



# DIRECTRICES PARA LA DECISIÓN CLÍNICA EN ENFERMEDADES PROFESIONALES

## Transtornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior

### Higroma crónico del codo

**DDC-TME-09**



GOBIERNO  
DE ESPAÑA

MINISTERIO  
DE TRABAJO  
Y ECONOMÍA SOCIAL

**insst**  
Instituto Nacional de  
Seguridad y Salud en el Trabajo

Con la colaboración de:

**ic**  
Instituto de Salud Carlos III



# TRASTORNOS MUSCULOESQUELÉTICOS DE ORIGEN PROFESIONAL DEL MIEMBRO SUPERIOR

## HIGROMA CRÓNICO DEL CODO

### DEFINICIÓN

La bursa olecraniana es una bolsa serosa situada en el codo, entre el olécranon del cúbito y la piel, que facilita el deslizamiento de estos tejidos entre sí. Generalmente no tiene comunicación con la articulación del codo (salvo en algunas artritis reumatoides). Esta localización tan superficial la hace vulnerable a traumatismos e infecciones.

La inflamación crónica aséptica de esta bolsa se conoce como *bursitis crónica olecraniana* o *higroma del codo* y resulta de la degeneración mucinosa del tejido conectivo por microtraumatismos repetidos en esta localización.

Existe una asociación de la bursitis olecraniana con ciertas enfermedades reumatológicas (artritis reumatoide, artritis por depósito de cristales), diabetes, pacientes en diálisis, VIH y alcoholismo.

### FORMAS CLÍNICAS

La inflamación de la bursa olecraniana puede manifestarse de forma aguda o crónica (la entidad relacionada con la enfermedad profesional). Algunos procesos agudos pueden complicar un higroma crónico previo (un tercio de las bursitis infecciosas ocurre en codos con bursitis previa).

Además de la originada por microtraumatismos de repetición, otras causas menos frecuentes de bursitis olecraniana son las enfermedades inflamatorias, como la artritis reumatoide y la artritis gotosa (tofos) y las bursitis infecciosas o sépticas.

En las bursitis infecciosas la vía de entrada es por continuidad (por una lesión cutánea que a veces el paciente no recuerda), estando el 90% producidas por estafilococo dorado (*S. Aureus*). Existe una asociación clara con la artritis reumatoide y en estos casos es posible que coexistan con una artritis séptica del codo, agravando el cuadro de manera significativa.

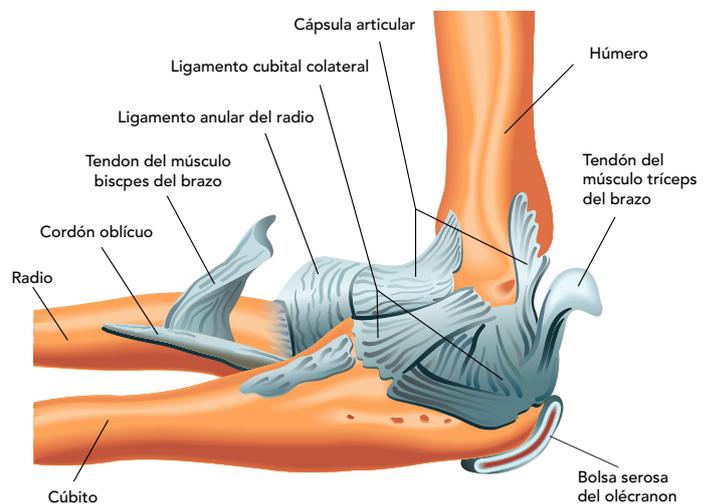


Figura 1: Anatomía del codo



## 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.
- Puede existir cierto grado de enrojecimiento con calor local.
- El dolor y la hipersensibilidad sobre la bolsa pueden ir aumentando con la flexión del codo, ya que aumenta la tensión por estiramiento de la bolsa.
- No hay limitación del rango de movimiento del codo, salvo casos extremos de gran volumen. La evolución es lenta (meses, años con frecuencia), con reagudizaciones o con remisión espontánea.

## PRUEBAS DIAGNÓSTICAS

El diagnóstico es fundamentalmente clínico.

