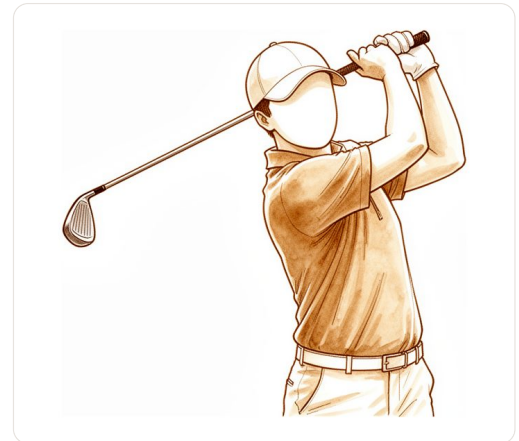


PATIENT INFORMATION

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 codo de golfista se caracteriza por dolor en la parte interna del codo, sobre una pequeña protuberancia ósea llamada epicóndilo medial. Los tendones que se insertan allí ayudan a agarrar objetos, a flexionar la muñeca y a girar el antebrazo. Cuando se irritan, el dolor suele extenderse hacia la parte superior del antebrazo.

Por lo general, el dolor aparece de forma gradual, sin que haya habido una lesión evidente. Tiende a empeorar con las actividades que lo provocan, como jugar al golf, lanzar objetos, jugar al tenis o realizar trabajos que requieran un agarre fuerte. Algunas personas lo notan sobre todo durante el movimiento de lanzamiento; otras lo sienten más después de realizar actividad física o al despertar por la mañana. El descanso puede aliviarlo temporalmente, pero el dolor suele reaparecer en cuanto se vuelve a realizar las mismas tareas.

Acciones cotidianas que someten a esos tendones a esfuerzo pueden resultar incómodas: levantar una bolsa pesada de la compra, cargar cargas de unos 20 kg o más en el trabajo, agarrar herramientas o girar un pomo de puerta pueden empeorar los síntomas. Es posible que note que su fuerza de agarre es menor que en el otro brazo. Algunas personas también experimentan hormigueo o sensibilidad a lo largo de la parte interna del codo, donde pasa un nervio cercano.

En la mayoría de los casos, se puede mover el codo y la muñeca dentro de su rango completo de movimiento. El dolor suele localizarse justo delante y debajo de la protuberancia ósea; a veces hay cierta hinchazón blanda en esa zona. Si los síntomas aparecieron repentinamente tras un golpe directo en el codo, o si no puede estirar completamente el brazo, eso indica un problema distinto que requiere evaluación inmediata.

El dolor en la parte interna del codo también puede deberse a otras causas, como irritación nerviosa, lesión ligamentosa o artritis en el cuello o en el codo. Por ello, su cirujano tomará un historial clínico detallado y examinará el codo para determinar con exactitud la causa de su dolor. Con frecuencia se realizan radiografías

para descartar otras patologías; si es necesario, una ecografía o una resonancia magnética pueden mostrar con mayor detalle el estado del tendón.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El punto doloroso se encuentra donde un grupo de tendones del antebrazo se fija a esa protuberancia ósea en la parte interna del codo. Imagine esos tendones como una cuerda gruesa compuesta por muchas fibras pequeñas, todas ancladas en un mismo punto. Cada vez que usted agarra algo, realiza un movimiento de balanceo o lanza un objeto, esa “cuerda” tira de su punto de anclaje.

Con el uso repetido y excesivo, se producen pequeñas roturas en dichas fibras. El cuerpo intenta repararlas, pero el daño se genera más rápido de lo que el proceso de curación permite. Con el tiempo, el tejido tendinoso se desgasta, se vuelve más grueso y débil, en lugar de presentar una rotura nítida. Por eso el codo de golfista no es realmente una inflamación ni un hematoma; se trata de un desgaste del propio tendón, lo cual explica por qué el dolor reaparece al volver a realizar las mismas actividades.

Estos tendones no solo sirven para flexionar la muñeca; también refuerzan la parte interna del codo contra la fuerza que se genera al lanzar o al realizar un movimiento brusco. Cuando están desgastados y fatigados, esa función de refuerzo disminuye, y con cada esfuerzo mayor carga se transmite a la zona interna del codo. Esto contribuye al dolor que se siente durante y después de la actividad física.

Esa misma tensión repetida también puede irritar el pequeño nervio que discurre cerca de la parte interna del codo; por eso algunas personas experimentan hormigueo además de dolor en esa zona.

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 consulta, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y solicitamos estudios de imagen si es necesario para confirmar la causa del problema.

