

Epicondilitis medial (codo de golfista)

Codo de golfista: desgaste de los tendones flexores-pronadores en el punto donde se insertan en la protuberancia ósea del lado interno del codo (el epicóndilo medial). El nervio cubital pasa justo detrás de esa zona.

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 le guiará en su recuperación de la epicondilitis medial (conocida comúnmente como **codo de golfista**) bajo el cuidado del Dr. Kieran Hirpara en el Mater Private Hospital Rockhampton. La mayoría de las personas se recuperan por completo sin necesidad de cirugía; el pilar fundamental del tratamiento es un programa de ejercicios progresivo y basado en la carga, en lugar del reposo. El proceso comienza con su programa de ejercicios en casa, seguido del protocolo clínico estructurado redactado **para su fisioterapeuta o terapeuta de mano**; lleve esta página o su versión en PDF a su primera sesión de terapia para garantizar una rehabilitación coordinada. Su terapeuta podría modificar el plan según el progreso de su recuperación.

Si experimenta hormigueo, entumecimiento o debilidad en el dedo meñique y el anular, comuníquelo al consultorio o a su terapeuta; el nervio cubital pasa justo detrás del codo interno y, en ocasiones, requiere atención específica.

Qué esperar

El codo de golfista es un problema degenerativo de los tendones en la cara interna del codo: los tendones flexores-pronadores, encargados de doblar la muñeca y girar la palma hacia abajo, donde se insertan en la protuberancia ósea llamada epicóndilo medial. A pesar del antiguo nombre “epicondilitis”, en realidad no se trata de una inflamación; el tendón se ha debilitado y desorganizado debido a la sobrecarga. Por eso, el tratamiento moderno no consiste en reposo ni antiinflamatorios, sino en un programa gradual que someta al tendón a una carga controlada hasta recuperar su fuerza plena.

La recuperación requiere paciencia. El codo de golfista suele ser autolimitado, pero puede tardar entre 6 y 18 meses en resolverse por completo. La buena noticia es que la gran mayoría de las personas mejoran con un buen programa conservador y nunca necesitan cirugía. La intervención quirúrgica solo se considera si, tras al menos seis meses de tratamiento adecuado, no se observan mejorías.

Una característica que diferencia el codo interno del externo (codo de tenista) es el **nervio ulnar** (el “nervio del codo”), que discurre en un surco justo detrás del epicóndilo medial. Aproximadamente la mitad de las personas con codo de golfista también presentan cierta irritación de este nervio; por ello, su terapeuta lo evaluará en cada consulta y podría añadir ejercicios específicos para deslizar el nervio.

Precauciones y limitaciones

Se debe:

- Seguir utilizando el brazo para las tareas cotidianas habituales, dentro de unos límites cómodos.
- Modificar, en lugar de interrumpir por completo, las actividades que provocan molestias.
- Usar un aparato de contrafuerza sobre el músculo del antebrazo durante las actividades que empeoran los síntomas, si esto resulta útil.
- Realizar estiramientos y ejercicios de carga de forma regular; la constancia es más importante que la intensidad.

No se debe:

- No deje el codo completamente en reposo ni lo inmovilice con un yeso; el tendón necesita una carga suave para cicatrizar.
- Evite al principio las actividades que implican gran carga en valgo: golf, lanzamientos (especialmente en las fases de preparación y aceleración), natación y deportes con raqueta, hasta que haya recuperado la fuerza.
- No realice ningún ejercicio hasta el punto de sentir dolor intenso, ni practique ejercicios de deslizamiento nervioso si genera hormigueo o entumecimiento.
- Si los síntomas del nervio cubital (hormigueo o entumecimiento en el dedo meñique y el anular) empeoran, reduzca la intensidad de los ejercicios y consulte a su médico antes de continuar con la carga.

Sus ejercicios

Estos son los ejercicios que aparecen en su folleto. Comience a realizarlos siguiendo las indicaciones del Dr. Hirpara y de su terapeuta. En las primeras semanas, el enfoque principal es controlar el dolor, realizar movimientos suaves y mantener contracciones isométricas; posteriormente, se incorporan el giro inverso de Tyler excéntrico y el fortalecimiento del agarre a medida que mejora su condición. El deslizamiento del nervio cubital también se incluye, ya que este nervio suele verse afectado en la zona interna del codo; realícelo con suavidad.

