CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Osteoartritis del codo

La artrosis de codo suele hacer que el codo esté rígido y dolorido, por lo que resulta difícil alcanzar objetos en alto o estirar el brazo por completo.

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

La artritis de codo suele manifestarse como rigidez y dolor en los extremos mismos del movimiento. Es posible que note que no puede estirar el brazo por completo o que no puede doblarlo del todo. El dolor tiende a localizarse en esos límites, no en la parte media del movimiento. Muchas personas también notan sensación de atrapamiento, chasquidos o bloqueo, a veces dolorosos, cuando los espolones óseos y pequeños fragmentos sueltos de cartílago o de hueso se atascan dentro de la articulación.

Las tareas cotidianas que requieren tener el brazo estirado o doblado por completo se vuelven difíciles. Alcanzar un estante alto, empujarse para levantarse de una silla o llevarse un tenedor a la boca pueden resultar incómodos. Girar el antebrazo, como al girar una llave o un destornillador, a menudo sigue siendo fácil al principio y solo se vuelve rígido más adelante. Cuánto le limite esto depende en gran medida de su trabajo y de sus exigencias diarias. El trabajo manual pesado, levantar peso o lanzar objetos someten la articulación a mucha más tensión que las tareas de oficina.

El dolor nocturno no es típico de la artritis de codo. Si el codo le despierta por la noche, eso apunta a una causa diferente y conviene que lo revisen. Un dolor que no se alivia, que empeora a lo largo de semanas o que le impide trabajar o usar el brazo debe ser evaluado por su médico de cabecera, o puede pedirnos una evaluación especializada.

Algunas personas con artritis de codo también desarrollan compresión del nervio cubital, el nervio que pasa por detrás de la parte interna del codo. Esto puede causar hormigueo o entumecimiento en los dedos anular y meñique, o debilidad en la mano. Si nota estos síntomas, menciónelos en su próxima revisión para que podamos evaluar el nervio.

El problema de fondo es el desgaste de la superficie articular, junto con la formación de hueso adicional alrededor de los bordes del codo. Ese hueso adicional, junto con una envoltura articular que se vuelve más tensa

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

y los fragmentos sueltos, bloquea físicamente el codo en los extremos de su rango de movimiento. Curiosamente, el espacio dentro de la articulación a menudo se conserva, por lo que en una prueba de imagen la articulación puede verse mejor de lo que sugieren sus síntomas.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Dentro de su codo, tres pequeñas articulaciones trabajan juntas. Una permite que el brazo se doble y se estire. Dos permiten que el antebrazo gire, para que pueda poner la palma de la mano hacia arriba o hacia abajo. La superficie de cada articulación está cubierta por una capa lisa y resbaladiza de cartílago, parecida al revestimiento antiadherente de una buena sartén. Cuando ese revestimiento está intacto, las superficies se deslizan unas sobre otras casi sin fricción.

En la artritis de codo, ese revestimiento se adelgaza en algunas zonas, y el cuerpo responde formando hueso adicional alrededor de los bordes de la articulación. Estas protuberancias óseas, llamadas osteofitos o espolones óseos, se acumulan en la parte delantera y trasera del codo. La envoltura articular, una funda de tejido que rodea la articulación, también se vuelve más tensa y se acorta. Pequeños trozos de cartílago o de hueso pueden desprenderse y quedar flotando dentro de la articulación como cuerpos sueltos.

En conjunto, estos cambios explican lo que usted está sintiendo. Los espolones óseos y la envoltura tensa actúan como un tope físico en los extremos del movimiento, por lo que el codo no se estira ni se dobla por completo. Los cuerpos sueltos son los que provocan el atrapamiento, los chasquidos o el bloqueo cuando se atascan entre las superficies en movimiento. Al principio, el dolor se localiza en esos límites del rango de movimiento porque es ahí donde se produce el bloqueo. A medida que se desgasta más el revestimiento de cartílago, el dolor también puede extenderse a la parte media del movimiento.