Los exámenes complementarios para confirmar el diagnóstico son:

- **Radiografía simple (Rx):** La radiografía simple es la primera prueba a realizar, sobre todo en caso de traumatismo, para valorar posibles lesiones osteoarticulares agudas (descartar fracturas), pero también para valorar calcificaciones de tejidos blandos y procesos degenerativos.
- **Ecografía:** Prueba poco costosa, no invasiva, ideal para partes blandas cercanas a la piel. En este caso establece el diagnóstico diferenciando la bursitis de masas o inflamaciones de otras partes anatómicas y puede dar información sobre: cantidad de líquido, espesor de la pared de la bursa indicando si es un trastorno más o menos crónico, la calidad del contenido (puramente líquido, más hemático...).
- **Análisis de líquido de la bursa:** Si se sospecha infección con colección líquida palpable y de fácil acceso, se podrá realizar en condiciones de esterilidad una punción evacuadora y remitir a cultivar el material extraído. Para ello es importante diferenciar una bursitis real y posiblemente infectada de una celulitis o una bursitis no infecciosa, pues la punción podría, en estos casos, agravarlos.

Al decidir extraer el líquido de la bursa, ya sea por la sospecha de infección, ya que para estudio de un paciente que no mejora, se debe remitir parte del líquido a cultivo y otra parte de líquido a laboratorio para análisis bioquímico y depósito de cristales

## DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Fractura de olécranon: marcada impotencia funcional del codo y radiografía simple generalmente diagnóstica.
- Avulsiones y roturas del tendón tricipital: marcada impotencia funcional para la extensión del codo contra gravedad.



- Enfermedades reumáticas que cursan con bursitis (artritis reumatoide, gota, condrocalcinosis...): se suelen afectar varias articulaciones, resultados positivos en los exámenes analíticos o de depósito de cristales en material extraído...
- Hiperqueratosis por otras causas sin bursitis acompañante, por ejemplo, psoriasis.
- Quiste sinovial de la articulación subyacente (codo).
- Neoplasias, ya sean benignas o malignas, masas sólidas: diferenciadas por ecografía.

## VULNERABILIDAD

Son factores predisponentes a desarrollar una bursitis olecraneana:

- Traumatismos previos en la zona del codo.
- Bursitis previas.
- Antecedentes de cirugía local en la zona.
- Infiltraciones locales con corticoides.
- Tratamientos con corticoides.
- Patologías asociadas: inmunodepresión, diabetes mellitus, EPOC, Insuficiencia renal crónica (hemodiálisis), artritis reumatoide, LES, psoriasis, gota/pseudogota, trastornos neurológicos (esclerosis múltiple, siringomielia).
- Alcoholismo.

Existe vulnerabilidad en actividades con apoyo repetido del codo sobre superficies duras, movimientos repetitivos de flexoextensión del codo o postura mantenida del codo en flexión.

Puede asociarse a factores extralaborales, como la "bursitis del estudiante" por apoyo continuado sobre la articulación del codo.

## ACTIVIDADES DE RIESGO MÁS FRECUENTES IDENTIFICADAS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

### CONDICIONES DE RIESGO:

- Apoyo prolongado y repetido de forma directa o indirecta sobre la cara posterior del codo.
- Microtraumatismos repetitivos de la cara posterior del codo.
- Presión prolongada o roce repetido del olecranon contra una superficie dura.
- Uso excesivo de la articulación.

### ACTIVIDADES DE RIESGO:

Dado el carácter abierto, en lo que a actividad se refiere, del Real Decreto 1299/2006, estarían incluidas en dicho Real Decreto todas aquellas actividades profesionales en las que quedara acreditada



la exposición suficiente al riesgo: mantenimiento de postura o posturas repetidas que impliquen presión prolongada o fricción sobre el codo y/o comprendan posiciones articulares extremas de flexión, extensión o rotación y no se documentara ningún factor extralaboral que hubiera actuado con entidad suficiente para constituir la causa principal.

Así, deberá valorarse la posibilidad potencial de riesgo en actividades tales como: mineros, pulidores, limpiadoras, fontaneros, carpinteros, mecánicos, albañiles, conductores, dibujantes, grabadores, sopladores del vidrio, relojeros, deportistas profesionales...