Su protocolo clínico

El resto de esta página contiene el protocolo de rehabilitación clínica. Esta sección debe entregarse a su fisioterapeuta o terapeuta de mano. Se basa en criterios específicos en lugar de depender únicamente del

tiempo: el avance entre fases depende del cumplimiento de los objetivos indicados, no simplemente del paso del tiempo. En cada consulta se evalúa el estado del nervio cubital (signo de Tinel, subluxación), ya que aproximadamente 50–60% de los casos de lesión medial presentan síntomas concomitantes del nervio cubital; estos síntomas constituyen la causa principal del fracaso del tratamiento conservador.

A continuación se describen dos vías de tratamiento: el programa **no quirúrgico** (primera línea, para la gran mayoría de pacientes) y el programa **postoperatorio** (destinado a la minoría que requiere cirugía tras no responder al tratamiento conservador).

VÍA NO QUIRÚRGICA

Fase I: Aguda / control del dolor (0–2 semanas)

Objetivos: controlar el dolor; restaurar el rango de movimiento completo sin carga.

- Reposo relativo y **modificación de actividades**: utilizar el dolor como límite; evitar la inmovilización. Modificar actividades como el golf, lanzamientos, natación, deportes de raqueta, levantamiento de pesas y cualquier actividad que implique agarre repetitivo.
- Uso opcional de **férula de contragestión** sobre la masa de flexores comunes; también se puede emplear una férula de muñeca si el dolor es intenso.
- Medidas complementarias para el control del dolor: hielo, tratamiento de tejidos blandos / IASTM, ejercicios suaves de rango de movimiento activo sin dolor, deslizamientos nerviosos.
- **Evaluación del nervio ulnar** (prueba de Tinel, detección de subluxación).
- *Criterios para avanzar*: rango de movimiento completo sin dolor; capacidad de seguir un programa de ejercicios en casa de forma independiente.

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

Objetivos: iniciar la carga sobre los músculos flexores y pronadores; trabajar la cadena cinética proximal.

- Carga **isométrica** ligera sobre los flexores de muñeca y músculos pronadores.
- Estiramiento progresivo de los flexores de muñeca con el codo flexionado a 90°.
- **Cadena cinética proximal**: estabilizadores escapulares (serrato anterior, trapecio medio e inferior) y manguito rotador; fundamentales en lanzadores, donde la sobrecarga medial del codo se debe a fuerzas de valgo.
- *Criterios para avanzar*: se mantiene el rango de movimiento completo; tolera el estiramiento a 90°; fuerza muscular alcanza aproximadamente el 70 % de la del lado contralateral.

Fase III: Fortalecimiento / retorno a la actividad (4–6+ semanas)

Objetivos: restaurar la tolerancia a la carga y volver a la función normal y al deporte.

- Carga **eccéntrica-concéntrica** sobre flexión de muñeca y pronación del antebrazo: el equivalente medial del “Tyler twist” es el “**reverse Tyler twist**” (flexión excéntrica de muñeca mediante una FlexBar). Se

prefiere este tipo de carga combinada; la isometría sigue siendo útil para el control del dolor en fases iniciales.

- Movilización acompañada de movimiento; progresar con los estiramientos hasta lograr la extensión completa del codo.
- Fortalecimiento del agarre, seguido de cargas específicas para el deporte; en lanzadores, se aplica un **programa de lanzamientos por intervalos**; por último, ejercicios pliométricos.
- Retirar gradualmente la férula de contragestión a medida que el codo deja de doler; revisar el equipamiento y la técnica empleada.
- *Criterios para el retorno al deporte:* fuerza muscular alcanza ~90% de la del lado contralateral, función sin dolor y capacidad de autogestión.

PROTOCOLO POSTOPERATORIO (DESRIDAMIENTO DEL ORIGEN DEL FLEXOR-PRONADOR ± REPARACIÓN ± PROCEDIMIENTO DEL NERVO ULNAR)

La cirugía se reserva para aquellos casos en los que el tratamiento conservador no ha surtido efecto tras ≥ 6 meses. La intervención abierta de tipo Nirschl permite el desbridamiento del tejido patológico en el origen del flexor-pronador y, con frecuencia, su reparación/reinserción; **el nervio ulnar se evalúa y protege**, realizándose descompresión o transposición anterior de forma simultánea en ciertos casos.

