

Epicondylitis lateral (codo de tenista)

El codo de tenista afecta al tendón extensor común en el punto donde se inserta en la protuberancia ósea situada en la parte externa del codo (el epicóndilo lateral).

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.

Esta página explica cómo se maneja el codo de tenista y cómo se realiza su rehabilitación, tanto si se trata sin cirugía (que es el caso de casi todos los pacientes) como si se está recuperando tras una operación para reparar el tendón. La supervisa el Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. Comienza con su programa de ejercicios en casa, seguido del protocolo clínico estructurado destinado a su fisioterapeuta o terapeuta de mano; lleve esta página o su versión en PDF a sus sesiones de terapia para garantizar que la rehabilitación se realice de manera coordinada. Su terapeuta podrá ajustar el plan según el progreso de su recuperación.

Qué esperar

El codo de tenista (epicondylitis lateral) es un problema que afecta al tendón situado en la parte externa del codo, concretamente al tendón extensor común y, en particular, a un pequeño músculo llamado ECRB. A pesar del sufijo “-itis” en su nombre, **no se trata de una inflamación que pueda resolverse con reposo**. En realidad, es un **cambio degenerativo del tendón** (tendinosis), en el que las fibras tendinosas se han desorganizado y no han sanado adecuadamente.

Esto es importante porque modifica por completo el tratamiento. No mejorará el estado del codo simplemente con reposo y protección; de hecho, el reposo prolongado suele debilitar el tendón y retrasar su recuperación. Para mejorar, es necesario someter el tendón a una carga gradual, de modo que se remodele y recupere su capacidad para soportar esfuerzos y agarres. El proceso consiste en: primero controlar el dolor y luego fortalecer progresivamente el tendón, comenzando con ejercicios isométricos suaves y avanzando hacia ejercicios de fortalecimiento controlados y lentos, como el “Tyler twist”.

La buena noticia es que, con un programa de carga adecuado, el codo de tenista suele mejorar por sí solo. Alrededor de 80–90% de los pacientes experimentan mejoría en el transcurso de un año; aunque en algunos casos puede tardar hasta 12–18 meses en resolverse por completo. La cirugía solo se considera cuando, tras al

menos seis meses de rehabilitación constante y de calidad, no se observan mejoras; y solo una pequeña minoría (aproximadamente 4–11%) llega a necesitarla.

Precauciones y limitaciones

Se debe hacer:

- Seguir utilizando el brazo: cargue el tendón, no lo deje en reposo.
- Use el dolor como guía: un dolor leve durante y después del ejercicio es normal y esperado; un dolor agudo o en aumento indica que debe reducir la intensidad.
- Levante los objetos con la palma hacia arriba (como si sostuviera un tazón de sopa) para reducir la carga sobre el tendón dolorido.
- Utilice un aparato de contrafuerza sobre el músculo del antebrazo durante tareas de agarre y levantamiento.

No se debe hacer:

- No inmovilice el codo con un yeso o cabestrillo en caso de codo de tenista; ese no es el tratamiento adecuado para una tendinosis.
- No realice agarres intensos con el codo extendido y la muñeca flexionada (por ejemplo, levantar un objeto pesado con la palma hacia abajo).
- No recurra de inmediato a una inyección de esteroides. La cortisona puede aliviar los síntomas durante unas pocas semanas, pero la evidencia demuestra que a los 6–12 meses produce peores resultados y más recurrencias que la fisioterapia o simplemente esperar. No es un tratamiento de primera línea.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Siguen el proceso de recuperación en orden: el corsé de contrafuerza y las contracciones isométricas ayudan a controlar el dolor al principio; los estiramientos mantienen la flexibilidad del antebrazo; y el giro de Tyler, la rotación del antebrazo y los ejercicios de agarre ayudan a fortalecer nuevamente los tendones. Comience a realizarlos según las indicaciones del Dr. Hirpara y su terapeuta; no es necesario hacerlos todos desde el primer día. Su terapeuta le indicará cuáles debe iniciar y cuándo añadir los ejercicios de fortalecimiento.

Su protocolo clínico

El resto de esta página contiene el protocolo de rehabilitación clínica para la epicondilitis lateral (codo de tenista). Esta sección debe entregarse a su fisioterapeuta o terapeuta de la mano; cada fase comienza con una explicación sencilla en lenguaje coloquial sobre lo que está ocurriendo.