En el caso del codo de golfista, normalmente empezamos con reposo y un cambio en las actividades que sobrecarguen el tendón. Esto implica reducir temporalmente el golf, los lanzamientos o el agarre de objetos pesados, para luego volver a incrementar gradualmente dichas actividades. La fisioterapia tiene como objetivo fortalecer los músculos del antebrazo que se insertan en la zona dolorida, de modo que el tendón soporte mejor la carga. La mayoría de las personas mejoran con algún tipo de tratamiento no quirúrgico; vale la pena intentarlo durante 6 meses o más antes de considerar la cirugía. Por lo general, la cirugía se reserva para aquellos síntomas que persisten tras 6 meses o más de tratamiento.

Los analgésicos y los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden ayudar a controlar los brotes de dolor mientras se modifican las actividades. No ofrecemos inyecciones para esta afección, por lo que no las trataremos aquí.

Si el tratamiento no quirúrgico no ha producido mejoría suficiente tras 6 meses o más, podríamos hablar sobre la cirugía. El objetivo es liberar o extirpar la parte desgastada y dañada del tendón en su punto de inserción ósea, de modo que el tejido sano pueda asumir su función. Antes de que usted tome cualquier decisión, le explicaremos en detalle en qué consiste la operación y cómo será su recuperación.

Qué esperar

En la mayoría de las personas, el codo de golfista mejora con el tiempo y con el tratamiento adecuado. Vale la pena intentar un tratamiento no quirúrgico durante 6 meses o más. Muchas personas mejoran sin necesidad de operación; sin embargo, el dolor puede tardar en desaparecer y puede reaparecer si se vuelve a realizar el mismo tipo de agarre o movimiento brusco demasiado pronto. Algunas personas siguen sintiendo dolor en el codo un año o más después de su aparición, incluso cuando el tendón ya ha sanado.

Si no se hace ningún cambio, el pronóstico es menos predecible: el dolor tiende a persistir o reaparecer cada vez que se somete el tendón a carga. Cuanto más dure el problema, mayor será el impacto en la capacidad de agarre, en la práctica deportiva y en el trabajo. Por eso recomendamos actuar a tiempo en lugar de esperar a que mejore por sí solo.

Cuando es necesaria la cirugía, el objetivo es lograr un alivio duradero, no un remedio rápido. La liberación del tendón dañado en su punto de anclaje al hueso ha demostrado mejorar significativamente el dolor y la función, con resultados mantenidos durante todo un año. En algunas personas con un problema persistente en el que el tendón se ha desprendido del hueso, la cirugía para extraer el fragmento y reparar el ligamento restaura rápidamente la estabilidad del codo, con pocas complicaciones y buenas valoraciones por parte de los pacientes respecto al resultado.

La recuperación es gradual. En las primeras semanas se busca controlar el dolor y proteger el tendón. En los meses siguientes, los ejercicios de fortalecimiento ayudan a recuperar la capacidad del tendón para soportar el agarre, el levantamiento de pesos y los movimientos bruscos. Algunas personas vuelven a su nivel previo de actividad deportiva o laboral; otras deben modificar ciertas tareas para mantener el codo cómodo.

Es importante tener expectativas realistas: se necesitan meses, no semanas, para la recuperación. La mayoría de las personas logran buenos resultados si reducen las actividades que agravan el problema, completan el programa de fortalecimiento y progresan de forma gradual. Forzar el regreso a la actividad demasiado pronto es la causa más frecuente de recaídas.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si el dolor en la parte interna del codo persiste durante más de unas pocas semanas, si reaparece a pesar del reposo, o si le impide trabajar, jugar al golf o lanzar. Solicite una evaluación por

parte de un especialista si siente que su fuerza de agarre es menor que en el otro brazo, si el dolor empeora con el tiempo, o si nota hormigueo a lo largo de la cara interna del codo, ya que el nervio situado allí puede estar irritado junto con el tendón. Los atletas jóvenes que lanzan durante todo el año o en más de un equipo deben someterse a una evaluación temprana; asimismo, cualquier adolescente con dolor en la parte interna del codo durante o después de lanzar necesita ser examinado antes de volver a practicar deporte. Acuda a urgencias si el codo sufrió un golpe directo o una caída, si no puede enderezar el brazo, o si el codo parece estar fuera de su posición normal, pues esto podría indicar una fractura o un desgarro tendinoso que requiere atención inmediata.

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 la desbridación quirúrgica 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 clave** [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 un cociente de probabilidad 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 NERVIU ULNAR ES CLAVE PARA EL RESULTADO

El dolor medial del codo requiere un amplio diagnóstico diferencial: los trastornos del nervio ulnar, 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 ulnar 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 ulnar 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 el dedo 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>