

EPICONDILITIS

La **epicondilitis**, comúnmente conocida como **codo de tenista**, es una tendinitis en la inserción del codo de los músculos del antebrazo, principalmente del tendón del músculo extensor radial corto del carpo.

Los músculos y los tendones del antebrazo se dañan debido al uso excesivo, al repetir los mismos movimientos una y otra vez. Esto produce dolor y sensibilidad en la parte exterior del codo.

La articulación de su codo está formada por tres huesos: el hueso del brazo (húmero) y los dos huesos del antebrazo (radio y cúbito). Existen unas protuberancias óseas en la parte inferior del húmero llamadas epicóndilos. A la protuberancia ósea de la parte exterior (lado lateral) del codo se le llama epicóndilo lateral.

La epicondilitis lateral, o codo de tenista, implica los músculos y los tendones del antebrazo. Los músculos del antebrazo extienden la muñeca y los dedos. Los tendones del antebrazo, a menudo llamados extensores, unen los músculos al hueso. Se unen al epicóndilo lateral. Al tendón usualmente involucrado en el codo de tenista se le llama extensor radial corto del carpo (ECRB).





¿Qué causa la Epicondilitis?

La epicondilitis es consecuencia de una sobrecarga mecánica en la zona de unión de los músculos extensores del antebrazo con el epicóndilo causado por el sobreuso de éstos en actividades que requieren movimientos repetitivos de extensión y prono-supinación. Dentro del grupo muscular de los extensores, el músculo extensor radial corto del carpo es el más frecuentemente afectado. Este músculo ayuda a estabilizar la muñeca cuando el codo está extendido y a extender la muñeca en distintas posiciones.

En caso de una debilidad de este músculo o bien por uso excesivo se van a formar desgarros microscópicos en el tendón donde se une al epicóndilo lateral. Si estos desgarros son repetitivos y superan la capacidad de reparación va a aparecer en la zona un proceso inflamatorio y dolor.

Además del uso excesivo, el extensor radial corto tiene un mayor riesgo que otros músculos a dañarse debido a su posición anatómica. El movimiento repetitivo de flexión y extensión del codo produce un roce reiterado contra las protuberancias óseas que provoca un desgaste gradual y desgarros del músculo con el transcurso del tiempo.

La mayor parte de pacientes afectados tienen entre 30 y 50 años y podemos dividirlos en dos grupos para entender cuales son los factores causante: Practicantes de deportes raqueta y aquellos afectados por otras actividades.



1 - Ocupaciones :

Casi siempre que os diagnosticamos en consulta de epicondilitis y no sois jugadores habituales de raqueta, os puede chocar que el sobrenombre de codo de tenista. Sin embargo, esta patología no ocurre solo en el mundo del tenis, sino que también puede ocurrir en personas que realizan actividades laborales o recreativas que requieren el uso repetitivo y vigoroso del músculo del antebrazo. Todos aquellos trabajos o actividades que se realizan con la muñeca mantenida hacia arriba pueden provocar epicondilitis, como por ejemplo escribir en teclado, usar ratón ordenador, pintar, cocineros, carniceros, carpinteros.

Cualquier actividad que conlleve una tensión repetitiva de muñeca puede llevar a una epicondilitis.

2- Deportes de raqueta:

La práctica del tenis o padel, especialmente debido al revés a una mano, se asocia al desarrollo de la epicondilitis. Por tanto, modificaciones en la técnica de golpeo, así como un entrenamiento adecuado y los ejercicios de calentamiento previos pueden disminuir el riesgo. Algunas de las causas biomecánicas mas claras en estos pacientes son las siguientes

- 1) La incapacidad de mantener la muñeca fija a la hora de realizar un golpe de revés conduce a una ligera hiperextensión de ella con la consiguiente sobrecarga de los extensores que se insertan en el codo.
- 2) El uso de raquetas muy rígidas asociado a una musculatura débil y con poca elasticidad son factores que predisponen el desarrollo de la epicondilitis.

Al usar repetitivamente estos músculos se producen **microlesiones en el tendón**. Si esto se mantiene en el tiempo se produce irritación y dolor en la parte externa del codo.

Síntomas de epicondilitis

La mayoría de las personas que padecen codo de tenista tienen entre 30 y 50 años de edad.

Hay algunos síntomas característicos, que pueden hacer sospechar de sufrir una epicondilitis:

- Dolor e impotencia funcional al extender la muñeca y hacer supinación del antebrazo.
- Dolor en la parte externa del codo.
- Dolor al palpar la zona del epicóndilo.
- Dolor con algunos movimientos fáciles, como levantar una taza de café, jarra del agua, las bolsas de la compra. También, en profesionales, al hacer movimientos de revés en tenis o pádel.
- Dolores que no remiten ni con reposo, frío local o antiinflamatorios.
- Sensación de pérdida de fuerza del antebrazo.