Hay dos aspectos que hacen que la artritis de codo sea algo distinta de la artritis de cadera o de rodilla. En primer lugar, el espacio dentro de la articulación a menudo se mantiene amplio, por lo que una radiografía puede verse mejor de lo que usted siente. En segundo lugar, el desgaste suele afectar más a una parte de la articulación que al resto: la zona donde el extremo superior de uno de los huesos del antebrazo se encuentra con el extremo del hueso del brazo que está por encima. Ese punto soporta mucha carga cuando usted empuja o levanta peso, y por eso el trabajo manual pesado, el levantamiento de pesas y los lanzamientos se relacionan con esta afección.

También puede aparecer tras una lesión antigua. Una fractura u otro daño en la articulación puede dejar las superficies ligeramente irregulares, de modo que después se desgastan de forma desigual.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y solicitamos radiografías si son

necesarias. Las radiografías muestran los espolones óseos en la parte delantera y trasera de la articulación. Una tomografía computarizada, que ofrece una imagen más detallada, puede ayudarnos a planificar la cirugía si se llega a ese punto.

Para un problema de larga evolución como este, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico. Cambiar la forma de trabajar y de levantar peso reduce la tensión sobre la articulación, y el reposo puede calmar los brotes. La terapia de la mano tiene como objetivo conservar el movimiento que usted tiene y fortalecer la zona alrededor del codo. Los comprimidos antiinflamatorios, un grupo común de medicamentos que alivian el dolor y la hinchazón, pueden ayudar con los síntomas. Damos a estas opciones un tiempo de prueba razonable antes de hablar de cirugía.

Si esas medidas no han producido una mejoría suficiente, puede valer la pena considerar la cirugía. Por lo general se ofrece cuando el dolor no se alivia, cuando la rigidez le impide realizar las tareas cotidianas, o cuando el codo se bloquea o se atrapa de forma dolorosa. La operación principal es una limpieza de la articulación, llamada desbridamiento. Consiste en eliminar los espolones óseos y los fragmentos sueltos que bloquean el movimiento y en liberar la envoltura articular tensa, conservando sus propias superficies articulares. Puede realizarse mediante pequeños cortes (cirugía artroscópica) o mediante una incisión abierta, según lo que sea necesario alcanzar. Hablaremos con usted sobre cuál es la más adecuada para su codo y decidiremos juntos el plan.

Qué esperar

La artritis de codo es una afección a largo plazo. Por lo general no desaparece por sí sola, pero a menudo sigue un patrón: periodos más tranquilos y, luego, brotes cuando se exige mucho al codo. Al principio, el dolor se localiza en los extremos del movimiento y el espacio dentro de la articulación a menudo se conserva. A medida que avanza el desgaste, el dolor puede extenderse a la parte media del movimiento y la rigidez puede ir aumentando.

Sin tratamiento, los espolones óseos y la envoltura articular tensa siguen bloqueando los extremos del movimiento, por lo que la rigidez tiende a ir aumentando con el tiempo. El tratamiento no quirúrgico sigue siendo el primer paso en el manejo inicial y puede aportar alivio en las primeras etapas. Cambiar la forma de trabajar y de levantar peso, la terapia de la mano y los comprimidos antiinflamatorios pueden calmar los síntomas lo suficiente como para que usted siga adelante. Si estas medidas dejan de funcionar, es señal de que la cirugía podría ayudar.

La cirugía para esta afección tiene como objetivo eliminar los bloqueos mecánicos, no reemplazar la articulación. Una limpieza de los espolones óseos y de los fragmentos sueltos, con liberación de la envoltura tensa, mejora el rango de movimiento y la función en la mayoría de las personas, con tasas bajas de complicaciones y de reintervención. La mejoría es real, pero no es una cura: no hace que el cartílago vuelva a crecer ni detiene el avance de la artritis. Algunas personas notan que su rango de movimiento vuelve a disminuir con los años tras una limpieza, y los cambios en la radiografía tienden a avanzar a lo largo de una década. El reemplazo completo del codo rara vez se ofrece para la artritis por desgaste y, por lo general, no se ofrece a personas menores de 65 años ni a personas físicamente activas, porque los implantes se desgastan con cargas elevadas.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

