

Osteoartritis del codo

Radiografía lateral que muestra osteoartritis del codo: estrechamiento del espacio articular y formación de espolones óseos.

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 comenzar con molestias en los extremos del rango de movimiento: cuando estira el brazo por completo o lo dobla hasta el límite. La parte central del movimiento, al principio, suele permanecer indolora. Muchas personas notan sensación de atrapamiento, chasquidos o bloqueo en el codo, causados por pequeños fragmentos óseos o de cartílago (llamados cuerpos sueltos) que flotan dentro de la articulación. Los espolones óseos (denominados osteofitos) se acumulan alrededor de la articulación e impiden físicamente los últimos grados de flexión y extensión.

La extensión completa del brazo suele ser la primera función que se ve afectada. Las tareas que requieren un codo completamente recto se vuelven difíciles: alcanzar algo en un estante alto, sostener una bandeja con el brazo extendido o levantarse de una silla. Girar el antebrazo para usar un destornillador o una manija de puerta suele seguir siendo posible hasta etapas posteriores. Con el avance de la enfermedad, el dolor puede extenderse a la zona central del movimiento y empezar a molestar durante actividades cotidianas, no solo en los extremos del rango de movimiento.

El dolor nocturno no es típico de este tipo de artritis. Si el codo le despierta por la noche con un dolor profundo y palpitante, coménteles esto a su cirujano, ya que podría indicar otra causa que merece ser investigada.

Esta afección es más común en hombres de unos 50 años que han realizado trabajos manuales intensivos durante años, aunque afecta a personas de diversas edades. También puede aparecer tras una lesión previa en el codo, como una fractura o luxación, a veces años después. En aproximadamente la mitad de los casos, la artritis comprime un nervio (el nervio cubital) situado en la parte interna del codo, provocando hormigueo o entumecimiento en el dedo anular y el meñique.

Si algo de esto le resulta familiar, la radiografía simple suele ser el primer paso diagnóstico. Esta muestra claramente los espolones óseos y los cuerpos sueltos; además, con frecuencia el espacio articular parece estar mejor conservado de lo que cabría esperar.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Su codo funciona como una bisagra con un componente de rotación. Le permite doblar y estirar el brazo, así como girar el antebrazo para voltear la palma de la mano hacia arriba o hacia abajo. Normalmente, la superficie de la articulación está cubierta por una capa lisa de cartílago; esta actúa un poco como el revestimiento de una bisagra: permite que todo se mueva sin fricción.

En la artritis de codo, esa capa de cartílago se desgasta. El hueso responde formando espolones óseos (osteofitos) en los bordes de la articulación. Estos espolones actúan como topes: impiden físicamente los últimos grados de flexión y extensión, motivo por el cual el movimiento resulta rígido en esos extremos. También pueden desprenderse pequeños fragmentos de hueso o cartílago que quedan flotando dentro de la articulación (cuerpos sueltos); estos quedan atrapados entre las superficies móviles, provocando sensación de “traba”, chasquidos o bloqueos que quizás haya notado.

Existe un aspecto peculiar en esta afección: en muchas articulaciones afectadas por artritis, el desgaste es uniforme en toda la superficie. En el codo, sin embargo, el desgaste suele concentrarse en un lado de la articulación (la parte externa, donde el hueso del antebrazo se une al extremo del hueso del brazo), mientras que la zona central de la bisagra permanece relativamente intacta. Por eso una radiografía puede mostrar resultados mejores de lo que sus síntomas indican; asimismo, el dolor suele aparecer primero en los extremos del rango de movimiento y luego extenderse al centro a medida que se pierde más cartílago.

La cápsula articular, que es una envoltura de tejido resistente, también se vuelve más tensa con el tiempo, lo cual contribuye a la rigidez. Si los espolones y la cápsula tensa comprimen el nervio cubital situado en la parte interna del codo, se producen los hormigueos o entumecimiento en el dedo anular y el meñique, tal como se describió anteriormente.

Nada de esto significa que su codo se esté desintegrando. Simplemente, las superficies articulares, los espolones y la cápsula tensa interactúan de forma negativa; el tratamiento tiene como objetivo atenuar esa interacción.

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 estudios de imagen si es necesario. En el caso de problemas crónicos como este, normalmente iniciamos con tratamiento no quirúrgico antes de considerar la cirugía.

El primer paso suele ser lo que usted mismo puede hacer. Modificar su forma de trabajar o entrenar, de modo que el codo no se someta repetidamente a cargas en los extremos de su rango de movimiento, puede aliviar los síntomas. La fisioterapia tiene como objetivo mantener la movilidad de la articulación y fortalecer los músculos circundantes. Estas medidas pueden reducir el dolor, aunque tienen menos efecto sobre la rigidez provocada por espolones óseos que limitan el movimiento. Pruébelas durante un tiempo razonable antes de plantearse la cirugía.

Los analgésicos y antiinflamatorios pueden ayudarle a superar los episodios de dolor agudo y hacer que la fisioterapia sea más cómoda. Estos medicamentos atenuan los síntomas, pero no modifican la artritis en sí.

La cirugía se considera cuando estas medidas no le brindan suficiente alivio, o cuando la rigidez, el bloqueo o los “tirones” de la articulación interfieren con su vida diaria. El objetivo de la operación es eliminar los espolones óseos y los cuerpos sueltos que impiden el movimiento, así como liberar la cápsula articular tensa. Con frecuencia se realiza mediante pequeñas incisiones y el uso de una cámara (cirugía artroscópica); en casos de artritis más avanzada, se opta por una incisión abierta. La opción más adecuada para usted dependerá de la gravedad de los cambios articulares, su edad, su estado de salud y las funciones que necesite desempeñar con el codo. Discutiremos todo esto con usted para tomar la decisión conjuntamente.

Qué esperar

La artritis de codo es una afección crónica, pero no tiene por qué impedirle hacer las cosas que desea. En las fases iniciales, medidas sencillas suelen aliviar el dolor. Modificar sus hábitos laborales, mantener el movimiento de la articulación y usar antiinflamatorios pueden brindar un alivio real mientras la artritis aún se encuentra en sus primeras etapas. La rigidez provocada por los espolones óseos es más difícil de corregir sin cirugía; por eso, es posible que persistan ciertas limitaciones de movimiento incluso cuando el dolor disminuya.

Si estas medidas no son suficientes, la cirugía tiene como objetivo eliminar lo que bloquea la articulación. Para la mayoría de los pacientes esto implica una operación que preserva la articulación: se eliminan los espolones y cuerpos sueltos, y se libera la cápsula tensa, en lugar de reemplazar la articulación. Quienes se someten a este tipo de cirugía pueden esperar que su codo funcione bien y que el dolor disminuya; además, la probabilidad de necesitar otra operación posterior es baja. Por lo general, la movilidad también mejora, aunque parte de ese aumento en el rango de movimiento puede disminuir con el tiempo.

La cirugía de reemplazo es un caso distinto. Rara vez se requiere para la artritis de codo y generalmente se reserva para personas con discapacidad grave, ya que la articulación artificial no suele durar muchos años en personas jóvenes o más activas. Cuando se realiza, la mayoría de los pacientes experimentan un alivio duradero del dolor y una mejor funcionalidad del brazo; sin embargo, las complicaciones son más frecuentes que en otras cirugías de codo, y el implante puede aflojarse con el paso del tiempo.

Dejar la afección sin tratamiento no suele empeorarla rápidamente, pero tampoco tiende a mejorar por sí sola. Los bloqueos y atrapamientos de la articulación pueden persistir, y la rigidez en los extremos del rango de movimiento suele mantenerse o incluso aumentar. Algunas personas logran manejar la situación durante años con cambios moderados en el uso de su brazo; otras, en cambio, notan que dichas limitaciones afectan progresivamente sus actividades cotidianas.

Sea cual sea el camino que elija, el objetivo es el mismo: un nivel bajo de dolor y suficiente movilidad para hacer lo que es importante para usted, manteniendo abiertas todas las opciones para el futuro. El tratamiento se adapta a su edad, su profesión y el grado de avance de la artritis; su cirujano hablará con usted sobre ello.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si su codo ha estado rígido o doloroso durante varias semanas y las medidas sencillas no han surtido efecto, especialmente si la sensación de “bloqueo” o “traba” le impide usar el brazo en el trabajo. Solicite una evaluación por parte de un especialista si está perdiendo la capacidad de estirar o doblar el codo por completo, o si el hormigueo y entumecimiento en el dedo anular y el meñique empeoran, ya que la artritis puede comprimir el nervio cubital. Diríjase a urgencias si el codo está caliente, rojo e hinchado, acompañado de fiebre, o si no puede moverlo en absoluto tras una lesión. Estos síntomas no son típicos de la artritis y requieren ser evaluados el mismo día.

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.

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>