El protocolo consta de dos vías: una **vía no quirúrgica** (tratamiento de primera línea para prácticamente todos los pacientes) y una **vía postoperatoria** destinada a aquellos pocos pacientes que se someten a desbridamiento

del tendón extensor radial corto del carpo tras haber recibido tratamiento conservador de calidad durante seis meses o más sin obtener resultados.

VÍA NO QUIRÚRGICA

El principio fundamental es la carga progresiva del tendón, guiada por el nivel de dolor. El objetivo es acortar la duración de los síntomas y restaurar la tolerancia a la carga, no mantener el tendón en reposo.

Fase I — Control agudo del dolor (0–2 semanas)

El objetivo aquí es controlar el dolor y restablecer el movimiento sin carga. No se practica inmovilización; se trata de un reposo relativo, no de un vendaje rígido.

Para su fisioterapeuta:

- **Objetivos:** controlar el dolor; restablecer el rango de movimiento activo completo sin carga (AROM).
- **Manejo:** modificación de actividades, protección articular y consejos ergonómicos. Opcionalmente, se puede utilizar un **tutúr de contrapeso** sobre la masa extensora común para disminuir la carga sobre el origen del ECRB durante la prensión; también se puede emplear una férula de muñeca (en posición de extensión) si existe dolor agudo al realizar movimientos de extensión. Para controlar el dolor: hielo, movilización de tejidos blandos mediante técnicas manuales o instrumentales (IASTM), AROM suave y sin dolor; también se puede considerar la acupuntura seca y los deslizamientos nerviosos.
- **Criterios para avanzar:** AROM completo sin dolor y capacidad para realizar de forma independiente el programa de ejercicios en casa.

Fase II — Subaguda / carga temprana (2–4 semanas)

Se inicia la carga tendinosa de forma gradual, y se trabaja la cadena cinética proximal (omóplato y manguito rotador), ya que la debilidad en la parte superior del brazo provoca sobrecarga en el codo.

Para su fisioterapeuta:

- **Objetivos:** iniciar la carga tendinosa; trabajar la cadena cinética proximal.
- **Ejercicios:** carga **isométrica** de los extensores y flexores de la muñeca (carga ligera; los ejercicios isométricos se toleran bien y tienen efecto analgésico en la tendinopatía reactiva); **estiramientos** progresivos de los flexores y extensores de la muñeca con el codo a 90°; ejercicios proximales: serrato anterior, trapecio medio/inferior, manguito rotador y estabilizadores del omóplato.
- **Criterios para avanzar:** se mantiene la amplitud de movimiento completa; el paciente tolera el estiramiento con el codo flexionado a 90°; se alcanza aproximadamente el **70 % de la fuerza/agarre del lado contralateral**.

Fase III — Fortalecimiento / retorno (4–6+ semanas; a menudo hasta 12 semanas)

En esta fase se reconstruye el tendón y se restaura la tolerancia a la carga para el trabajo y el deporte. La carga excéntrica-concéntrica constituye el pilar terapéutico principal.

Para su fisioterapeuta:

- **Objetivos:** restaurar la tolerancia a la carga y la capacidad para el deporte y el trabajo.
- **Ejercicios:** carga excéntrica-concéntrica de extensión de muñeca y pronación/supinación del antebrazo; el **Tyler Twist (FlexBar)** es el instrumento excéntrico típico para uso en casa. Se debe progresar hacia el estiramiento con el **codo extendido**; además, utilizar la movilización con movimiento (Mulligan). También se recomienda el **fortalecimiento de la prensión** y la carga específica para tareas o deportes; para atletas, se pueden emplear ejercicios pliométricos. Se debe retirar gradualmente el **soporte de contrafuerza** a medida que el paciente quede asintomático. Para atletas, es necesario modificar el equipamiento (tamaño de la empuñadura, tensión de las cuerdas, técnica).
- **Criterios para avanzar (retorno al deporte):** aproximadamente **el 90 % de la fuerza del lado contralateral**, función sin dolor y capacidad de autogestión.

PROTOCOLO POSTOPERATORIO (DESBRIDAMIENTO DEL ECRB ± LIBERACIÓN)

La cirugía está indicada únicamente para aquellos pacientes (~4–11%) que no responden a al menos 6 meses de tratamiento conservador adecuado. El desbridamiento abierto de tipo Nirschl y el desbridamiento artroscópico del ECRB arrojan resultados similares. El cronograma que se detalla a continuación sigue el Estándar de Atención de Brigham & Women's para el desbridamiento del epicóndilo lateral.

