

Epicondilitis

Fecha de la última revisión: 24/11/2016

Índice de contenidos

1. [¿Qué es y cómo se produce?](#)
2. [¿Cómo se diagnostica?](#)
3. [¿Cómo se trata?](#)
4. [Bibliografía](#)
5. [Más en la red](#)
6. [Autor](#)

¿Qué es y cómo se produce?

Epicondilitis (epicondialgia o codo de tenista) se manifiesta por dolor localizado en la inserción de los músculos epicondíleos, sobre todo extensores, que aumenta con la presión local sobre el epicóndilo, por la extensión activa de la muñeca y por su flexión pasiva. En realidad es una tendinosis, ya que no hay inflamación local. Afecta por igual a varones y mujeres y es más frecuente en el brazo dominante de personas entre los 35-55 años. Puede ser debido a diferentes procesos patológicos como: tendinitis, bursitis o periostitis de diversas etiologías (Andreu JJ, 1998; Mallen CD, 2009).

Se produce tras reiterados movimientos de pronación y supinación de la mano con el codo en extensión, que ocurren en el curso de ciertas actividades profesionales o laborales que implican manipular pesos: jugadores de tenis (mala técnica del golpe de revés), carpinteros (uso de destornilladores), músicos, amas de casa, jardineros, etc. La tracción de los músculos epicondíleos sobre su inserción perióstica produce una inflamación traumática que hace dolorosos los movimientos de extensión y supinación del codo (Descatha A, 2016; Walker-Bone K, 2012; Van Rijn RM, 2009). No parece que el trabajo con ordenadores tenga alguna relación, aunque sí con el manejo del ratón y con determinados problemas psicológicos (Walker-Bone K, 2012; Waersted M, 2010; Van Rijn RM, 2009). Algunos autores diferencian tendinitis de tendinopatía. En este último caso no hay inflamación y generalmente es por sobreuso (Khan KM, 2002).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es clínico. Los síntomas tienen un comienzo generalmente insidioso, más raramente agudo. El paciente se queja de dolor en epicóndilo irradiado de forma difusa al antebrazo que le impide hacer ciertos movimientos cotidianos (dar la mano, levantar un peso, usar una herramienta, etc.). Puede haber una ligera tumefacción y aumento del calor local. La palpación local del epicóndilo es dolorosa sobre la inserción muscular. Suele ser unilateral y tiene un curso clínico autolimitado con evolución cíclica. Las molestias suelen desaparecer a los 12 meses independientemente del tratamiento realizado.

Examen físico: dolor a la presión en el epicóndilo lateral. Con el antebrazo en contacto con la mesa y el codo extendido a más de 90°, la muñeca en flexión con la mano cerrada en pronación pendiendo fuera del borde de la mesa; la extensión de la muñeca contra resistencia es dolorosa en el epicóndilo (figura 1). Este signo tiene una alta especificidad. Los movimientos de extensión y de supinación resistida de la muñeca con el codo en extensión son dolorosos en el epicóndilo (figura 2).



Figura 1

Con el antebrazo en contacto con la mesa y el codo extendido a más de 90°, la extensión de la muñeca contra resistencia es dolorosa en el epicóndilo



Figura 2

Los movimientos de extensión y de supinación resistida de la muñeca con el codo en extensión son dolorosos en el epicóndilo

En general, no es necesaria la realización de pruebas de laboratorio ni de radiología. En caso de presentación atípica o síntomas refractarios puede ser útil una prueba de imagen para confirmar la tendinosis y descartar desgarro en el tendón. RNM (más sensible y específica) o ecografía (menos precisa y más accesible) (Kotnis NA, 2012).

¿Cómo se trata?

Es importante informar al paciente de que la mayoría de casos se resuelven espontáneamente entre 6 y 18 meses. Como en todas las tendinitis o bursitis provocadas por sobreuso, se impone evitar los gestos que reproduzcan el dolor. La aplicación local de calor o de hielo puede aliviar. Los masajes con pomadas antiinflamatorias también pueden aportar mejoría. El uso de una banda elástica de antebrazo con placa rígida colocada sobre los músculos epicondíleos a 6 cm del epicóndilo, descarga la tracción del músculo sobre el epicóndilo y permite realizar algunos ejercicios con menos dolor (Tosti R, 2013; Johnson GW, 2007).

