CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

Codo de tenista

Codo de tenista: irritación en el punto donde los tendones del antebrazo se insertan en la parte externa del codo.

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 tenista provoca dolor en la parte externa del codo, en una protuberancia ósea llamada epicóndilo lateral o a su alrededor. El dolor suele extenderse hacia abajo por el antebrazo y, a veces, hacia arriba, a la parte superior del brazo. Normalmente lo desencadenan las actividades que hacen trabajar los músculos de la parte posterior del antebrazo, porque estos músculos comparten un único punto de inserción en esa zona ósea.

El dolor puede ir desde leve y ocasional hasta constante e intenso. Cuando es intenso, puede afectar a todas sus actividades diarias. También puede alterar su sueño. Muchas personas notan que empeora después de una actividad o al despertarse.

Las tareas cotidianas que implican girar o agarrar se vuelven difíciles. Girar un picaporte, sostener una taza de café, dar la mano o levantar una tetera pueden desencadenar el dolor. Por lo general, el codo sigue moviéndose en todo su rango, así que el problema no es la rigidez, sino el dolor.

En la mayoría de las personas, el codo de tenista mejora por sí solo. Alrededor del 90 % de las personas ven que ha mejorado en el plazo de un año sin cirugía. No necesita precipitarse con ningún tratamiento.

Algunos signos requieren atención más pronto que tarde. Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano o el brazo.

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

¿Qué está ocurriendo realmente?

El punto doloroso es donde los tendones se insertan en el hueso de la parte externa del codo. Los tendones son cordones resistentes que unen el músculo al hueso. Los afectados en este caso recorren la parte posterior del antebrazo y comparten un único punto de anclaje en esa zona ósea.

A pesar de su nombre, en realidad no es un problema de inflamación. Cuando se examina el tendón al microscopio, el tejido muestra desgaste y deshilachado en lugar de hinchazón y enrojecimiento. Imagine una cuerda muy usada: algunas fibras se han roto, y la cuerda ha intentado repararse pero no ha terminado el trabajo correctamente. El tejido de reparación que se forma está desorganizado y es más débil que el original. Por eso la zona sigue sensible, y por eso duele agarrar o girar: esas acciones tiran directamente del cordón dañado.

El nombre médico es epicondilitis lateral, y también puede verlo como tendinopatía lateral del codo. Ambos nombres describen lo mismo: un desgaste de esa inserción del tendón por el uso repetido. Es mucho más frecuente en la parte externa del codo que en la interna, por eso la denominación codo de tenista suele referirse a esta zona.

El daño se localiza en un tendón concreto de ese grupo, el que estabiliza la muñeca cuando usted agarra algo. Como todos los músculos del antebrazo que extienden la muñeca comparten ese único punto de anclaje, el dolor en ese punto se extiende hacia abajo por el antebrazo cuando usa la mano.

Otros problemas pueden causar dolor en la misma zona, y no siempre es fácil distinguirlos. Por eso es importante una exploración física cuidadosa del codo, y por eso a veces se utilizan estudios de imagen para comprobar cuánto desgaste hay. Esta afección también puede alterar ligeramente su percepción de la posición de la articulación, algo que la fisioterapia puede ayudar a corregir.

Lo fundamental es esto: el tendón está desgastado, no destruido, y el tejido sigue teniendo la capacidad de repararse por sí mismo con tiempo y la carga adecuada.

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 solo si van a cambiar lo que hacemos. Para un problema de larga evolución como este, normalmente probamos primero el tratamiento no quirúrgico y solo consideramos la cirugía cuando no ha proporcionado suficiente mejoría.

El primer paso es cambiar la forma en que somete el tendón a carga. Eso significa reducir las tareas de agarrar y girar que desencadenan el dolor y, después, fortalecer de nuevo el tendón con un programa de carga progresiva. La fisioterapia busca ayudarle a superar más rápido los meses dolorosos, más que cambiar el resultado final, porque la mayoría de los codos mejoran con el tiempo de una forma u otra. Dele una oportunidad genuina y

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

prolongada, medida en meses. Como leyó antes en esta página, alrededor de nueve de cada diez codos mejoran en el plazo de un año sin cirugía, y por eso ponemos el listón alto para operar.