En cuanto al **nivel de exposición**: trabajos que impliquen exposición al riesgo durante gran parte de la jornada. Los niveles de seguridad no están definidos.

## AGENTES Y ACTIVIDADES DE RIESGO LISTADAS EN EL RD 1299/2006

**El RD 1299/2006, de 10 de noviembre**, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el Sistema de Seguridad Social, recoge en el grupo 2 del anexo I. las enfermedades profesionales causadas por agentes físicos.

El higroma crónico del codo se recoge con el código 2C0601.

<b>AGENTES, SUBAGENTES Y ACTIVIDADES PROFESIONALES CON RIESGOS PARA EL HIGROMA CRÓNICO DEL CODO INCLUIDAS EN EL ANEXO I, GRUPO 2, DEL RD 1299/2006 DE 10 DE NOVIEMBRE</b>	
<b>AGENTE</b>	Enfermedades provocadas por posturas forzadas y movimientos repetitivos en el trabajo: enfermedades de las bolsas serosas debido a la presión, celulitis subcutáneas.
<b>SUBAGENTE</b>	Higroma crónico del codo.
<b>ACTIVIDADES DE RIESGO</b>	Todas aquellas actividades en las que se produzca exposición suficiente y acreditada al riesgo, y especialmente: <b>2C0601:</b> "Trabajos que requieren de un apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo".

## REPERCUSIÓN

### INCAPACIDAD LABORAL

### **INCAPACIDAD TEMPORAL:**

Indicada hasta la remisión del dolor, recuperación funcional y exploración negativa.

Se define como **Tiempo Estándar (TE) de Incapacidad Temporal** el "tiempo medio óptimo que se requiere para la resolución de un proceso clínico que ha originado una 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 de la persona afectada".



Se define como **Tiempo Óptimo de Incapacidad Temporal** “el tiempo estándar de IT ajustado por edad y ocupación”.

Se recogen a continuación los días estimados (*Tiempo Estándar*) de Incapacidad temporal por proceso de acuerdo con el Manual de Tiempos Óptimos de Incapacidad Temporal del Instituto Nacional de la Seguridad Social:

- Bursitis de olecranon (CIE-10 M70.2): 20 días.

El higroma o bursitis crónica (origen laboral) en general no produce sintomatología ni limitación funcional salvo cuando se complica y adquiere las características de las formas agudas (dolor e inflamación) ya sea por sobreinfección ya sea por traumatismo agudo. En estos casos el tiempo medio de curación podría ser algo mayor que en una bursitis aguda sin higroma crónico, pero en cualquier caso el Tiempo Óptimo de IT sería de corta duración (20 días).

- Podría prolongarse en aquellos casos en los que tras el fallo del tratamiento conservador, se opte por un tratamiento quirúrgico (60 días).

#### **INCAPACIDAD PERMANENTE:**

El higroma o bursitis crónica no es causa de incapacidad permanente, tan solo en un hipotético caso de tratamiento quirúrgico con complicaciones del mismo de carácter catastrófico ello podría conllevar la calificación de la persona afectada en alguno de los grados de incapacidad permanente, bien sea Parcial (IPP) o Total (IPT) si las complicaciones son tan solo de carácter local, o Absoluta (IPA) en caso de complicaciones sistémicas.

#### **ENFERMEDAD PROFESIONAL**

Calificación del Higroma crónico del codo como enfermedad profesional:

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

*Higroma crónico del codo.*

**2C0601** “ Trabajos que requieran un apoyo prolongado sobre la cara posterior del codo”.

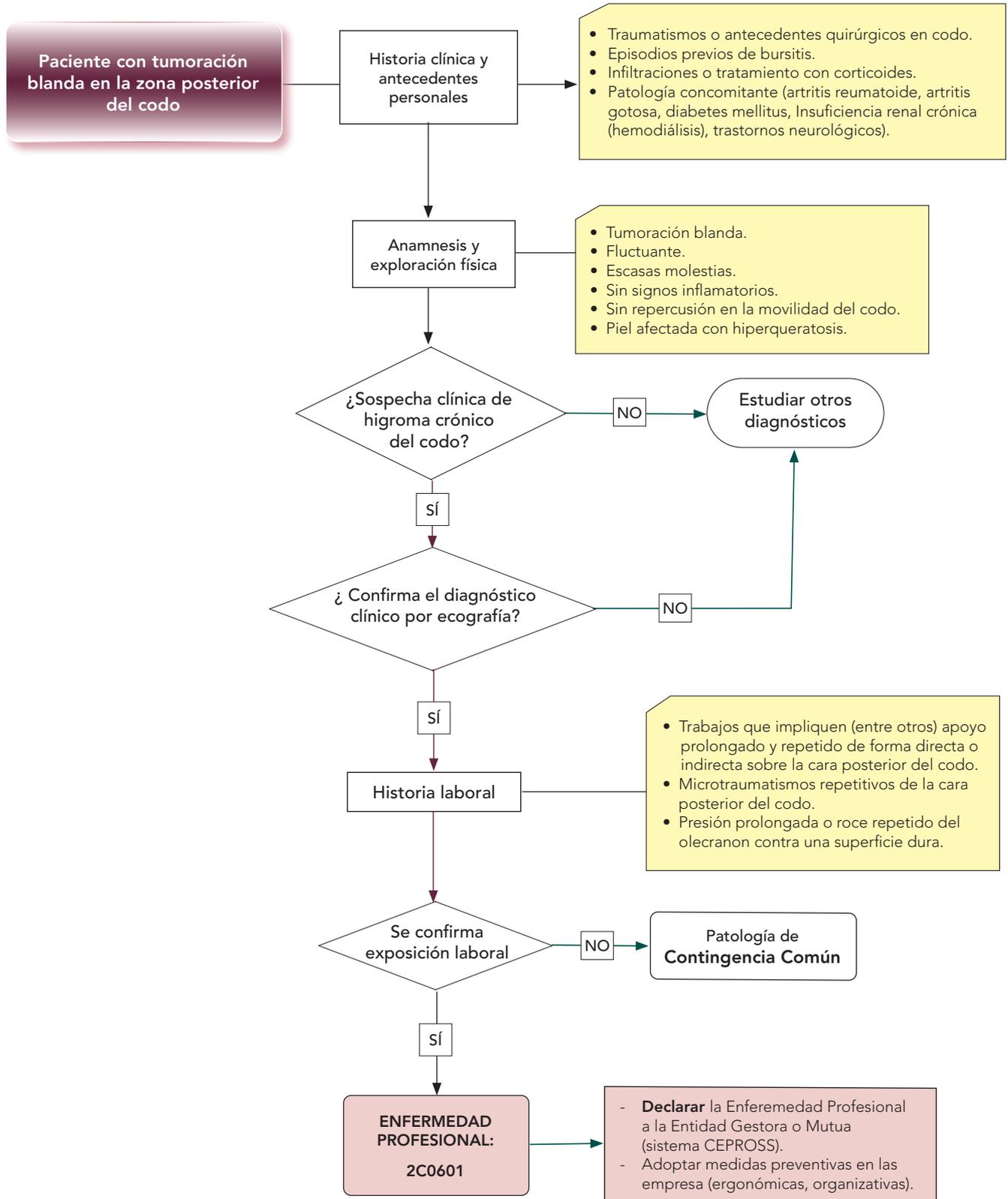
Y además:

- Confirmación de la enfermedad mediante exploración clínica y, si es necesario, estudios complementarios.
- Exposición mínima de varios meses, periodo de latencia de un mes<sup>1</sup>.
- Correspondencia del cuadro clínico con la exposición referida por la persona afectada, 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.

---

<sup>1</sup>Avisos informativos sobre enfermedades profesionales: una guía para el diagnóstico, Oficina de Publicaciones Oficiales de las Comunidades Europeas, 2009.

