

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 consiste en dolor en la parte externa del codo, en el punto óseo donde se insertan los músculos del antebrazo. Se produce cuando el tendón de esa zona se ha desgastado e irritado. Es más frecuente entre los 35 y 65 años, y afecta a alrededor del 3 % de la población.

El dolor empeora al agarrar, levantar o girar objetos. Girar un picaporte, sostener una taza de café, verter líquido de una tetera o levantar una bolsa de la compra pueden desencadenarlo. Al presionar sobre la parte externa del codo, normalmente se siente sensibilidad. Extender la muñeca o los dedos contra resistencia, como al levantar algo con la palma hacia abajo, también suele provocar dolor.

El dolor suele intensificarse tras realizar actividad física, y puede manifestarse como molestia nocturna o al despertar por la mañana. Con el paso de las semanas, puede interferir con la vida cotidiana. Algunas personas notan que el dolor limita sus actividades laborales y sociales. Aproximadamente el 20% de quienes padecen codo de tenista experimentan un dolor lo suficientemente intenso como para restringir su trabajo y actividades diarias.

La buena noticia es que el codo de tenista suele mejorar por sí solo. Los síntomas suelen disminuir gradualmente durante tres o cuatro meses, y la mayoría de los casos se resuelven en 6 meses, independientemente del tratamiento aplicado. Alrededor del 90% de las personas con codo de tenista sin tratamiento ven cómo sus síntomas desaparecen en el transcurso de un año. Incluso si el dolor persiste desde hace tiempo, las probabilidades de recuperación durante el próximo año permanecen prácticamente iguales.

Dado que normalmente mejora por sí solo, la mayoría de las personas no necesitan cirugía. Esta se reserva únicamente para ese pequeño porcentaje de pacientes cuyo dolor no mejora con otros tratamientos.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El punto doloroso corresponde a un tendón llamado extensor carpi radialis brevis. Este tendón fija los músculos de la muñeca y los dedos al hueso situado en la parte externa del codo. Puede imaginarse como una cuerda que sujeta una vela al mástil; cada agarre, levantamiento o torsión ejerce tensión sobre esa “cuerda”.

Con el estrés repetido, la cuerda comienza a desgastarse. El proceso de reparación natural del cuerpo no logra seguir el ritmo, por lo que las fibras tendinosas se vuelven desorganizadas en lugar de mantenerse fuertes y alineadas. No se trata de una hinchazón ni de un brote inflamatorio, aunque el término “epicondilitis” pueda sugerirlo. Es un problema de desgaste; más similar a una cuerda deshilachada que a una cuerda quemada; por eso el dolor reaparece cada vez que se utiliza la mano.

El desgaste ocurre precisamente en el punto donde el tendón se une al hueso; la carga en esa zona aumenta cuando el codo está extendido y la palma de la mano orientada hacia abajo. Esto coincide con los movimientos que le causan dolor: agarrar objetos, levantar cosas con la palma hacia abajo o girar una manija. Además, la capacidad del codo para percibir su propia posición en el espacio puede volverse menos precisa, y el pequeño músculo situado en la parte posterior del codo no se activa como debería al realizar un agarre. Por ello, el problema no se limita únicamente al tendón; también es importante cuidar el cuello, el hombro y todo el brazo, no solo el codo.

Si el dolor persiste durante mucho tiempo y posteriormente se produce otra lesión en el codo, el ligamento cercano que estabiliza la articulación también puede resultar sobrecargado. Esto puede hacer que el codo se sienta inestable además de doloroso; es una de las razones por las que algunos casos no mejoran con tratamientos sencillos.

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, si es necesario, solicitamos estudios de imagen.

En la mayoría de los casos, el codo de tenista mejora sin necesidad de cirugía, por lo que normalmente iniciamos con tratamientos no quirúrgicos. Puede aliviar la carga sobre el tendón modificando la forma en que agarra, levanta y gira objetos tanto en el trabajo como en casa. La fisioterapia tiene como objetivo reducir el dolor y recuperar la fuerza en su muñeca y antebrazo. Le recomendamos seguir este tratamiento durante varios meses. Las probabilidades de recuperación permanecen prácticamente iguales durante el primer año, incluso si el dolor ya lleva tiempo presente.

Los analgésicos y antiinflamatorios pueden aliviar ligeramente el dolor, aunque su efecto es limitado y pueden provocar efectos secundarios. Las inyecciones son otra opción que podríamos considerar. La cortisona puede reducir el dolor a corto plazo; el ácido hialurónico es un líquido lubricante que se inyecta alrededor del tendón.

El plasma rico en plaquetas implica extraer una muestra de su propia sangre, procesarla para concentrar las células de reparación y luego inyectarla en el tendón. Analizaremos en detalle cada uno de estos tratamientos y la duración de sus efectos antes de decidir conjuntamente cuál sería el más adecuado para usted.

La cirugía se plantea únicamente cuando estos tratamientos no han producido mejoría suficiente y el dolor sigue limitando sus actividades laborales o cotidianas. La intervención consiste en extirpar la parte desgastada y deteriorada del tendón en su punto de inserción al hueso, en la parte externa del codo. Consideramos que esta decisión debe ser compartida, tomada en conjunto una vez que usted comprenda en qué consiste la operación y qué beneficios y limitaciones conlleva.

Qué esperar

El pronóstico para el codo de tenista suele ser favorable; ya ha visto las cifras: la mayoría de los codos mejoran en el transcurso de un año, independientemente del tratamiento empleado. El dolor tiende a disminuir gradualmente, en lugar de desaparecer de la noche a la mañana. Con el paso de semanas y meses, notará que los episodios de dolor son más breves e intensidad menor, y que actividades cotidianas como sostener una tetera o girar un pomo resultan más fáciles. El hecho de haber padecido el dolor durante mucho tiempo no empeora sus posibilidades de recuperación.

Si su codo no mejora con los tratamientos más sencillos, la cirugía sigue siendo una opción razonable. Algunos procedimientos quirúrgicos para casos crónicos de codo de tenista presentan tasas de éxito del 75 % al 80 %.

Es importante saber que la cirugía no garantiza la curación. Un pequeño porcentaje de pacientes, alrededor del 1,5 %, necesitará una segunda intervención posteriormente. Recibir tres o más inyecciones antes de la cirugía aumenta esa probabilidad. Como en cualquier operación, existen riesgos generales como infecciones o rigidez; además, ciertos procedimientos pueden dejar el codo ligeramente más rígido que antes.

En resumen: lo más probable es que su codo mejore por sí solo o mediante fisioterapia y cambios adecuados en el uso del brazo. Si eso no ocurre, la cirugía ayuda a la mayoría de las personas que llegan a ese punto, aunque no a todas.

Cuándo consultar a un especialista

La mayoría de los casos de codo de tenista se resuelven por sí solos; por eso, el tiempo suele ser el principal tratamiento. Acuda a su médico de cabecera si el dolor en la parte externa del codo persiste más de 6 semanas, o si le impide trabajar o dormir. Solicite una evaluación especializada si los tratamientos sencillos y la fisioterapia durante varios meses no han surtido efecto, o si además de doler, el codo le resulta inestable; en ocasiones, un ligamento distendido puede ser la causa del problema. Informe a su médico de cabecera cuántas inyecciones ha recibido, ya que tres o más inyecciones de corticoides antes de cualquier intervención quirúrgica aumentan la probabilidad de necesitar otra cirugía posterior. Si observa calor, enrojecimiento o fiebre junto con el dolor, consulte a su médico de inmediato en lugar de esperar a que mejore.

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 y con los resultados obtenidos mediante cirugía placebo, 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>