



Infiltración del nervio antebraquial cutáneo posterior para el tratamiento de la epicondilitis lateral

E. Lodoso Ochoa¹ ; C.Yamoz Ruiz¹ ; P. Plou García¹ ; E. García Retegui¹ ; N. De la Puente Vitini¹ ; A. Osorio López¹ ; B. Mugabure Bujedo²

¹FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (Unidad del Dolor Hospital Universitario Donostia)

²FEA Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor (Jefe de Sección de la Unidad del Dolor del Hospital Universitario Donostia)

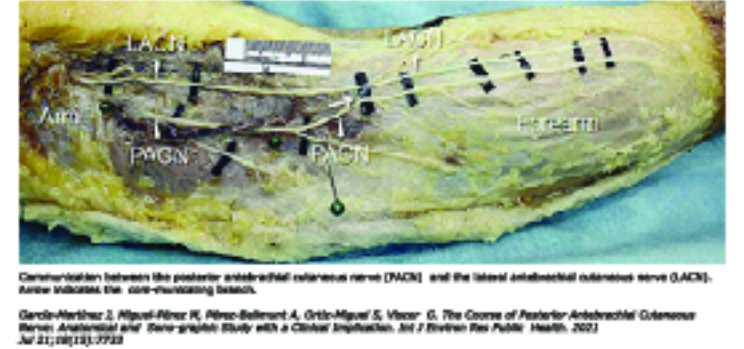
Introducción

La epicondilitis lateral (EL) es la causa más común de dolor lateral en el codo, con una incidencia estimada entre 4-7 por/1000 personas/año. Es más frecuente en atletas y trabajadores manuales. A menudo, produce impotencia funcional, y su diagnóstico, es principalmente clínico.

El nervio cutáneo antebraquial posterior (PACN) es una rama sensitiva del nervio radial que inerva el epicóndilo lateral y la zona dorsal del antebrazo.

Se origina del nervio radial en la zona posterolateral del brazo, distal a la fosa espiroidea del húmero y proximal al septo intermuscular lateral. Desde aquí cursa posterolateralmente, posterior al tabique intermuscular lateral hasta penetrar distalmente en el tejido subcutáneo para inervar el epicóndilo lateral en un patrón de ramificación variable.

Debido a que inerva el epicóndilo lateral, puede mediar o ser causa de dolor crónico en la zona lateral del codo.



Objetivos

Basados en bibliografía existente, realizamos infiltraciones ecoguiadas del PACN en pacientes con clínica y exploración física compatible con EL:

- Evaluar fiabilidad de la ecografía como método de imagen para identificar el nervio y guiar la intervención terapéutica.
- Valorar la efectividad a corto, medio y largo plazo de las intervenciones realizadas sobre el PACN.

Material y Método

Reclutamos 10 pacientes (edad media: 52 años), diagnosticados de EL con EVA > 4 (EVA medio: 6.9) y limitación funcional.

- 1ª visita :Infiltración ecoguiada del PACN utilizando anestésico local (bupivacaína 0.5%, 3cc) y corticoide (betametasona 6mg). Efectividad mediante exploración física y escala EVA tanto a los 30 minutos
- 4º mes: EVA < 4: Repetimos la infiltración en pacientes que referían persistencia de limitación funcional y dolor leve-moderado EVA > 4: Asociamos RFP 42º, 6 min, previa a la infiltración.
- Completamos el seguimiento 8 meses.

Se valoró con escala P de 0-5 la visualización del PACN mediante ecografía.



Resultados

- La localización ecográfica del PACN fue posible y fiable en todos los casos (P5/5).
- El bloqueo del PACN con A.L. y corticoide resultó efectivo a los 30 minutos en el 100% de los casos (EVA 0). Seis pacientes no precisaron nuevas intervenciones, uno requirió nueva infiltración al 4º mes y en dos se realizó RFP más infiltración del nervio.
- Al 8º mes de seguimiento ninguno presentaba impotencia funcional ni dolor con reincorporación completa a las actividades de su vida diaria.



	EVA	FRECUENCIA	PORCENTAJE	INCIDENCIA ACUMULADA (>4º mes)
MES 0 Infiltración PACN	5-9	10	100%	
MES 4 2º infiltración PACN	<4	1	10%	10%
MES 4 RFP + 2ª infiltración PACN	>4	2	20%	0%
MES 8 Infiltración +/- RFP	0	0	0%	30%

** Una paciente fue excluida (episodio de crisis de ansiedad postinfiltración)

CONCLUSIONES

- La ecografía de alta resolución es útil para identificar nervios pequeños y guiar los procedimientos perineurales de forma eficaz.
- Estudios anatómicos comparativos del PACN en cadáveres y con ecografía establecen que la identificación del mismo y sus ramas principales es factible y fiable.
- Los procedimientos terapéuticos dirigidos al PACN podrían establecer una línea de tratamiento efectivo en el dolor secundario a la EL.
- Valorados los resultados, creemos justificada mayor investigación.
- Serán necesarios nuevos estudios para obtener mayor evidencia en el tratamiento del dolor secundario a EL.

Bibliografía