En la mayoría de los casos, el dolor comienza siendo leve y lentamente empeora a lo largo de semanas y meses. Usualmente no hay una lesión específica asociada con el inicio de los síntomas. Con el tiempo, el dolor pasa a ser crónico apareciendo incluso en reposo, reagudizándose con los esfuerzos.

Con frecuencia aparece debilidad con sensación de pérdida de fuerza en la mano y dificultad para coger y cargar objetos. No suele haber alteraciones en la movilidad del codo que es normal. En ocasiones los pacientes comentan un dolor asociado en la parte interna del codo (epitrocleititis) como consecuencia del sobreuso compensatorio al que es

sometida la región interna del codo, por el dolor y la debilidad que ocurren en la región lateral.



Diagnóstico

El diagnóstico se basa en la historia clínica y el examen físico. No se precisa de pruebas complementarias para su diagnóstico.

Durante la exploración, os realizaremos una serie de maniobras para determinar con precisión el diagnóstico. A la exploración va a existir un dolor “a punta de dedo” a 1-2 cm del epicóndilo que aumenta cuando se pide al paciente que extienda su muñeca contra-resistencia con el codo completamente extendido.

En cuanto a las pruebas de imagen, no son imprescindibles para establecer el diagnóstico de epicondilitis. La radiografía no tiene valor diagnóstico a no ser que sospechemos tumoraciones óseas o calcificaciones. Mediante la ecografía podemos comparar activamente el grado de afectación del tendón, la desestructuración de la inserción de los tendones en el codo, una hipervascularización, aumento de la cantidad de vasos sanguíneos en la misma localización o la aparición de una calcificación en la zona de la inserción. La resonancia magnética puede demostrar la existencias de rotura parciales o la presencia de tendinosis

Tratamiento de la Epicondilitis

El tratamiento inicial
de medidas. Aprox
tratamiento no quirú
El tratamiento inicial



nación de una serie
enen éxito con un

- **Antiinflamato**
- **Modificar la**
almohadilla c
empuñadura,
ser necesario una
 muñeca, modificar la
- **Reposo del codo**, reduciendo las actividades que provocan el dolor, así como la intensidad del ejercicio y el tiempo.
- Aplicación de **hielo**.
- Utilización de **banda o cincha de Epicondilitis**. Es una banda que se coloca 1cm por debajo del epicóndilo. Puede aliviar los síntomas al permitir el descanso de los tendones extensores al interrumpir la transmisión de fuerzas. Minimiza el traumatismo repetitivo en la inserción del tendón y por tanto disminuye la transmisión de la carga y la fuerza al epicóndilo.

Posición correcta para colocar la cincha de Epicondilitis, a unos 2-3 cm del punto de dolor en el codo, y es importante que esté apretada , como hundiendo un poco el músculo, para así aliviar la tensión en el origen de los tendones en el codo.

- **Fisioterapia** con técnicas como ultrasonidos, TENs, punción seca, ondas de choque, ...
- **Tablas de ejercicios** para realizar en domicilio (*ver apartado de ejercicios de la página web*). Tras superar la fase aguda se comenzará con ejercicios de estiramiento de la musculatura extensora del antebrazo; En una segunda fase, cuando haya disminuido el dolor, ejercicios de fortalecimiento (contra-resistidos y con peso gradualmente progresivo) haciendo hincapié en la fase excéntrica de la musculación.
- **Infiltraciones** ; pudiendo realizarse de corticoides con anestesia o las infiltraciones de factores de crecimiento plaquetario (*ver apartado de medicina regenerativa en la página web*). Las infiltraciones con un corticoide son una opción en la epicondilitis cuando existe mucho dolor, pero no deben repetirse si no tienen efecto y nunca más de tres veces. La infiltración de estos medicamentos puede ser muy eficaz pero puede aumentar la probabilidad de una recaída por lo que seleccionamos el caso de manera individualizada. *Las inyecciones con Plasma Rico en Plaquetas (PRP) pueden favorecer la regeneración de la zona, y existen estudios que demuestran mejores resultados a largo plazo que con los corticoides.*

La **cirugía** por su parte, sólo es necesaria en menos del 10% de los casos, solamente cuando todo lo anterior ha fracasado. Se puede realizar con una incisión en la zona lateral del codo para realizar un corte sobre los tendones y desinsertarlos del epicondilo para que no haya tensión y disminuya el dolor. Al igual que con cualquier cirugía, existen riesgos con la cirugía siendo lo más comunes a considerar : Infección, Daños a nervios y vasos sanguíneos, Posible rehabilitación prolongada, Pérdida de fuerza, Pérdida de flexibilidad, o la necesidad de más cirugías

¿Se puede prevenir?

