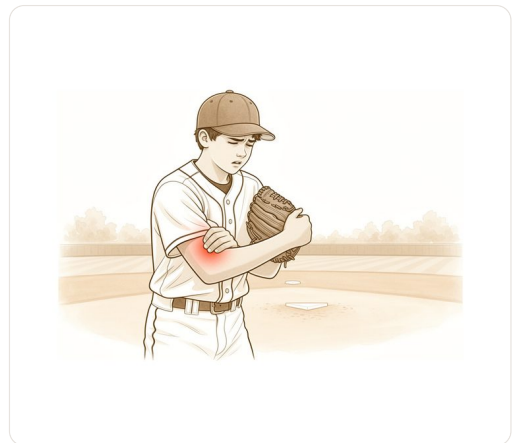


Osteocondritis disecante del capítulo

La osteocondritis disecante del capítulo humeral afecta la parte externa del codo en jóvenes lanzadores y gimnastas, como consecuencia de la carga repetitiva sobre la superficie articular.

Kieran Hirpara © ⓘ 4.0



Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

Por lo general, se manifiesta como un dolor sordo y punzante en la parte externa del codo, que a menudo es difícil de localizar con exactitud. Suele empeorar con la actividad, especialmente al lanzar, hacer gimnasia o cualquier movimiento que someta al brazo a esfuerzo; sin embargo, mejora con el reposo. Muchos atletas jóvenes notan que ya no pueden estirar completamente el codo; esa pérdida de los últimos grados de extensión es común y, con frecuencia, aparece antes de que el dolor se convierta en un verdadero problema.

Si un fragmento de la superficie articular comienza a soltarse, el codo puede empezar a “trabarse”, hacer clic o bloquearse; además, puede hincharse tras la actividad física. Un verdadero episodio de bloqueo (cuando el codo se atasca y no se mueve por unos instantes) suele indicar que un pequeño fragmento de cartílago y hueso se ha desprendido y flota dentro de la articulación. Esta afección afecta con mayor frecuencia a adolescentes que lanzan (beisbol, críquet) o practican gimnasia, cuyo codo externo recibe impactos repetidos.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La mitad externa del codo está formada por una protuberancia ósea redondeada llamada **capítulo**, recubierta por cartílago liso. Cuando se somete a cargas intensas y repetidas durante el crecimiento, una pequeña zona ósea situada justo debajo de ese cartílago puede perder su irrigación sanguínea y empezar a ablandarse. Esto se conoce como **osteocondritis disecante** o OCD. El cartílago que la cubre puede permanecer intacto y curarse por sí solo; sin embargo, esa zona ósea puede agrietarse, levantarse y, finalmente, separarse formando un **cuerpo suelto**.

Hay que tener cuidado de no confundir esta afección con otra condición infantil más leve y autocorregible llamada **enfermedad de Panner**, que afecta a niños más pequeños (normalmente menores de 10 años), mejora sola con el reposo y no deja secuelas duraderas. La verdadera OCD se presenta en niños mayores y adolescentes, y puede provocar daños articulares permanentes si un fragmento óseo se desprende.

El estado del cartílago es de suma importancia. Una lesión **estable** (cartílago aún bien adherido y placas de crecimiento abiertas) tiene buenas posibilidades de curarse únicamente con reposo. En cambio, una lesión **inestable** (agrietada, levantada o ya suelta) generalmente no se cura por sí sola y suele requerir cirugía.

¿Qué podemos hacer al respecto?

El Dr. Kieran Hirpara dirige nuestro servicio de cirugía de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton. Allí, guiamos a los pacientes desde su derivación inicial por parte del médico de cabecera hasta una evaluación detallada de su historial clínico, examen físico e imágenes diagnósticas. En el caso de problemas crónicos en el codo, normalmente iniciamos con tratamiento no quirúrgico y solo recurrimos a la cirugía si el reposo y la rehabilitación no logran aliviar los síntomas.

El primer y más importante paso para una lesión estable es simplemente **detener la actividad que la agrava** (no lanzar objetos, no soportar peso con el brazo) durante varios meses, reiniciando gradualmente dichas actividades una vez que los estudios por imagen confirmen la consolidación ósea. En atletas jóvenes cuyas placas de crecimiento aún están abiertas, muchas de estas lesiones sanan por completo de esta manera. El reposo no significa “no hacer nada”; es, en sí mismo, el tratamiento.