Fase 1 — Protección (Días 1–7)

Durante la primera semana, el cabestrillo se utiliza únicamente para mayor comodidad.

Para su fisioterapeuta:

- El cabestrillo sirve solo para comodidad; aplicar hielo durante 20 minutos, 2–3 veces al día; usar una almohadilla en el codo sobre la incisión.
- Realizar movimientos activos de amplitud de rango de movimiento en la mano, muñeca y codo, siempre sin dolor; ejercicios de movilidad del hombro; ejercicios periescapulares.
- Evitar al máximo las actividades de la vida diaria que sobrecarguen el mecanismo extensor (levantar objetos, extender completamente el codo combinado con flexión de muñeca); levantar objetos con la palma hacia arriba para reducir la carga sobre los extensores; si el dolor es intenso, se puede usar una férula de muñeca de forma opcional.

Fase 2 — Movilización temprana (Semanas 2–4)

Para su fisioterapeuta:

- **Retire el cabestrillo.** Comience con movilización pasiva y asistida dentro de los límites del dolor tolerable.
- Fortalecimiento suave: movimientos activos e **isometría submáxima**. Inicie el cuidado de la cicatriz.

Fase 3 — Fortalecimiento (Semanas 5–7)

Para su fisioterapeuta:

- **Progresar con el fortalecimiento resistivo** (pesas / bandas elásticas Theraband), enfocándose en la resistencia de los extensores de la muñeca (carga ligera, mayor número de repeticiones). Restaurar el rango de movimiento activo y pasivo por completo.
- Introducir **ortesis de contrafuerza** para el tendón extensor común (acompañadas de instrucciones para evitar la compresión nerviosa); realizar un masaje transversal suave; comenzar la preparación funcional.

Fase 4 — Funcional / retorno a la actividad (Semanas 8–12)

Para su fisioterapeuta:

- **Entrenamiento funcional orientado a tareas específicas**; retorno a actividades laborales de mayor exigencia y a actividades recreativas.
- Continuar utilizando el dispositivo de contrafuerza según sea necesario para realizar actividades de la vida diaria sin dolor y para el fortalecimiento muscular.

Volver al trabajo y a las actividades

Si está tratando el codo de tenista sin cirugía, no existe un período fijo de “inactividad laboral”; puede seguir utilizando el brazo, modificando las tareas que requieran mayor fuerza de agarre y levantamiento, y empleando un soporte contrarresistente para afrontarlas. Lo razonable es esperar que el codo mejore en el transcurso de 6–12 meses; la mayoría de las personas (80–90%) experimentan una mejoría dentro de un año. Se trata de un problema tendinoso de evolución lenta, por lo que los avances se miden a lo largo de semanas y meses, no de días. Mantenerse fiel al programa de carga es lo que permite lograr esa mejoría; los brotes de dolor ocasionales son normales y no representan un retroceso, siempre y cuando el malestar leve desaparezca al día siguiente.

En caso de haberse sometido a cirugía, el cabestrillo se usa únicamente para mayor comodidad durante la primera semana y se retira a medida que el codo se estabiliza. El fortalecimiento comienza a notarse a partir de la semana 5–7; la mayoría de los pacientes vuelven a desempeñar sus actividades laborales y recreativas alrededor de la semana 8–12. Las exigencias más intensas y específicas del deporte se reintroducen gradualmente en ese periodo, según la tolerancia del tendón a la carga.

El regreso al deporte (en ambos casos) depende de alcanzar aproximadamente el 90% de la fuerza del otro brazo, además de contar con una función sin dolor y la confianza para autogestionarse; no se basa únicamente en el paso del tiempo.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo complementa las recomendaciones generales de recuperación que ofrece la clínica; consulte [cómo manejar el dolor postoperatorio](#) y, si se ha sometido a cirugía, [cuidados de la herida](#) y [conceptos básicos de la terapia de la mano](#). El plan por fases descrito anteriormente se basa en las mejores evidencias actuales para el

codo de tenista (carga progresiva del tendón en lugar de reposo); su recuperación continua será guiada individualmente por su fisioterapeuta o terapeuta de la mano, según la evolución de su codo.