Fase 1: Protección (0–2 semanas)

- **Férula posterior de brazo largo** (codo + muñeca) durante **10–14 días**; cabestrillo para uso diario.
- Elevación del miembro y control del edema; ejercicios de AROM para dedos y tendones; AROM activo del hombro; AROM suave del cuello.
- *Precauciones:* Prohibido levantar, empujar, tirar o realizar agarres fuertes; se debe proteger la zona reparada.

Fase 2: Restauración de la amplitud de movimiento (2–6 semanas)

- En la consulta a las ~2 semanas: retiro de puntos; cambio a una **ortesis de muñeca neutra** de uso continuo (se retira para higiene); uso de Tubigrip en el codo para controlar la hinchazón.
- Iniciar **AROM de flexión/extensión del codo** a la semana 2–4; posteriormente, **AROM de muñeca en 4 direcciones + rotación del antebrazo** y AROM de dedos/pulgar a la semana 4–6.
- **Los ejercicios de deslizamiento del nervio ulnar se introducen a la semana 4–6** (elemento específico para el lado medial).
- Estabilización escapular (resistencia mediante gravedad). **No se permite fortalecimiento con resistencia hasta pasadas 6 semanas.**

Fase 3: Fortalecimiento (6–12 semanas)

- Retirar progresivamente la ortesis según tolerancia (al principio puede usarse por la noche).
- **Fortalecimiento progresivo con resistencia** de muñeca y antebrazo. Al inicio, no se realizan movimientos de supinación/pronación con resistencia; se empieza a levantar objetos en **supinación/posición neutra**, incorporando levantamientos en pronación a partir de la **semana 9 aproximadamente.**

Fase 4: Regreso a actividades/deportes (12–16+ semanas)

- Aumentar progresivamente el levantamiento de pesas en **todas las posiciones del antebrazo** según tolerancia; **el regreso completo a actividades se produce alrededor de la semana 12–16**; para atletas, se implementa un programa específico de entrenamiento deportivo y lanzamientos. La recuperación total suele tardar 3–6 meses.

Precauciones para el nervio ulnar: si se realizó transposición anterior, **al principio se debe limitar la flexión extrema del codo** y aumentar gradualmente el rango de movimiento del nervio. Si persisten o empeoran los síntomas relacionados con el nervio ulnar, es necesario consultar al cirujano antes de intensificar el esfuerzo físico.

Volver al trabajo y a las actividades

La rapidez con la que se reintegra depende del tratamiento seguido, así como de las exigencias de su trabajo y de su deporte.

Tratamiento no quirúrgico. Por lo general, puede seguir trabajando y manteniendo su actividad, modificando aquellas tareas que irriten el codo en lugar de interrumpirlas por completo. El golf, los deportes de lanzamiento, la natación y los deportes de raqueta se reintroducen gradualmente durante la fase de fortalecimiento, una vez que la fuerza del codo afectado alcanza aproximadamente el 90 % de la del lado sano y la función es indolora. Dado que el codo de golfista es una afección autolimitada, la resolución completa puede tardar entre 6 y 18 meses, aunque la funcionalidad diaria mejora mucho antes.

Tras la cirugía. Se permite un uso ligero y restringido desde el principio, pero se evitan levantamientos pesados y esfuerzos de agarre para proteger la reparación quirúrgica. La mayoría de los pacientes vuelven a realizar todas sus actividades alrededor de las 12 a 16 semanas; la recuperación total suele tardar entre 3 y 6 meses. Los atletas que realizan lanzamientos siguen un programa progresivo de lanzamientos intermitentes antes de retomar la competición.

Conducción: evite conducir mientras lleve férula o cabestrillo, o si el codo le duele demasiado para controlar el vehículo con seguridad. Puede volver a conducir una vez que haya retirado la férula y pueda mover el brazo sin molestias, según lo confirmado en su revisión médica.

Después de seguir este protocolo

Este protocolo se complementa con las recomendaciones generales de recuperación de la clínica; consulte [control del dolor postoperatorio](#), [cuidado de la herida](#) y [conceptos básicos de la terapia de la mano](#). El codo de golfista comparte el mismo enfoque basado en la carga que su homólogo en la parte externa del codo, el codo de tenista; consulte a su terapeuta si desea obtener las mismas pautas para el [epicondilitis lateral](#). Su recuperación continua será guiada individualmente por su fisioterapeuta o terapeuta de la mano, según la evolución de su codo.