Aquí no utilizamos las inyecciones de cortisona como opción por defecto. La razón probable es que el dolor se calma antes de que el tendón haya cicatrizado, de modo que vuelve a someter a carga un tendón que no está preparado. Si alguna vez se plantea una inyección, es una decisión meditada orientada a la función a corto plazo, no un paso rutinario. Otras inyecciones, como el plasma rico en plaquetas o la sangre extraída de su propio brazo, no se recomiendan para esta afección.

La cirugía solo entra en juego para el pequeño grupo de personas que siguen incapacitadas tras un intento real de tratamiento no quirúrgico. La intervención limpia la parte desgastada y deshilachada del tendón en su punto de inserción al hueso de la parte externa del codo. Puede realizarse mediante pequeñas incisiones de cirugía mínimamente invasiva o mediante una pequeña incisión abierta, y ningún método ha demostrado ser mejor que los demás. La decisión de operar es compartida y la tomamos juntos, una vez que usted sepa en qué consiste la operación y lo que exige la recuperación.

Qué esperar

Para la mayoría de las personas, el codo de tenista sigue una evolución lenta pero constante. Los síntomas suelen aliviarse a lo largo de meses, no de días, y el patrón suele ser de mejoría gradual con algunas recaídas por el camino. El tiempo que tarda no depende de cuánto tiempo lleve con el problema: un tendón que lleva un año doliendo tiene la misma probabilidad de mejorar que uno que lleva unos pocos meses.

Ya ha leído la cifra principal: alrededor de nueve de cada diez codos mejoran en el plazo de un año sin cirugía. Ese es el punto de partida honesto, y se aplica tanto si no hace nada como si sigue un programa de carga o prueba otro tratamiento no quirúrgico. Lo que el tratamiento puede cambiar es el camino, no el destino. Un programa bien llevado busca que supere los meses dolorosos con más comodidad, mientras el tendón realiza en segundo plano su lento trabajo de reparación.

Si su codo es uno de los pocos que siguen doliendo a pesar de un intento genuino de tratamiento no quirúrgico, la cirugía todavía puede ofrecerle un alivio real.

La recuperación tras la cirugía es gradual. Primero mejora el dolor; después, a lo largo de semanas o meses, vuelven la fuerza de agarre y la confianza para usar la mano en las tareas diarias. La terapia de mano posterior a la cirugía la realizará Ruby Doolan en Extend Rehabilitation, quien guiará sus ejercicios y le confeccionará cualquier férula que necesite.

Un pequeño número de personas sigue teniendo dolor después de la cirugía, y alrededor del 1,5 % necesita otra operación. Haberse puesto tres o más inyecciones antes de la cirugía aumenta esa probabilidad. Si sus síntomas no mejoran, empeoran a lo largo de las semanas, le despiertan por la noche o le impiden trabajar o usar la mano o el brazo, consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista.

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

Cuándo consultar a un especialista

La mayoría de los casos de codo de tenista mejoran por sí solos, y alrededor de nueve de cada diez codos están mejor en el plazo de un año sin cirugía. Pero algunos signos indican que es momento de buscar ayuda. Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si su dolor no mejora después de varios meses, si está empeorando, si le despierta por la noche o si le impide trabajar o usar la mano y el brazo con normalidad. Alrededor de una de cada cinco personas con esta afección tiene un dolor lo bastante intenso como para limitar su trabajo y su vida diaria, así que necesitar ayuda no es algo inusual. Si ya ha recibido tres o más inyecciones en el tendón y el dolor sigue limitándole, solicite una valoración por un especialista, porque ese historial cambia lo que un cirujano querrá comentar con usted.

En mayor profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones de tratamiento. Vale la pena leer más sobre el codo de tenista, ya que se trata de una de esas afecciones en las que el tratamiento que parece más eficaz durante el primer mes es, en realidad, el que peor resultado arroja al cabo de un año.

LA AFECCIÓN SUELE CURARSE POR SÍ SOLA, AUNQUE LENTAMENTE

Si se deja sin intervención, el codo de tenista mejora con el tiempo. En el estudio que se describe a continuación, el grupo al que se le indicó simplemente esperar y observar, sin inyecciones ni fisioterapia, fue reevaluado a las 52 semanas; **56 de 62 (90%)** de los pacientes afirmaron haber mejorado mucho o haberse recuperado por completo [1].

