



DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

Enfermedades profesionales relacionadas con los trastornos musculoesqueléticos

Higroma crónico del codo

DDC-TME-09



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE EMPLEO
Y SEGURIDAD SOCIAL

MINISTERIO
DE ECONOMÍA
Y COMPETITIVIDAD



INSTITUTO NACIONAL
DE SEGURIDAD E HIGIENE
EN EL TRABAJO

ISC
Instituto
de Salud
Carlos III

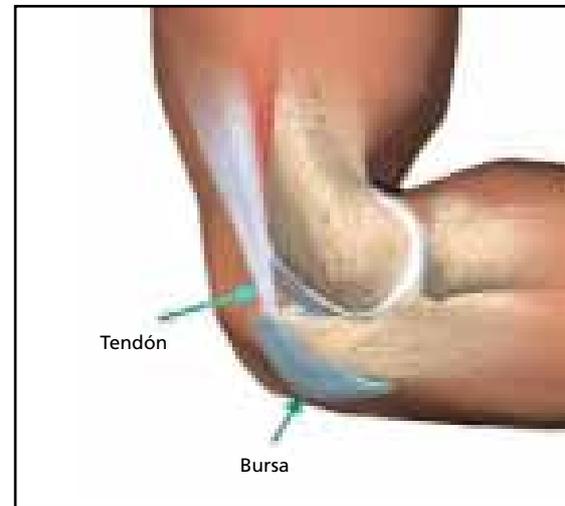
ENFERMEDADES PROFESIONALES RELACIONADAS CON LOS TME

HIGROMA CRÓNICO DEL CODO

DEFINICIÓN

La bolsa olecraniana es una bolsa serosa situada en el codo, entre el olécranon del cúbito y la piel que lo cubre. La inflamación de esta bolsa se conoce como bursitis olecraniana o higroma del codo y resulta de la degeneración mucinosa del tejido conectivo por microtraumatismos repetidos actuando sobre las partes blandas que cubren la prominencia ósea.

La etiología más frecuente es la traumática o por microtraumatismo de repetición, sobre todo en las bolsas serosas que se encuentran en las zonas superficiales (olécranon). Son menos frecuentes las ocasionadas por enfermedades inflamatorias como la artritis reumatoide, la artritis gotosa y las infecciosas o sépticas. En las bursitis infecciosas, la vía de entrada es por continuidad, y es muy infrecuente que presenten complicaciones sistémicas; el 80% están producidas por estafilococo dorado (*S. Aureus*).





FORMAS DE PRESENTACIÓN

La bursitis olecraniana puede aparecer de **forma gradual** por la repetida irritación de la bolsa olecraniana, o de **forma aguda** por un traumatismo o una infección.

SÍNTOMAS Y SIGNOS

Clínicamente se manifiesta como una tumoración blanda, esférica, fluctuante, habitualmente indolora (salvo en la fase aguda) bien delimitada y de volumen variable.

La piel que recubre la bursitis suele estar afectada de hiperqueratosis y se desplaza sobre la tumoración.

La bolsa serosa está adherida al plano óseo subyacente y es menos aparente cuando se afectan las bolsas más profundas.

En ocasiones hay limitación de la movilidad de la articulación subyacente.

La evolución es lenta, con reagudización o remisión espontánea. Puede complicarse con una infección.

A la exploración puede verse un cierto grado de enrojecimiento con calor local, causado por la inflamación de la sinovial. El dolor y la hipersensibilidad sobre la bolsa pueden ir aumentando con la flexión del codo, ya que aumenta la presión. No hay limitación del rango de movimiento, salvo casos extremos de gran volumen.

Si la inflamación de la bolsa olecraniana no se resuelve, puede producirse la calcificación de la misma y la formación de nódulos con aspecto de arenilla.

Diagnóstico diferencial

- Fractura de olécranon, evidente en las radiografías
- Gota, afectación articular múltiple, resultados positivos en los exámenes serológicos
- Quiste sinovial
- Bursitis sépticas, presentan eritema y calor alrededor de la bursa
- Avulsiones y roturas del tendón tricipital



PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Radiografía simple

La radiología está indicada cuando existe un antecedente de traumatismo para descartar una posible fractura. También puede ser de utilidad en el diagnóstico diferencial entre artritis y bursitis, ya que en esta última se aprecia un aumento de las partes blandas, localizado en la zona de la bolsa serosa.

Análisis bacteriológico

Ante la duda de infección es indispensable realizar una punción de la bolsa y un análisis bacteriológico del líquido.

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

Trabajos que requieren un apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo.

Actividades profesionales de riesgo

Mineros, pulidores, limpiadoras, dibujantes, grabadores, sopladores de vidrio, relojeros, deportistas, etc.