La epicondilitis solo puede prevenirse cuidando la higiene postural.

Realizando movimientos adecuados durante la práctica deportiva o durante el trabajo hará que los tendones no estén sometidos a tensiones excesivas. Asimismo, descansar bien el codo después de haber realizado sesiones de gran actividad permite evitar la epicondilitis. En este sentido son prácticos los estiramientos y los masajes preventivos.

EJERCICIOS PARA TRATAMIENTO DE LA EPICONDILITIS

Ejercicios para epicondilitis



Epicondilitis Ejercicios

Recuperación



Fisio

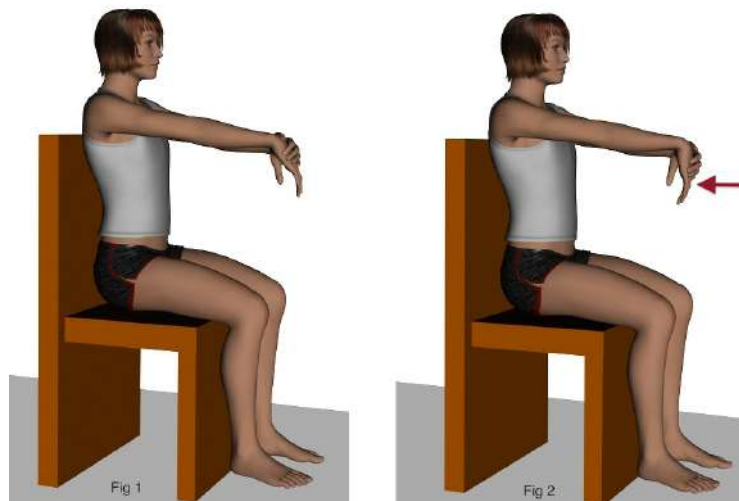


A continuación podeis ver una serie de ejercicios específicos para el tratamiento de la epicondilitis. Lo habitual es realizar 10 repeticiones de cada ejercicio al menos 2 veces al día, uno por la mañana y otro por la tarde. Al finalizar aconsejó que se apliquen hielo sobre la zona del codo y la musculatura del antebrazo.

Estos ejercicios están divididos en 3 categorías : ejercicios de estiramiento, ejercicios de movilización y ejercicios de fortalecimiento.

A - Ejercicios de Estiramiento

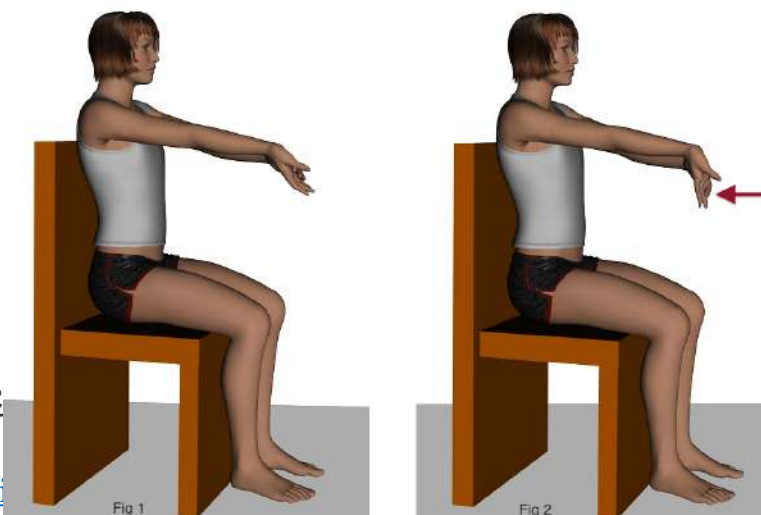
- 1) **Estiramiento extensores**: Con el brazo estirado, la palma de la mano hacia abajo y la mano del brazo sano colocada en el dorso de la mano afectada (Fig. 1), nos ayudamos a flexionar la muñeca hasta notar una sensación de tirantez o tensión (Fig. 2). Mantener la posición 10 segundos y descansar.



- 2) **Estiramiento de flexores**: Con el brazo estirado, palma hacia arriba (Fig 1), nos ayudamos a extender la muñeca empujando con la mano contralateral hasta notar una sensación de tirantez o tensión (Fig 2). Mantener la posición 10 segundos y descansar.