Esa cifra constituye el punto de referencia con el que se debe comparar cualquier tratamiento. Una intervención solo merece la pena si logra mejores resultados que la recuperación espontánea, y lo cierto es que, por lo general, la recuperación ocurre por sí sola.

LA PARADOJA DE LOS CORTICOIDES

Un ensayo aleatorizado pionero comparó la inyección de corticoides, la fisioterapia y la simple espera, siguiendo a los pacientes durante un año completo [1].

A las seis semanas, la inyección arrojó resultados excelentes: **51 de 65 (78%)** de los pacientes del grupo de inyección mostraron éxito, frente a **16 de 60 (27%)** de quienes simplemente esperaron; el número necesario a tratar fue de 2 [1].

Posteriormente, la situación se invirtió. De esos pacientes que inicialmente respondieron bien, **47 de 65 (72%)** experimentaron posteriormente una recaída. Al cabo de 52 semanas, el grupo de inyección presentó resultados significativamente peores que el grupo de fisioterapia en todos los parámetros evaluados; además, fue peor que quienes **no recibieron ningún tratamiento** en dos de las tres medidas principales [1].

La explicación ofrecida por los propios autores merece ser citada: la inyección alivia el dolor de forma tan rápida que los pacientes vuelven a someter al tendón a cargas, aun cuando este aún no se ha recuperado del

todo. La conclusión del ensayo fue que los corticoides “deben emplearse con precaución” en el codo de tenista; una afirmación sorprendente respecto a un tratamiento que la mayoría de pacientes esperan recibir.

Por ello, la aplicación de una inyección en estos casos debe ser una decisión meditada, orientada a mejorar la función a corto plazo, y no una opción automática; además, no sustituye en modo alguno al programa de carga progresiva.

ENTONCES, ¿QUÉ MERECE LA PENA HACER?

La fisioterapia superó a la simple espera a las seis semanas en todos los aspectos; a las 52 semanas, ambos grupos resultaron indistinguibles, ya que casi todos los pacientes de ambos grupos se habían recuperado [1]. Por tanto, su utilidad radica en ayudar a superar más rápidamente los meses dolorosos, no en cambiar el desenlace final. Cabe destacar que el grupo que recibió fisioterapia también requirió menos tratamientos adicionales durante el proceso [1]. Teniendo esto en cuenta, el plan razonable consiste en controlar la carga de trabajo y seguir un programa progresivo para los tendones, asumiendo que el tiempo de recuperación se mide en meses.

La cirugía se reserva para esa minoría de pacientes que siguen discapacitados tras un intento genuino y prolongado de tratamiento no quirúrgico. El motivo por el cual ese umbral es tan elevado es precisamente la evolución natural de la enfermedad mencionada: si se opera prematuramente, se está compitiendo contra una afección que, en nueve de cada diez casos, habría resuelto por sí sola.

INYECCIÓN DE CÉLULAS TENDINOSAS CULTIVADAS

Se le podría ofrecer, o podría leer al respecto, el implante de tenocitos autólogos (ATI; comercializado en Australia como OrthoATI), que consiste en una inyección de células tendinosas suyas cultivadas en el laboratorio. Este procedimiento es seguro y biológicamente razonable; los resultados obtenidos en casos de codo de tenista refractario al tratamiento se han mantenido durante más de cuatro años. No obstante, en toda la literatura médica mundial solo existen cinco estudios que incluyen un total de 50 pacientes, y en ninguno de ellos hubo grupo de comparación. Si se compara esto con la evolución natural de la enfermedad descrita anteriormente, resulta evidente la necesidad de ser cautelosos. En la página sobre implante de tenocitos autólogos se detalla todo lo que se sabe y lo que no se sabe al respecto, junto con las referencias correspondientes.

REFERENCIAS

[1] Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Movilización con movimiento y ejercicios, inyección de corticoides o esperar para ver qué sucede en el codo de tenista: ensayo aleatorizado. BMJ. 2006;333(7575):939. https://doi.org/10.1136/bmj.38961.584653.ae

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