Si su codo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda a urgencias ese mismo día. No necesita una derivación de su médico de cabecera. Si sus síntomas no se alivian, empeoran a lo largo de semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar el brazo, consulte a su médico de cabecera o pídanos una evaluación especializada.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de las artritis de codo avanzan lentamente, por lo que tiene tiempo para actuar. Consulte a su médico de cabecera, o pídanos una evaluación especializada, si la rigidez y el dolor no se alivian, empeoran a lo largo de semanas o le impiden trabajar o usar el brazo. También conviene que le evalúen si el codo se bloquea o se atrapa una y otra vez, porque los fragmentos sueltos dentro de la articulación pueden bloquear el movimiento. También debe mencionar el hormigueo o el entumecimiento en los dedos anular y meñique, ya que indica que el nervio cubital está siendo comprimido.

Hay un conjunto de signos que requiere atención el mismo día. Si su codo se pone caliente, rojo, hinchado y doloroso, sobre todo si tiene fiebre, acuda a urgencias. No necesita una derivación de su médico de cabecera. Una infección dentro de una articulación puede dañarla rápidamente, por lo que esto no puede esperar a una cita de rutina.

En profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La osteoartritis del codo merece una lectura adicional, pues la intervención quirúrgica que parecería la solución definitiva –el reemplazo articular, tal como se realiza habitualmente en cadera y rodilla– se comporta de manera muy distinta en el codo; este único hecho determina todo el abanico de opciones de tratamiento.

¿POR QUÉ EL REEMPLAZO DE CODO NO ES LA OPCIÓN PREDETERMINADA?

La artroplastia total de codo funciona, pero no tolera la carga de la misma manera que el reemplazo de cadera o rodilla. Al analizar los datos de **2,118** pacientes con artritis reumatoide, se observó que el reemplazo de codo seguía arrojando resultados satisfactorios; no obstante, se asoció con **tasas de fallo del implante y complicaciones considerablemente más altas que en la artroplastia de cadera y rodilla** [1].

Esto conlleva una restricción permanente para levantar pesos, en lugar de ser una medida preventiva únicamente durante la fase de recuperación. Dado que el codo se encuentra al final de una palanca larga, incluso pesos moderados en la mano generan fuerzas considerables sobre el implante, las cuales, con el tiempo, provocan su aflojamiento.

Por ello, la jerarquía de tratamientos para el codo es inversa a la de las extremidades inferiores: en la cadera, el reemplazo articular es el procedimiento estándar para casos avanzados de artritis; en el codo, en cambio, se reserva principalmente para pacientes mayores con menor demanda física, así como para casos de artritis inflamatoria en lugar de artritis por desgaste.

LA CAUSA ES TAN IMPORTANTE COMO LA GRAVEDAD

Dos personas con codos igualmente desgastados pueden tener pronósticos distintos según la razón por la cual la articulación se deterioró. En un estudio con **679** pacientes, la etiología de la artritis influyó en los resultados, en particular en los modos específicos de fallo del implante; **los pacientes con artritis reumatoide obtuvieron mejores resultados funcionales** que aquellos sometidos a prótesis por causas postraumáticas [2].

Esto merece ser destacado, pues va en contra de lo que la mayoría esperaría: que una articulación dañada por una única lesión tenga un mejor pronóstico que una afectada por una enfermedad sistémica. La explicación radica en la demanda mecánica: la artritis postraumática suele aparecer en personas más jóvenes con estilos de vida físicamente exigentes, por lo que el implante debe soportar fuerzas para las cuales no fue diseñado.

EL DESBRIDAMIENTO ES EL PROCEDIMIENTO QUE REALIZA LA MAYOR PARTE DEL TRABAJO

En el caso de la artritis degenerativa primaria, el tratamiento principal no es el reemplazo articular, sino el desbridamiento: se eliminan los espolones óseos y los cuerpos sueltos que obstruyen el movimiento articular al final de su rango, y se libera la cápsula articular tensa, manteniendo intactas las superficies articulares.