B - Ejerc

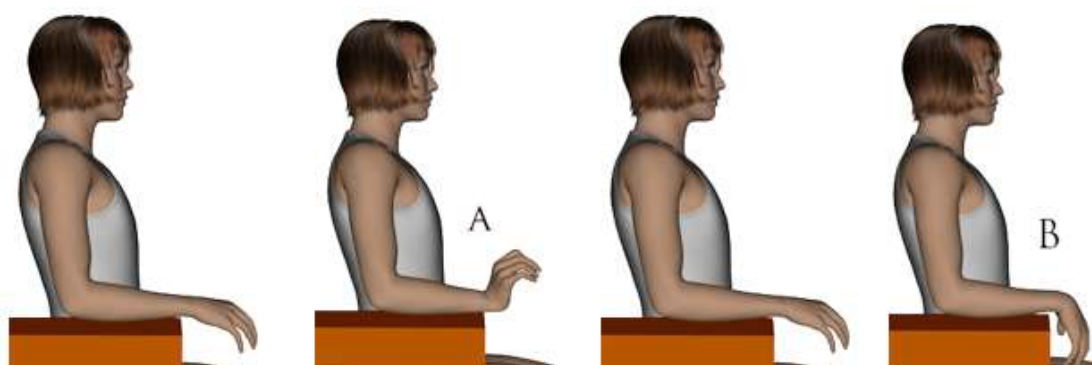
3) Pronosup



girar la muñeca de manera que la palma de la mano mire al techo (A), mantener la posición 10 segundos y descansar. Posteriormente se gira la muñeca de forma que la palma de la mano mire al suelo (B), mantener 10 segundos y descansar.



4) Flexo-extensión de muñeca: sentado y con el antebrazo apoyado sobre una mesa, dejando la mano fuera, llevar la mano hacia arriba lentamente todo lo que se pueda, mantener la posición 5-10 segundos (A) y volver a la posición inicial. Posteriormente, llevar la mano hacia abajo lentamente, intentando tocar el borde de la mesa, mantener 5-10 segundos y volver a la posición inicial (B).



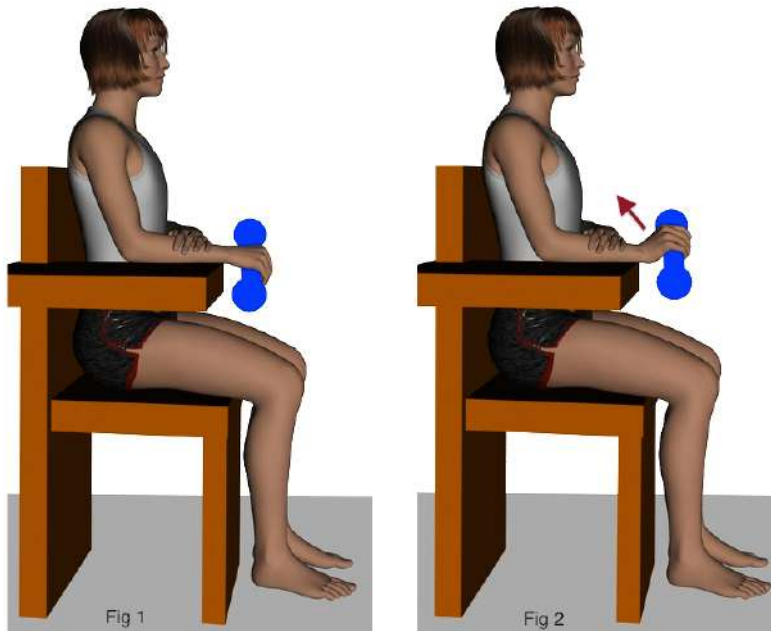
5) Fortalecimiento del agarre: Cerrar lentamente la misma todo lo que sea posible hasta lograr “hacer puño”. Se puede utilizar una pelota blanda de goma o un globo lleno de harina o arroz, para apretarlo de vez en cuando.



C- Ejercicios de Fortalecimiento

Importante: Estos ejercicios deben realizarse únicamente cuando se ha recuperado la flexibilidad mediante los estiramientos. Son útiles para evitar la reaparición de la clínica dolorosa. Para realizarlos utilizamos un peso de 0.5 kg o 1 Kg.

6) **Fortalecimiento de extensores con pesa**: sentado junto a una mesa, con el brazo completamente apoyado y la palma de la mano hacia abajo (Fig 1), se lleva la mano hacia arriba como indica el dibujo (Fig 2), tanto como sea posible. Mantener 5-10 segundos y volver lentamente a la posición inicial.



7) **Fortalecimiento de flexores con pesa**: sentado junto a una mesa, con el brazo completamente apoyado y con la palma de la mano hacia arriba (Fig 1), realizar flexión de

muñeca subiendo la mano como indica el dibujo (Fig 2), tanto como sea posible. Mantener 5-10 segundos y volver lentamente a la posición inicial.

