

## MANIPULACIONES EN EPICONDILITIS

factor cervical - factor articular

R. Maigne

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

**Resumen** – Las manipulaciones del cuello o del codo, según el caso, pueden ser un buen tratamiento en algunas epicondilitis. La acción favorable, a menudo rápida, a veces inmediata de la manipulación cervical, evidencia la frecuencia de un componente cervical. Ésta se sospecha si existe dolor a la palpación de las articulares posteriores de C5-C6 a C6-C7 en el lado de la epicondilitis. Las radiografías acostumbra a ser normales. El dolor articular parece debido a una disfunción segmentaria de naturaleza micromecánica (“desarreglo intervertebral menor”). A veces puede ser consecuencia de una crisis de artrosis inflamatoria, lo que contraindica la manipulación.

Se han examinado setenta epicondilitis. Se ha encontrado dolor articular posterior en C5-C6 o C6-C7 en 118 casos. Se han podido tratar con manipulación 92 de ellos; 51 completamente curados, 29 muy mejorados, 12 poco o nada aliviados. Se discute el mecanismo.

En otros casos de epicondilitis se puede evidenciar (con la maniobra específica) una disminución poco dolorosa del movimiento articular lateral del codo, que parece corresponderse al factor periarticular (62 casos de 170); a veces asociada a un factor cervical (35 casos) o aun factor intraarticular (13 casos). En este último caso, el movimiento lateral del codo está bloqueado y muy doloroso en una dirección. En estos dos últimos casos las manipulaciones apropiadas del codo pueden permitir alivio rápido.

**Résumé** - Les manipulations du cou ou du coude, selon les cas, peuvent être un bon traitement de certaines épicondylites. L'action favorable, souvent rapide, parfois immédiate de la manipulation cervicale met en évidence la fréquence d'une composante cervicale. Celle-ci est suspectée s'il existe une douleur à la palpation des articulations postérieures C6-C6 au C6-C7 du côté de l'épicondylite. Les radiographies sont le plus souvent normales. La douleur articulaire semble due à une dysfonction segmentaire de nature micromécanique («dérangement intervertébral mineur»). Elle peut être parfois la conséquence d'une poussée congestive d'arthrose ce qui contre indique la manipulation.

Cent soixante-dix épicondylites ont été examinées. Une douleur articulaire postérieure a été retrouvée sur C5-C6 ou C6-C7 dans 118 cas. Quarante deux sujets ont pu être traités par manipulation ; 51 de ceux-ci ont été complètement soulagés, 29 très améliorés, 12 peu ou pas modifiés. Le mécanisme est discuté.

Dans d'autres cas d'épicondylites on peut, par une manoeuvre décrite, mettre en évidence une diminution du jeu articulaire latéral du coude, ce qui semble correspondre soit à un facteur périarticulaire - 62 cas sur 170 - (diminution globale peu douloureuse) parfois associé à un facteur cervical (35 cas), ou à un facteur intra-articulaire (13 cas). Dans ce dernier cas, le jeu latéral du coude est

bloqué et très douloureux dans une direction. Des manipulations appropriées du coude peuvent dans ces deux éventualités permettre des soulagements rapides.

**Summary** - Manipulative treatment in patients with epicondylalgia. Manipulation can be a beneficial treatment for many cases of epicondylalgia. According to the results of clinical examination, manipulation of the cervical spine or/and manipulation of the elbow ave applied. In many cases of epicondylalgia, the positive and often immediate effect of the cervical manipulation clearly demonstrates the existence of a cervical factor.

This cervical origin may be suspected when there is tenderness to pressure over the posterior C5-C6 joint, or C6-C7 on the same side as the epicondylalgia. More often than not the X-ray examination appears normal; sometimes it may show some lesions of osteoarthritis. Hence the tenderness of the facet joint(s) is more likely to be related to a micromechanic vertebral dysfunction,

Out of 170 cases examined, 118 presented tenderness of C5-C6 or/and C6-C7 facet joints, 92 were selected for manipulative treatment of the cervical spine, 51 had a very good result, 29 had a good result, 10 had no change.