Cuando una lesión es inestable, ya ha generado un cuerpo suelto o no mejora con el reposo, generalmente se recomienda la cirugía. Esta se realiza casi siempre mediante **cirugía artroscópica**; la técnica exacta depende de las características de la lesión:

- **Limpieza y estimulación de la cicatrización:** se extrae el fragmento dañado y se realizan pequeños orificios en el hueso expuesto (microfractura) para favorecer la formación de tejido nuevo. Este método funciona bien en lesiones de menor tamaño.
- **Fijación del fragmento:** si el fragmento suelto es grande y de buena calidad, a veces se puede volver a fijar en su posición original mediante clavos o tornillos.
- **Revestimiento del defecto:** en lesiones de gran tamaño, especialmente aquellas situadas en el borde de la articulación, se pueden trasplantar injertos de cartílago y hueso sanos para reconstruir la superficie articular.

Su cirujano decidirá cuál de estos procedimientos aplicar según el tamaño y ubicación de la lesión, así como si el cartílago es recuperable; para ello se utiliza, por lo general, una resonancia magnética.

Qué esperar

En general, el pronóstico es favorable, especialmente cuando el problema se detecta a tiempo y la lesión sigue siendo estable. Muchos pacientes jóvenes con lesiones estables sanan con reposo y pueden volver a practicar deporte. Tras una cirugía para lesiones inestables, la mayoría de los pacientes experimentan un buen alivio del

dolor y una recuperación notable de la movilidad; la mayor parte de los atletas logran retomar su actividad deportiva, aunque esto puede llevar varios meses y requerir un programa de rehabilitación estructurado.

No obstante, hay algunas advertencias importantes. Las lesiones más extensas, aquellas que alcanzan el borde externo de la articulación, y los codos en los que las placas de crecimiento ya se han cerrado suelen tener peor evolución y requieren con mayor frecuencia cirugía. Puede quedar cierta pérdida de la extensión completa del codo; a largo plazo, una lesión importante puede aumentar ligeramente el riesgo de desarrollar artritis en el codo en el futuro. Por eso es tan crucial el diagnóstico precoz y la protección de la articulación.

Cuándo consultar a un especialista

- **Dolor persistente en la parte externa del codo en jóvenes lanzadores o gimnastas** que no mejora tras una o dos semanas de reposo; es recomendable hacer una evaluación antes de continuar con la actividad.
- **Pérdida de la extensión completa del codo:** la imposibilidad de enderezar el codo por completo es una señal de alerta temprana que merece ser evaluada.
- **Sensación de “traba”, chasquidos o bloqueo del codo:** esto indica que podría haberse soltado un fragmento óseo y es necesario realizar estudios por imagen.
- **Hinchazón después del ejercicio** que reaparece repetidamente.
- Cualquiera de estos síntomas en atletas con esqueleto aún en desarrollo requiere atención inmediata, pues las lesiones detectadas mientras las placas de crecimiento aún están abiertas tienen mayores posibilidades de sanar sin necesidad de cirugía.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La osteocondritis disecante del capítulo merece una lectura adicional, pues se trata en gran medida de una enfermedad silenciosa del codo en desarrollo: para cuando provoca suficiente dolor como para que un joven lanzador acuda a la consulta, la lesión suele haber avanzado más allá del punto en el que el tratamiento más sencillo resulta eficaz.

ES MÁS COMÚN DE LO QUE LOS SÍNTOMAS SUGIEREN

Los resultados de los exámenes de detección cuentan una historia distinta a la que se observa en las consultas clínicas. Entre **2,433** adolescentes que practican béisbol, la prevalencia de osteocondritis disecante del olécrano –incluyendo los casos latentes– fue del **3,4%**. Los jugadores afectados comenzaron a practicar a edades más tempranas, llevaban más tiempo jugando y habían experimentado mayor dolor en el codo [1].

“Incluyendo los casos latentes” es el matiz clave aquí. Una proporción significativa de estas lesiones se detectaron mediante examen físico, no porque los jugadores lo reportaran; esto implica que el dolor es una señal tardía y poco fiable en este grupo de atletas, quienes, de todas formas, tienden a no manifestar sus molestias.

EL RETRASO DETERMINA QUÉ TRATAMIENTOS SON POSIBLES

Las consecuencias se reflejan directamente en las opciones terapéuticas. En **258** adolescentes, **se observaron lesiones avanzadas en pacientes con mayor duración de los síntomas**; no obstante, una vez que una lesión requería cirugía, eran las características específicas del tratamiento, y no su duración, las que mejor se correlacionaban con el regreso al deporte [2].

Dos hallazgos radiográficos predicen el fracaso del tratamiento no quirúrgico: **el agrandamiento de la cabeza radial y una edad esquelética avanzada en el lado de lanzamiento en comparación con el lado no lanzador**; ambos se asocian con enfermedad en estadio avanzado en **245** pacientes [3]. Ambos indican que el codo ya ha sufrido remodelación por la carga, lo cual constituye una descripción estructural y no sintomática.