## ALGORITMO DE DECISIÓN





## BIBLIOGRAFÍA

- Morrey B.F., Sánchez-Sotelo J. (2011) The Elbow and its disorders. Fourth edition, Saunders, Chapter 75 , 77 and 84.
- Pangia J, Rizvi TJ. Olecranon Bursitis. 2020 Jun 26. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan-. PMID: 29262058.
- 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.
- Guillén C, Ortega M. (2008) ¿Es enfermedad profesional? Criterios para su clasificación. Pych& Asociados, S.L.Cap. 6: 418.
- Fisterra. Guías Clínicas. Bursitis aguda. Elsevier. 10/10/2017.
- Reumatismos de partes blandas, CAAPS, Fundación de Atención Primaria 2006.
- Gobierno de Cantabria, Consejería de Salud y Asuntos Sociales. Patología laboral, claves para el diagnóstico y gestión administrativa. Marco A. Gandarillas, Fernando Quijano. 2005.
- Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. BOE-A-2015-11724.
- Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. BOE-A-2006-22169.
- INSS. Guía de Ayuda para la Valoración de las Enfermedades Profesionales (cuarta edición). Instituto Nacional de la Seguridad Social, NIPO: 122-21-003-5.
- INSS. Manual de Tiempos óptimos de Incapacidad Temporal. Instituto Nacional de la Seguridad Social. 4ª edición. Madrid. 2018. NIPO: 271-17-089-X.



## FIGURAS

**Figura 1:** “Ilustración vectorial de ligamentos coloridos del esquema del codo”, autor: rob3000, propiedad de Depositphoto (<https://sp.depositphotos.com/73928473/stock-illustration-ligaments-of-elbow-scheme.html>).



## TÍTULO

**Directrices para la decisión clínica en enfermedades profesionales.** Trastornos musculoesqueléticos de origen profesional del Miembro Superior: Higroma crónico del codo.

## AUTOR

**Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.**

## ELABORADO POR

### **Sociedad Española de Traumatología Laboral**

Dra. Lara Blasco Velázquez. Médico Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología (C.O.T.). Equipo Quirúrgico Mutua Universal. Hospital N<sup>º</sup> Señora del Rosario. Madrid.

## REVISIÓN

### **Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS)**

Dr. Carlos Matarrubia Prieto. Especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Médico evaluador del INSS (Dirección Provincial de Madrid).

### **Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)**

Dr. Jesús Ledesma de Miguel. Licenciado en Medicina y Cirugía. Jefe Unidad Técnica de Formación y Salud Laboral. Centro Nacional de Medios de Protección.

### **Asociación Española de Especialista en Medicina del Trabajo (AEEMT)**

Dr. Guillermo Soriano Tarín. Especialista en Medicina del Trabajo. Coordinador del grupo funcional de Promoción de la Salud de la AEEMT.

## COORDINACIÓN DE LA PUBLICACIÓN

### **Escuela Nacional de Medicina del Trabajo del Instituto de Salud Carlos III (ENMT-ISCIII)**

Dra. M<sup>ª</sup> Jesús Terradillos García. Especialista en Medicina del Trabajo. Directora de la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Instituto de Salud Carlos III.

### **Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST)**

Dr. Jerónimo Maqueda Blasco. Especialista en Medicina del Trabajo. Director del Departamento de Promoción de la Salud y Epidemiología Laboral. Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo.



## EDITA

Instituto Nacional de Seguridad y Salud en el Trabajo (INSST), O.A., M.P.  
C/ Torrelaguna 73, 28027 Madrid  
Tel. 91 363 41 00, fax 91 363 43 27

[www.insst.es](http://www.insst.es)

## MAQUETACIÓN

Servicio de Ediciones y Publicaciones del INSST

## EDICIÓN

Madrid, noviembre 2022

## NIPO (EN LÍNEA)

118-22-047-9

## HIPERVÍNCULOS

El INSST no es responsable ni garantiza la exactitud de la información en los sitios web que no son de su propiedad. Asimismo la inclusión de un hipervínculo no implica aprobación por parte del INSST del sitio web, del propietario del mismo o de cualquier contenido específico al que aquel redirija.



**Catálogo de publicaciones de la Administración General del Estado:**

<http://cpage.mpr.gob.es>

**Catálogo de publicaciones del INSST :**

<http://www.insst.es/catalogo-de-publicaciones>

