- Schwab GH, Bennett JB, Woods GW, Tullos HS. *Biomechanics of elbow instability: the role of the medial collateral ligament*. Clin Orthop Relat Res. 1980; 146: 42-52.
- Miller TT. *Imaging of elbow disorders*. Orthop Clin North Am. 1999; 30: 21-36.
- Park GY, Lee SM, Lee MY. *Diagnostic value of ultrasonography for clinical medial epicondylitis*. Arch Phys Med Rehabil. 2008; 89: 738-42.



EDITA

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

Torrelaguna, 73 - 28027 MADRID

COORDINADOR DE LA PUBLICACIÓN

Francisco Marqués Marqués

Subdirector Técnico

Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo

AUTORES

David Rodríguez Morales

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria - Master en Calidad Asistencial

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

María del Carmen García Cubero

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria - Master en Calidad Asistencial

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

José María Mena Mateo

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria - Master Gestión de Calidad Sanitaria

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

Fernando Silió Villamil

Especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública - Diplomado en Gestión Gerencia Hospitalaria

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

Jerónimo Maqueda Blasco

Especialista en Medicina del Trabajo - Master en Salud Pública, especialidad de epidemiología

Escuela Nacional de Medicina del Trabajo - Instituto de Salud Carlos III

COLABORADORES

Clara Guillén Subirán

Especialista en Medicina del Trabajo

Sociedad Española de Especialistas en Medicina del Trabajo

Emilio Jardón Dato

Consejero Técnico - Coordinador de Equipos Médicos de Valoración

Subdirección General de Coordinación de Unidades Médicas - Instituto Nacional de la Seguridad Social

Juan Carlos Hermosa Hernán

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria

Alejandro Tejedor Varillas

Especialista en Medicina de Familia y Comunitaria

Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria