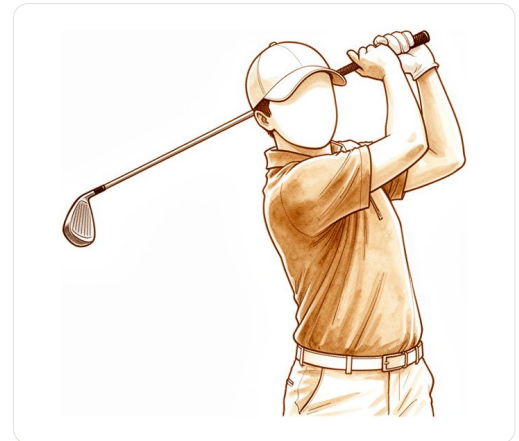


Codo de golfista

Codo de golfista: los tendones que flexionan la muñeca y los dedos se insertan en una protuberancia ósea en la parte interna del codo; el uso excesivo provoca dolor y degeneración en el punto de unión con el hueso.

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

El dolor se sitúa sobre la protuberancia ósea de la parte interna del codo y a menudo se extiende a los músculos del antebrazo, justo por debajo de ella. Por lo general aparece de forma gradual, sin una lesión evidente, y tiende a persistir incluso cuando descansa. El golf, los lanzamientos, el tenis, el levantamiento de pesas y los bolos pueden desencadenarlo. También puede hacerlo un trabajo que implique un agarre enérgico repetido, levantar cargas de 20 kg o más, o usar herramientas que vibran.

Algunos movimientos cotidianos se vuelven molestos. Girar el pomo de una puerta, estrechar la mano, llevar bolsas de la compra o levantar un hervidor pueden empeorarlo, porque estas acciones cargan los mismos músculos que se insertan en esa protuberancia interna. Es posible que note el agarre más débil que en el otro lado. La mayoría de las personas pueden seguir moviendo el codo y la muñeca en todo su recorrido, aunque algunas notan que el codo se pone algo rígido y no se estira por completo.

El dolor suele intensificarse durante o después de la actividad que lo provocó, y puede ser peor a la mañana siguiente o al agarrar algo por primera vez. Algunas personas lo notan sobre todo al hacer el swing de golf o al lanzar, especialmente en la primera parte del movimiento.

Preste atención a una cosa en particular. El nervio cubital, el nervio que da la sensibilidad a los dedos anular y meñique, pasa justo por detrás de esta parte del codo. Si tiene entumecimiento u hormigueo en esos dos dedos además del dolor en la parte interna del codo, comuníquese a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista, porque eso cambia qué tratamiento puede ayudar.

Acuda a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista si el dolor no se calma, empeora a lo largo de las semanas, le despierta por la noche o le impide trabajar o usar la mano o el brazo. Acuda al servicio de urgencias ese mismo día si la mano o el brazo se ponen calientes, enrojecidos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El codo de golfista es un problema de un tendón, no de la articulación. Un tendón es el cordón resistente que une el músculo al hueso. En la parte interna del codo hay un grupo de músculos del antebrazo que flexionan la muñeca y los dedos y ayudan a girar la palma hacia abajo. Todos ellos se insertan en esa protuberancia ósea a través de un tendón común, un poco como varias cuerdas atadas a un mismo poste de amarre.

Cuando hace un swing, lanza, o agarra y levanta peso de forma repetida, esos músculos tiran del mismo punto una y otra vez. En el tendón se producen pequeñas roturas. El cuerpo intenta repararlas, pero la reparación es irregular y el tejido nuevo es más débil que el original. Con el tiempo, el tendón se engrosa y se desorganiza, como una cuerda que se ha deshilachado y se ha vuelto a anudar muchas veces. Por eso el dolor sigue volviendo incluso después del reposo, y por eso agarrar o levantar peso lo empeora: esos movimientos cargan exactamente el punto donde al tendón le cuesta curarse.

A pesar del nombre, normalmente no hay hinchazón ni inflamación en el punto doloroso. El problema es un desgaste y una curación fallida, no una infección ni una artritis. No hay nada roto y la propia articulación no está dañada.

Hay una estructura cercana que importa aquí. El nervio cubital, que da la sensibilidad a los dedos anular y meñique, pasa justo por detrás de este tendón. Como está tan cerca, la misma irritación puede afectar también al nervio, y por eso algunas personas notan hormigueo en esos dedos además del dolor de codo.

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. La mayoría de los casos de codo de golfista se resuelven sin operación, así que empezamos por ahí. El reposo y cambiar la forma en que usa el brazo importan más que cualquier otra cosa que podamos ofrecerle. Eso significa reducir los agarres, los levantamientos de peso o los movimientos de balanceo que provocan el dolor, y buscar otras formas de hacer las tareas que duelen. Dele una oportunidad real durante al menos 6 meses antes de plantearse la cirugía, porque la cirugía es solo para los síntomas que persisten a pesar de ese tratamiento.

La fisioterapia tiene como objetivo fortalecer los músculos que trabajan junto con el tendón doloroso, para que el tendón soporte menos carga. Lo habitual es un programa que aumente de forma gradual la fuerza del antebrazo, de la muñeca y del agarre. Si el dolor se debe a un deporte, como el golf o los lanzamientos, parte de la recuperación consiste en revisar su técnica, porque los defectos en la forma de hacer el swing o de lanzar pueden seguir cargando el mismo punto.

Los analgésicos y los antiinflamatorios, llamados antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pueden ayudarle a mantenerse activo mientras el tendón se calma. No ofrecemos inyecciones para el codo de golfista, así que no se las propondremos como siguiente paso.

Si sus síntomas no han mejorado después de 6 meses o más de un tratamiento no quirúrgico adecuado, podemos hablar de la cirugía. La operación limpia la parte dañada y deshilachada del tendón donde se inserta

en el hueso de la parte interna del codo, y deja intacto el tejido sano. Se realiza a través de una pequeña incisión, y usted vuelve a casa el mismo día. La cirugía es una decisión compartida, y solo la recomendaremos cuando estemos de acuerdo en que las medidas más sencillas ya han dado todo lo que podían dar.

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 consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y solicitamos estudios de imagen, como una ecografía o una resonancia magnética, si van a cambiar lo que le recomendamos. La ecografía suele ser la primera prueba que se utiliza para confirmar el codo de golfista, y la resonancia magnética ofrece una imagen más clara del tendón y del nervio cubital cercano si el diagnóstico no está claro.

Si se opera, la rehabilitación posterior es terapia de la mano con Ruby Doolan, de Extend Rehabilitation, no fisioterapia. Ruby le guiará con los ejercicios y le fabricará cualquier férula que necesite a lo largo del proceso.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, el codo de golfista mejora con el tiempo y con el tratamiento adecuado. Lo que suele funcionar es reducir las actividades que lo provocan y después recuperar la fuerza de forma gradual. Muchas personas mejoran a lo largo de meses y no de semanas, así que conviene esperar un cambio lento y constante en lugar de una solución rápida.

Si el dolor ya ha durado meses a pesar del reposo y de los cambios en la forma de usar el brazo, tiende a persistir a menos que algo cambie. Ese es el momento en que hablaríamos de la cirugía. Cuando la cirugía se realiza por síntomas que no se han calmado después de 6 meses o más de un tratamiento no quirúrgico adecuado, la mayoría de las personas refieren menos dolor y una mejor función durante el año siguiente, y la mayoría vuelven a sus actividades habituales. En un grupo de personas que trabajaban antes de la cirugía, 11 de las 12 volvieron al trabajo en un plazo de ocho semanas.

La recuperación no es una línea recta. Algunos días se encontrará mejor que otros, y agarrar o levantar peso todavía puede dar molestias mientras el tendón se reconstruye. Si además tiene hormigueo en los dedos anular y meñique, esa irritación del nervio puede persistir aunque el propio tendón evolucione bien, por lo que conviene comentarlo antes de planificar cualquier tratamiento, no después.

Si sus síntomas no se calman, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano o el brazo, acuda a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista.

¿Cuándo consultar a un especialista?

La mayoría de los casos de codo de golfista se resuelven con reposo y con cambios en la forma de usar el brazo, así que dele una oportunidad real antes de pedir una cita urgente. Acuda a su médico de cabecera o pida una valoración por un especialista si el dolor no se calma después de varias semanas, empeora o le impide trabajar o usar la mano o el brazo. Lo mismo se aplica si nota el agarre más débil que en el otro lado o si el codo no se estira por completo.

Hay un signo que merece atención antes. Si nota entumecimiento u hormigueo en los dedos anular y meñique junto con el dolor en la parte interna del codo, coméntelo en su consulta. El nervio cubital pasa justo por detrás del tendón doloroso y, cuando también está irritado, cambia qué tratamientos tienen más probabilidades de ayudar.

Acuda a un servicio de urgencias ese mismo día si la mano o el brazo se ponen calientes, enrojecidos, hinchados y dolorosos, sobre todo si tiene fiebre, o si los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azulados. Estos signos no son propios del codo de golfista, pero necesitan atención ese mismo día.

En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. Vale la pena leer más sobre el codo de golfista, ya que habitualmente se lo presenta como la versión interna del codo de tenista; sin embargo, en dos aspectos esa descripción resulta engañosa: los factores que lo predisponen son solo parcialmente mecánicos, y la presencia de otro problema simultáneo modifica los resultados que se pueden obtener con la cirugía.

LA MAYORÍA DE LOS CASOS SE RESUELVEN SIN CIRUGÍA

La cifra principal resulta tranquilizadora: en una revisión sobre el dolor medial del codo, **el tratamiento conservador mejora el estado de nueve de cada diez pacientes**, mientras que el desbridamiento quirúrgico presenta una tasa de éxito de **80% a 85%** [1].