When restriction of the elbow's lateral joint play (passive range of motion) is noticed, secondary to peri-or intrarticular factors, an appropriate manipulation of the elbow can lead to a fast relief.

---

## I) Introducción

Las manipulaciones pueden ser muy efectivas en las epicondilitis. Según los casos se practican en el cuello o en el codo. Esta acción favorable obliga a una reflexión sobre el mecanismo del dolor en el epicóndilo, ya que ni en un caso ni en el otro la epicondilitis puede ser consecuencia de una tendinitis aislada en el verdadero sentido de la palabra.

### 1) El factor cervical

Con anterioridad habíamos señalado la frecuencia del factor cervical en las epicondilitis <sup>(1)</sup>. Con el rápido alivio, a veces inmediato, que algunas epicondilitis respondían al tratamiento con manipulación cervical, nos llevó a considerar la participación vertebral en esta patología. Pudimos mostrar que el factor cervical era abordable cuando el examen revelaba dolor a la palpación de la articulación C5-C6 o C6-C7 en el mismo lado de la epicondilitis <sup>(1)</sup>. La prueba del origen (o mejor de la participación cervical) solo puede aportarse por el alivio rápido del dolor con el tratamiento cervical. Éste consiste en la manipulación (lo más habitual), a veces en la infiltración de la articular posterior con un derivado cortisónico; o asociando los dos. Para apreciar mejor el efecto de este tratamiento empleamos una serie de test que solicitan a los músculos epicodíleos <sup>(2)</sup>. Hay que señalar que lo más corriente es que el paciente no tiene ningún dolor cervical espontáneo y que las radiografías muestran un raquis cervical normal, o con imágenes de artrosis banal.

## 2) Los Test de evaluación

En cierta medida permiten cuantificar el dolor en el epicóndilo, pero sobretodo apreciar la evolución del efecto de las terapias usadas. Se hace el test del dolor provocado por los movimientos isométricos contrarresistencia; la pronación, la supinación, y la extensión de la mano.

Se realizan en dos posiciones:

- Antebrazo a 90°, con el codo pegado al cuerpo.
- Codo en extensión.

Sucesivamente se aplica:

- La extensión dorsal de la mano y los dedos contrarresistencia;
- La pronación. El médico le da la mano al paciente y mientras se opone al movimiento le solicita que apriete y fuerce en rotación interna;
- La supinación. La misma maniobra anterior hecha en rotación externa.

Cada una de estas seis maniobras se valora de 0 a 3.

0 = sin dolor

2 = dolor contrarresistencia moderada

3 = movimiento imposible contrarresistencia mínima y dolor vivo.

El dolor espontáneo sin ningún esfuerzo se valora de 0 a 2.

De esta manera la nota total estará comprendida entre 0 y 20.

En caso de factor cervical, el tratamiento cervical a menudo aporta una mejoría neta de los test (inmediatamente si se hace una manipulación) y la desaparición de cualquier dolor.

*Observación:* Los músculos epicondíleos son extensores y supinadores de la mano. Por ello los pacientes al cerrarla tienen dolor. La razón es que no se puede cerrar la mano con fuerza si el puño no está fijo en extensión. El dolor a la pronación contrariada nos parece que se debe habitualmente a un factor peri o intra articular.

## II) Material y Método

En esta serie hemos examinado 170 casos de epicondilitis.

El raquis cervical se radiografió sistemáticamente y se examinó con la técnica de examen segmentario en busca de un dolor a la presión-fricción en las articulares posteriores de C5-C6 y C6-C7 en el mismo lado de la epicondilitis <sup>(3)</sup>. Se aplicó tratamiento con manipulación en todas las que no presentaban contraindicaciones (estado del raquis, estado vascular, crisis inflamatoria artrósica, etc.) y que la « regla del no dolor » pudo ser respetada <sup>(3)</sup>. No tenemos en cuenta en este estudio más que los resultados obtenidos únicamente con la manipulación. Los resultados se juzgan en base a la desaparición del dolor según la manifestación del paciente y la negativización de los test. Se utilizan de 2 a 4 maniobras de manipulación en cada sesión. Habitualmente precedidas de maniobras de relajación y movilización. Las maniobras escogidas son las que mejor se adaptan a la morfología del sujeto y a la del manipulador.

Las técnicas más frecuentemente utilizadas son las maniobras en:

Rotación,  
Latero-flexión,  
Apoyo lateral en la espinosa,  
En mentón pivote (apoyo mentoniano) <sup>(3)</sup>.

En los casos favorables se aprecia una mejoría inmediata y neta de los test desde la primera sesión. En algunos casos se obtiene el alivio total y puede permanecer. El tratamiento comporta de 2 a 5 sesiones de manipulación espaciadas algunos días. En el caso particular de la epicondilitis, para que la manipulación sea eficaz debe ser precisa, y con una impulsión suficiente; ello necesita una buena práctica y experimentación; éste condicionante puede que provoque diferentes resultados entre un manipulador y otro.

Cuando la manipulación no se puede utilizar o aporta un resultado incompleto en la afectación cervical, practicamos la infiltración de derivado cortisónico en la articular posterior. Si la corticoterapia está contraindicada, utilizamos la electroterapia (generalmente onda corta atérmica). Los pacientes tratados de esta manera no entran en este estudio.

### **III) Resultados de los tratamientos con manipulación**

En 170 casos de epicondilitis el dolor en la articular posterior de C5-C6 o C6-C7 (o en las dos) se observó por palpación en 118 casos, el 69%.

El tratamiento con manipulación se pudo efectuar en 92 casos, el 78% de los casos seleccionados, y 54% del total.

Los resultados fueron favorables en 80 casos: 51 completamente aliviados y 29 netamente aliviados.

### **IV) Comentarios**

Cuando el tratamiento cervical no aporta alivio en la epicondilitis, se pueden considerar dos situaciones:

- El tratamiento hace desaparecer el dolor articular posterior. Entonces podemos pensar que no hay ninguna relación entre el raquis cervical y el dolor del codo;
- El tratamiento no hace desaparecer el dolor articular posterior. Entonces no se puede afirmar ni reafirmar la participación cervical. No obstante cuando la epicondilitis se cura con un tratamiento local, y no recidiva; si persiste la sensibilidad articular, parece evidente que ésta no tiene ninguna relación con la epicondilitis.

## V) Hipótesis patogénicas

### 1) La afectación segmentaria

El dolor articular posterior puede ser consecuencia de cualquier patología cervical. Pero en la patología común puede deberse a dos causas:

- Una «irritación» de la artrosis articular posterior ;
- Una disfunción dolorosa del segmento de naturaleza micromecánica o (desarreglo intervertebral menor » (D.I.M.).

Estos D.I.M. son consecuencia de traumatismos, microtraumatismos, o causas posturales o estáticas. Se traducen por dolor en el segmento afecto cuando éste se solicita con maniobras de presión al examen <sup>(3)</sup>.

Éste examen comprende las siguientes maniobras:

- Presión axial sobre la espinosa;
- Presión lateral en la espinosa (de derecha a izquierda y de izquierda a derecha); en un D.I.M., el dolor generalmente se provoca en un solo sentido;
- Presión en el ligamento interespinoso.

En el raquis cervical, esencialmente se observa el dolor a la presión articular posterior y eventualmente a la presión en la espinosa. La presión lateral no se puede utilizar por la brevedad de las espinosas.

Los D.I.M. no tienen traducción radiológica. Pueden aparecer en un raquis radiologicamente normal o con signos de deterioro discal o artrósico. A menudo son reversibles con la manipulación, pero ésta puede ser insuficiente, ineficaz, o contraindicada.

### 2) Hipersensibilidad del epicóndilo de origen cervical

Estos D.I.M., como muchas otras afecciones segmentarias (hernia discal, irritación artrósica) pueden generar un estado de hipersensibilidad de los tejidos de la metámera correspondiente: piel, músculos, tendones, periostio. Es el examen paliatorio sistemático de los tejidos lo que nos ha permitido constatar esta hipersensibilización y su modificación en la textura.

Estas manifestaciones constituyen el « Síndrome célula-teno-perióstico-miálgico metamérico» <sup>(3)</sup>.

Consisten estas manifestaciones <sup>(1)</sup> en una infiltración celulálgica de los planos cutáneos de todo o parte del dermatoma. Dolorosos a la maniobra del «pinzado-rodado»; a menudo espesados, infiltrados y granulados <sup>(2)</sup>. Algunos músculos del miotoma, o más exactamente ciertos «músculos diana» presentan cordones indurados muy sensibles a la palpación <sup>(3)</sup>. Las inserciones teno-periósticas (esclerotoma), comparadas con el otro lado, son dolorosas a la presión.

Estas manifestaciones metaméricas habitualmente desaparecen cuando desaparece el sufrimiento vertebral, pero pueden persistir asintomáticas o ser responsables de dolores rebeldes.

En los casos de dolor articular posterior C5-C6 o C6-C7 detectado con el examen clínico, se encuentra en más de 7 casos sobre 10 una hipersensibilidad a la palpación del epicóndilo en el mismo lado, y cordones miálgicos en el músculo supinador corto, o en los músculos extensores de la muñeca, incluso si esta sensibilidad articular no conlleva cervicalgia.

A menudo el sujeto ignora esta hipersensibilidad del epicóndilo; pero si hace esfuerzos no habituales, desarrollará una epicondilitis con facilidad: cambio de raqueta, exceso en la práctica del tenis, o cualquier otra acción que solicite al codo. El dolor epicondíleo aparecerá entonces como un dolor de origen puramente local, tenoperióstico o muscular. Eventualmente podrá desaparecer con un simple tratamiento local. Pero la supresión del factor de irritación cervical comportará también (y mejor) la desaparición o atenuación del dolor epicondíleo. Si el factor cervical es dominante, el tratamiento local tendrá un efecto nulo o solo temporal.

En los casos crónicos, las manifestaciones célula-teno-perióstico-miálgicas se organizan. Responden menos al tratamiento vertebral y se han de tratar también localmente.

## **VI) Manipulaciones del codo**

En otros casos, será la manipulación del codo la que aliviará la epicondilitis, como testimonio de la existencia de un factor intra o peri articular. Se trata de pacientes que no presentan signos en el examen cervical. No obstante la coexistencia es posible; tanto cuando el estado cervical no afecte a la epicondilitis, como cuando coexistan las dos afecciones. Las epicondilitis en las que se puede invocar un factor intra o peri articular se presentan con una perturbación del movimiento del codo <sup>(1)</sup>.

### **1) El codo**

Existe un juego lateral del codo que se puede testar fácilmente. Médico de pie, de cara al paciente que tiene el brazo extendido adelante en supinación; el médico sujeta el antebrazo del paciente entre su brazo y el tórax, sujetándolo firmemente. Coloca lateralmente sobre el codo del paciente sus manos. Alternativamente provoca movimientos pequeños de abducción y adducción de la articulación que está examinando. Aparece un bamboleo lateral notable entre los laxos, más discreto en el resto. Puede ser globalmente disminuido o inexistente, o, en ciertos casos, doloroso en un sentido preciso. Ha de compararse con el otro codo <sup>(1)</sup>.

La limitación dolorosa o ligeramente dolorosa de este movimiento articular, comparada con el otro lado, es frecuente en las epicondilitis. Puede tratarse de una limitación global en todas direcciones que hace sospechar una reacción periarticular, o una limitación en una sola dirección precisa: abducción, adducción, o extensión. Si entonces se insiste en la dirección bloqueada, el movimiento pasivo es muy doloroso. Ello es evocador de sufrimiento articular,

más cuando una infiltración articular (intra) de procaína atenúa o suprime pasajeramente el dolor.

## **2) Disminución global de la movilidad lateral del codo**

Se trata de una disminución global del movimiento lateral. Su exploración es desagradable, sin ser verdaderamente dolorosa. La hemos encontrado en 62 casos en esta serie. De entre ellos, 35 tenían simultáneamente un dolor a la palpación articular posterior en C5-C6 o en C6-C7; 17 no tenían ningún signo cervical.