Condiciones de trabajo de riesgo

Microtraumatismos repetitivos de la cara posterior del codo

Presión prolongada o roce repetido del olécranon contra una superficie dura

Uso excesivo de la articulación



REPERCUSIÓN

Tiempo estándar de Incapacidad Transitoria ^(*)

Bursitis olecraneana (CIE- 9 MC 726.33): 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 del higroma crónico del codo como enfermedad profesional

El higroma crónico del codo está incluido como enfermedad profesional dentro del grupo de:

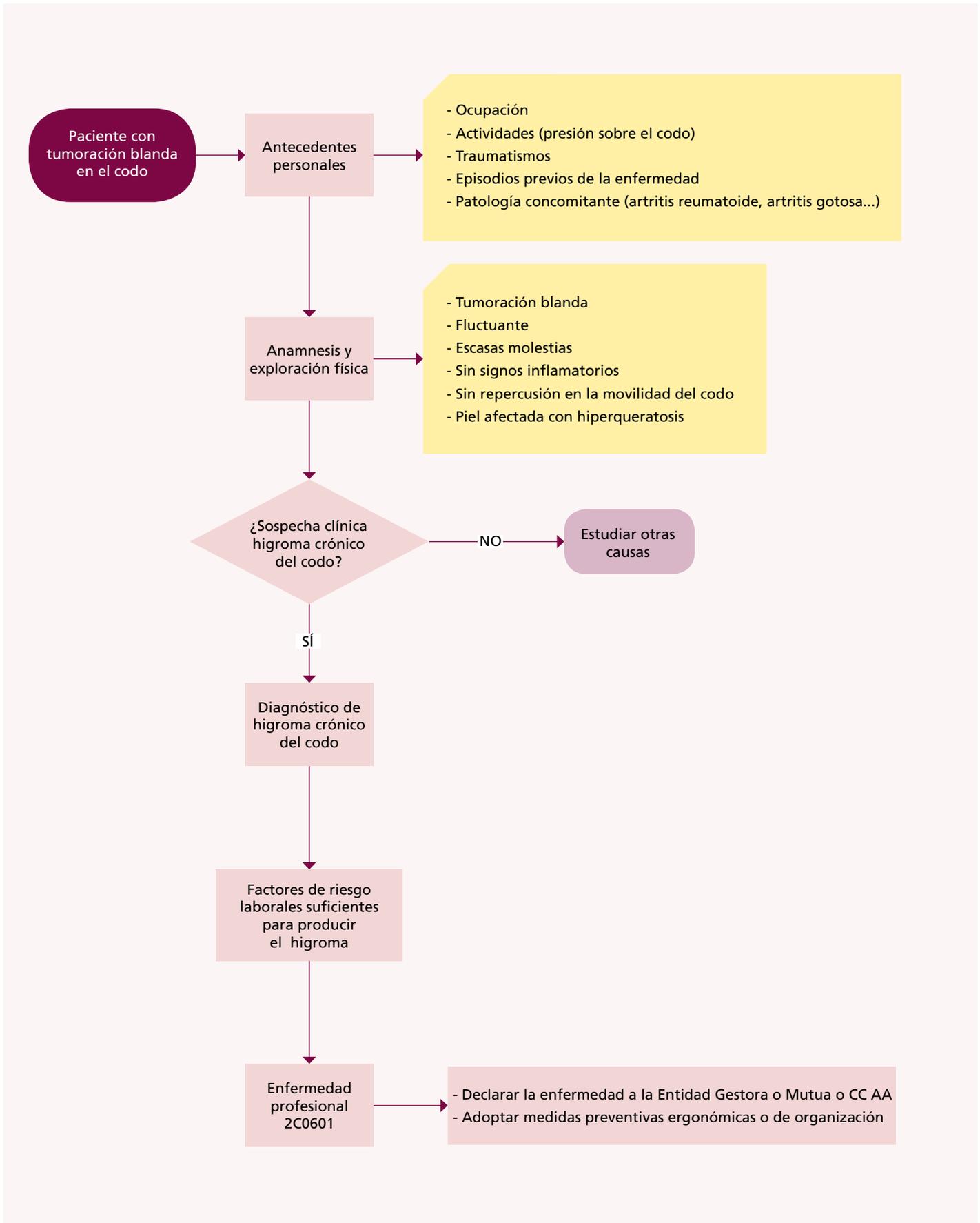
Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo; enfermedades de las bolsas serosas debidas a la presión, celulitis subcutáneas:

Higroma crónico del codo

2C0601 Trabajos que requieren un apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo.

- Confirmación de la enfermedad mediante exploración clínica.
- Exposición mínima de varios meses, periodo de latencia de un mes ^(*).
- Correspondencia del cuadro clínico con la exposición, analizada mediante métodos de evaluación ergonómica de la postura de trabajo en lo que se refiere al apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo.
- Ausencia de patología en la zona de causa no laboral.

^(*) *Information notices on occupational diseases: a guide to diagnosis, Office for Official Publications of the European Communities, 2009.*





BIBLIOGRAFÍA

- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Movimientos repetidos de miembro superior.*
- Ministerio de Sanidad y Consumo (2001). *Protocolos de vigilancia sanitaria específica. Posturas forzadas.*
- Sanders. *Atlas de síndromes doloroso frecuentes.* Editorial Elsevier. 2003.
- Guillén C, Ortega M. (2008) *¿Es enfermedad profesional? Criterios para su clasificación.* Pych & Asociados, S.L. Cap. 6: 418.
- *Reumatismos de partes blandas,* CAAPS, Fundación de Atención Primaria 2006.
- *Patología laboral, claves para el diagnóstico y gestión administrativa.* Marco A. Gandarillas, Fernando Quijano. Gobierno de Cantabria, Consejería de Salud y Asuntos Sociales 2005.



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