Es importante considerar ambas cifras conjuntamente, no por separado. El tratamiento no quirúrgico tiene una tasa de éxito superior. La cirugía no constituye una versión “mejorada” del mismo tratamiento; es la opción indicada para esa minoría de pacientes en quienes el manejo del tiempo y de la carga física ya no ha surtido efecto, y su tasa de éxito es ligeramente inferior a la del tratamiento de primera línea.

En cuanto al componente de ejercicio, la evidencia respalda que el entrenamiento de fuerza reduce los síntomas en casos de tendinosis; asimismo, las técnicas de manipulación ofrecen un efecto analgésico a corto plazo que podría permitir realizar estiramientos y ejercicios de fortalecimiento más intensos. No obstante, los autores señalan que los resultados aún no son concluyentes [2].

LOS FACTORES DE RIESGO NO SE LIMITAN ÚNICAMENTE AL GRADO DE USO DEL BRAZO

La epicondilitis es frecuente en personas en edad laboral; **los factores relacionados con la carga física, el tabaquismo y la obesidad son determinantes importantes** [3]. El tabaquismo y el peso corporal no son aspectos que la mayoría de la gente asocia con problemas tendinosos; ambos influyen en el aporte sanguíneo al tendón y en su entorno metabólico, más que en la magnitud de la tensión que soporta.

Los datos ocupacionales aportan más información. En un estudio realizado con **1,824** trabajadores, se observaron relaciones estadísticamente significativas entre numerosos factores psicosociales personales y laborales, y tanto la epicondilitis medial como la lateral; dichas relaciones se mantuvieron **tras ajustar por variables demográficas y exposiciones físicas laborales**. Las asociaciones más fuertes fueron entre el

agotamiento físico posterior al trabajo y la epicondilitis lateral, con una odds ratio de 7.04, y entre el agotamiento mental posterior al trabajo y la epicondilitis medial [4].

Ese ajuste es el elemento crucial de la conclusión. No se trata simplemente de que las personas cansadas realicen trabajos más pesados; la relación persiste incluso tras controlar la exposición física. Esto no demuestra que el agotamiento cause tendinopatía, pero sí indica que un plan de tratamiento centrado únicamente en la carga física, sin considerar el grado de agotamiento del paciente tras su jornada laboral, aborda solo una parte del problema.

POR QUÉ EL NERVIIO CUBITAL ES CLAVE PARA EL RESULTADO

El dolor medial del codo requiere un amplio diagnóstico diferencial: los trastornos del nervio cubital, la radiculopatía cervical y las lesiones ligamentosas provocan dolor en el mismo lugar [1]. Esta afección se origina por cargas excéntricas repetitivas y sobrecarga en valgo; inicialmente se trata mediante modificación de actividades y rehabilitación, reservándose la cirugía para los casos con síntomas persistentes [5]. El nervio cubital es el que más influye en el resultado, ya que discurre justo detrás del origen del tendón que se está tratando.

En los casos en que se realiza desbridamiento, su tasa de éxito **puede verse afectada negativamente por una neuritis cubital concomitante** [1]. La consecuencia práctica es que el dolor que persiste tras un desbridamiento realizado técnicamente con éxito no implica necesariamente un fracaso quirúrgico; es posible que el nervio, y no el tendón, haya sido responsable de parte de los síntomas desde el principio. Por ello, la presencia de entumecimiento u hormigueo en los dedos anular y meñique, junto con el dolor en la cara interna del codo, debe comunicarse antes de planificar cualquier intervención, no después.

REFERENCIAS

- [1] Barco R, Antuña SA. Dolor medial del codo. EFORT Open Rev. 2017;2(8):362-71. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.2.160006>
- [2] Hoogvliet P, Randsdorp MS, Dingemanse R, Koes BW, Huisstede BMA. ¿La eficacia de la terapia de ejercicios y las técnicas de movilización sirve como guía para el tratamiento de la epicondilitis lateral y medial? Una revisión sistemática. Br J Sports Med. 2013;47(17):1112-9. <https://doi.org/10.1136/bjsports-2012-091990>
- [3] Shiri R, Viikari-Juntura E, Varonen H, Heliovaara M. Prevalencia y determinantes de la epicondilitis lateral y medial: un estudio poblacional. Am J Epidemiol. 2006;164(11):1065-74. <https://doi.org/10.1093/aje/kwj325>
- [4] Thiese MS, Hegmann KT, Kapellusch J, Merryweather A, Bao S, Silverstein B, et al. Factores psicosociales relacionados con la epicondilitis lateral y medial. J Occup Environ Med. 2016;58(6):588-93. <https://doi.org/10.1097/JOM.0000000000000701>
- [5] Amin NH, Kumar NS, Schickendantz MS. Epicondilitis medial: evaluación y manejo. J Am Acad Orthop Surg. 2015;23(6):348-55. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00145>