**a) Con signos cervicales.** Habitualmente es una limitación moderada. No obstante ello la liberación de este movimiento por unas cuantas movilizaciones laterales mejora bastante los test de comprobación. Fue lo que sucedió en 16 de los casos que no se aliviaron suficientemente con el tratamiento cervical y tras las movilizaciones se aliviaron completamente. Incluso cuando el paciente está bien tras el tratamiento cervical, es bueno restaurar este movimiento lateral del codo con algunas maniobras, ya que una limitación persistente puede ser origen de recidivas.

**b) Sin signos cervicales.** En 17 casos, la limitación lateral era aislada, y lo más importante, sin movimiento demostrable al examen. Unas cuantas sesiones de movilización (de 2 a 5) se necesitaron para obtener la movilidad satisfactoria. Ello se tradujo en curación en 13 casos. Parece tratarse de una reacción periarticular que generalmente puede mejorar con la infiltración intraarticular de cortisona.

**c) Limitación con bloqueo doloroso.** La búsqueda de la lateralización del codo provoca un dolor muy vivo en una dirección; cualquier tentativa para forzar esta resistencia se hace insoportable. El médico tiene la sensación de verdadero bloqueo intraarticular. La maniobra en el sentido opuesto es indolora y libre. Contamos con 13 casos de este tipo en nuestra serie. Cinco de ellos presentaban signos cervicales asociados; pero solo en dos de ellos el raquis cervical parecía tener un papel complementario en el dolor del codo.

Hemos individualizado <sup>(1)</sup> una forma particular de epicondilitis, que aparece bruscamente durante un movimiento, con limitación dolorosa del codo, sea en la hiperextensión o en la adducción o la abducción. En estos casos evocamos la posibilidad del «pellizco del pseudo menisco humero-radial» desgarrado entre el epicóndilo y el radio, Ya que la manipulación apropiada del codo consigue a menudo el alivio inmediato. Le dimos el nombre de “epicondilitis por bloqueo inter-humero-radial” a esta forma patológica, que representaba el 8% de nuestra estadística. J. Benassy nos confirmó en su momento esta opinión: había podido curar las epicondilitis rebeldes practicando la extirpación de este pseudomenisco (comunicación personal). Poco después, Goes en Brasil publicó los resultados de sus intervenciones sobre este menisco en algunos casos de epicondilitis rebelde. Más tarde, un cierto número de publicaciones señalaron los factores intraarticulares. Se trata esencialmente de publicaciones quirúrgicas. Si la cirugía a veces es inevitable, bastantes de estos pacientes podrían ser aliviados con manipulaciones del codo.

El bloqueo doloroso afecta a la adducción o a la abducción, pero a menudo se le asocia un bloqueo a la hiperextensión. Éste último puede ser aislado. En la actual serie contamos con 13 casos de este tipo, que representa un porcentaje análogo al de la serie de 1959 (7,6%).

Estos casos de bloqueo articular responden bien a la manipulación del codo. Siempre practicamos la manipulación según “la regla del no dolor y el movimiento contrario”<sup>(3)</sup>.

Va precedida de una serie de movilizaciones hechas según la misma regla en adducción cuando hay bloqueo en abducción y a la inversa.

Cuando está bloqueada la hiperextensión, practicamos movilización en flexión+supinación, o en flexión+ pronación según el caso.

En los casos rebeldes insuficientemente aliviados, la manipulación puede asociarse a la infiltración intraarticular de un derivado de cortisona.

Los fracasos se derivan a cirugía (2 casos en nuestra serie).

La acción favorable de las manipulaciones en el tratamiento de las epicondilitis muestra claramente que están muy lejos de ser siempre debidas a una «tendinitis» de los músculos epicondíleos.

Estas manipulaciones se efectúan en el cuello, en el codo, y a veces en los dos.

Las maniobras se han de adaptar a cada caso clínico según las reglas enunciadas<sup>(3)</sup>.

---

## Bibliografía

**1- Maigne R.** (1960) Epicondylalgies. Rachis cervical et articulation huméro-radiale (étude sur 150 cas). Ann. Méd. Phys. 3, 299

**2- Maigne R.** (1975) Cotation et diagnostic d'une épicondylite. Cinésiologie 56, 113

**3- Maigne R.** (1972) Douleurs d'Origine Vertébrale, 3e éd, Expansion Scientifique Française, Paris