La evidencia clínica es consistente. En **1,097** pacientes, el desbridamiento arrojó buenos resultados funcionales a mediano plazo, **sin aumento alguno de complicaciones al emplear técnica artroscópica** [3]. En **871** pacientes, tanto el desbridamiento osteocapsular abierto como el artroscópico mejoraron de manera fiable la flexión, la extensión y los índices funcionales, con tasas de complicaciones bajas [4]. Además, un metaanálisis realizado en **586** pacientes demostró que el desbridamiento resulta eficaz para aliviar los síntomas incapacitantes de la artrosis primaria del codo, con una tasa de complicaciones aceptable [5].

Es importante comprender qué se pretende lograr con el desbridamiento: no se reacondicionan las superficies articulares ni se detiene el proceso artrósico. Su función es eliminar los obstáculos mecánicos que aparecen al final del rango de movimiento. Por ello, resulta muy útil para aquellos pacientes cuya principal queja es la imposibilidad de estirar o doblar completamente el codo, así como el dolor intenso al alcanzar los límites de movimiento; en cambio, su efecto es menor en pacientes que experimentan dolor a lo largo de todo el rango de movilidad.

LA ELECCIÓN ENTRE CIRUGÍA ABIERTA O ARTROSCÓPICA NO ES EL FACTOR DECISIVO

Al igual que ocurre con varias intervenciones quirúrgicas en el codo, la técnica genera más debate del que justifican las evidencias. Las revisiones mencionadas anteriormente consideraron que ambos métodos son seguros y eficaces; además, una revisión narrativa de **639** pacientes concluyó que **no era posible determinar cuál procedimiento resulta superior** [6].

El factor determinante en la práctica clínica es lo que se necesita abordar. La artroscopia resulta adecuada para intervenciones en los compartimentos anterior y posterior; sin embargo, en casos de codo rígido que requiera una liberación capsular extensa, o cuando la anatomía esté alterada y sea necesario visualizar y proteger algún nervio, la cirugía abierta podría ser más segura.

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

REFERENCIAS

[1] Chou TA, Ma H, Wang J, Tsai S, Chen C, Wu P, et al. Artroplastia total de codo en pacientes con artritis reumatoide: una revisión sistemática y metaanálisis. Bone Joint J. 2020;102-B(8):967-80. https://doi.org/10.1302/0301-620X.102B8.BJJ-2019-1465.R1

[2] Wang J, Ma H, Chou TA, Tsai S, Chen C, Wu P, et al. Resultados tras la artroplastia total de codo en casos de artritis reumatoide frente a condiciones postraumáticas: una revisión sistemática y metaanálisis. Bone Joint J. 2019;101-B(12):1489-97. https://doi.org/10.1302/0301-620X.101B12.BJJ-2019-0799.R1

[3] White CHR, Ravi V, Watson J, Badhrinarayanan S, Phadnis J. Revisión sistemática sobre el desbridamiento artroscópico frente al abierto en el codo artrítico. Arthroscopy. 2020;37(2):747-58. https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.09.005

[4] Guerrero EM, Bullock GS, Helmkamp JK, Madrid A, Ledbetter L, Richard MJ, et al. Impacto clínico del desbridamiento osteocapsular artroscópico frente al abierto en la artrosis primaria del codo: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2020;29(4):689-98. https://doi.org/10.1016/j.jse.2019.12.003

[5] de Klerk HH, Welsink CL, Spaans AJ, Verweij LPE, van den Bekerom MPJ. Desbridamiento artroscópico y abierto en la artrosis primaria del codo: una revisión sistemática y metaanálisis. EFORT Open Rev. 2020;5(12):874-82. https://doi.org/10.1302/2058-5241.5.190095

[6] Poonit K, Zhou X, Zhao B, Sun C, Yao C, Zhang F, et al. Tratamiento de la artrosis del codo mediante desbridamiento abierto o artroscópico: una revisión narrativa. BMC Musculoskelet Disord. 2018;19(1). https://doi.org/10.1186/s12891-018-2318-x

CQ HAND + UPPER LIMB
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au