Este es el argumento a favor de realizar estudios por imagen en jóvenes lanzadores con dolor persistente en el codo, en lugar de tratarlo como un problema de tejidos blandos; asimismo, justifica la importancia de considerar cualquier diferencia entre ambos lados.

EN EL CASO DE UNA LESIÓN ESTABLE, LA INTERVENCIÓN MENOR ES SUFICIENTE

Cuando el fragmento es estable y el defecto es pequeño, surge el debate entre simplemente limpiar el defecto o, además, perforar el hueso situado debajo para favorecer la reparación mediante fibrocartílago. En un total de **327** pacientes, **tanto el desbridamiento como la microfractura generaron mejoras significativas** en cuanto al dolor, el rango de movimiento, las puntuaciones de resultado y el retorno al deporte. Dado que se obtuvieron resultados a mediano plazo comparables mediante el desbridamiento solo, este constituye un enfoque razonable para defectos relativamente pequeños [4].

EN CASOS DE LESIONES GRANDES O INESTABLES, LA SITUACIÓN CAMBIA

Cuando el fragmento se ha desprendido o la lesión es extensa, es necesario reemplazar la superficie afectada en lugar de simplemente repararla, generalmente mediante el trasplante de un fragmento de cartílago y hueso. Este procedimiento resulta eficaz, aunque con una salvedad importante.

En un estudio que incluyó a **492** pacientes, la tasa de retorno al deporte tras el tratamiento quirúrgico fue elevada en general; además, los pacientes tuvieron **mayor probabilidad de volver a su nivel deportivo previo al tratamiento tras el trasplante autólogo de injerto osteocondral** que tras la desbridación o fijación [5]. No obstante, una revisión realizada en 2024 con **470** pacientes sometidos a este trasplante, si bien confirmó altas tasas de retorno al deporte, señaló que se debe informar a los atletas de que **podrían tener que volver a un nivel de rendimiento inferior o cambiar de posición**, y que **la ubicación lateral de la lesión podría influir negativamente en los resultados** [6].

Ambas afirmaciones son ciertas simultáneamente; esta distinción resulta crucial para un atleta joven: es probable que vuelva al deporte, pero no necesariamente a la misma posición. El tamaño y la ubicación de la lesión, y no la elección entre los distintos procedimientos quirúrgicos, son los factores determinantes del pronóstico.

REFERENCIAS

- [1] Kida Y, Morihara T, Kotoura Y, Hojo T, Tachiiri H, Sukenari T, et al. Prevalencia y características clínicas de la osteocondritis disecante del capítulo humeral en adolescentes jugadores de béisbol. *Am J Sports Med*. 2014;42(8):1963-71. <https://doi.org/10.1177/0363546514536843>
- [2] Cheng C, Milewski MD, Nepple JJ, Reuman HS, Nissen CW. Papel predictivo de la duración de los síntomas antes de la presentación clínica inicial en adolescentes con osteocondritis disecante del capítulo, respecto a las mediciones preoperatorias y postoperatorias: una revisión sistemática. *Orthop J Sports Med*. 2019;7(2). <https://doi.org/10.1177/2325967118825059>
- [3] Funakoshi T, Furushima K, Miyamoto A, Kusano H, Horiuchi Y, Itoh Y. Factores predictivos del fracaso del tratamiento no quirúrgico de la osteocondritis disecante del capítulo. *Am J Sports Med*. 2019;47(11):2691-8. <https://doi.org/10.1177/0363546519863349>
- [4] McLaughlin RJ, Leland DP, Bernard CD, Sanchez-Sotelo J, Morrey ME, O'Driscoll SW, et al. Tanto el desbridamiento como la microfractura arrojan resultados excelentes en lesiones por osteocondritis disecante del capítulo: una revisión sistemática. *Arthrosc Sports Med Rehabil*. 2021;3(2):e593-e603. <https://doi.org/10.1016/j.asmr.2020.10.002>
- [5] Westermann RW, Hancock KJ, Buckwalter JA, Kopp B, Glass N, Wolf BR. Retorno al deporte tras el tratamiento quirúrgico de la osteocondritis disecante del capítulo: una revisión sistemática y metaanálisis. *Orthop J Sports Med*. 2016;4(6). <https://doi.org/10.1177/2325967116654651>
- [6] Lane G, Smith MV, Goldfarb CA, Coronado RA, Bowman EN. Resultados y retorno al deporte tras el trasplante autólogo osteocondral para la osteocondritis disecante del capítulo: una revisión sistemática. *JSES Rev Rep Tech*. 2024;4(3):563-70. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.02.011>