La evidencia continua siendo insuficiente para recomendar o desestimar con firmeza el uso de antiinflamatorios no esteroideos (AINEs). A pesar de ello, los AINEs tópicos y orales podrían usarse durante un tiempo corto para aliviar el dolor (Ahmad Z, 2013; Pattanittum P, 2013).

Las infiltraciones con corticoides son efectivas a corto plazo para el alivio del dolor (Barr S, 2009), pero estos beneficios revierten paradójicamente después de 6 semanas con altos índices de recurrencia y, en la mayoría de estudios, con peores resultados. Esto desaconseja el uso de infiltraciones en la mayoría de pacientes, aunque pueden tener utilidad en pacientes que necesitan imperiosamente una mejoría inmediata (Sayegh ET, 2015; Coombes BK, 2013; Bisset L, 2006).



Figura 3

La infiltración se realiza en el punto de máximo dolor: se infiltra directamente sobre el epicóndilo con aguja de bisel largo y se practican, mientras se inyecta el líquido, diversas punciones en el periostio a modo de escarificación

En algunos estudios se encontró que algunas técnicas de fisioterapia (ejercicios de estiramiento y fortalecimiento, ultrasonografía) son mejores que "esperar y ver" y que las inyecciones a partir de las 6 semanas, especialmente si se corrige la sobrecarga, lo que avala este tratamiento como una alternativa razonable, aunque los estudios existentes tienen limitaciones metodológicas (Coombes BK, 2013; Orchard J, 2011; Barr S, 2009; Johnson GW, 2007; Bisset L, 2006).

El tratamiento con onda de choque no proporciona beneficios ni en el alivio del dolor ni en la función en la epicondilitis (Buchbinder R, 2005; Johnson GW, 2007). Se precisan más estudios y de mejor calidad para valorar otros tratamientos como la acupuntura, inyecciones de toxina botulínica, de plasma enriquecido o de ácido hialurónico (Ahmad Z, 2013; Orchard J, 2011; Tang H, 2015).

Excepcionalmente en casos que no mejoran con tratamiento conservador, la desbridación quirúrgica de la zona puede ser resolutive. No existen estudios concluyentes sobre la eficacia de estos métodos, necesarios en menos del 5% de los casos (Buchbinder R, 2011; Orchard J, 2011; Ahmad Z, 2013).

Bibliografía

- Ahmad Z, Siddiqui N, Malik SS, Abdus-Samee M, Tytherleigh-Strong G, Rushton N. Lateral epicondylitis: a review of pathology and management. Bone Joint J. 2013;95-B(9):1158-64. PubMed [PMID: 23997125](#)
- Andreu JJ, Gómez-Reino JJ. Protocolos de tratamiento en reumatología. Barcelona: Sociedad Española de Reumatología; 1998.
- Barr S, Cerisola FL, Blanchard V. Effectiveness of corticosteroid injections compared with physiotherapeutic interventions for lateral epicondylitis: a systematic review. Physiotherapy. 2009;95(4):251-65. PubMed [PMID: 19892089](#)
- Bisset L, Beller E, Jull G, Brooks P, Darnell R, Vicenzino B. Mobilisation with movement and exercise, corticosteroid injection, or wait and see for tennis elbow: randomised trial. BMJ. 2006;333(7575):939. PubMed [PMID: 17012266](#). [Texto completo](#)
- Buchbinder R, Green SE, Youd JM, Assendelft WJ, Barnsley L, Smidt N. Shock wave therapy for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev. 2005; (4):CD003524. PubMed [PMID: 16235324](#)
- Buchbinder R, Johnston RV, Barnsley L, Assendelft WJ, Bell SN, Smidt N. Surgery for lateral elbow pain. Cochrane Database Syst Rev. 2011;(3):CD003525. PubMed [PMID: 21412883](#)
- Coombes BK, Bisset L, Brooks P, Khan A, Vicenzino B. Effect of corticosteroid injection, physiotherapy, or both on clinical outcomes in patients with unilateral lateral epicondylalgia: a randomized controlled trial. JAMA. 2013 Feb 6;309(5):461-9. PubMed [PMID: 23385272](#)
- Descatha A, Albo F, Leclerc A, Carton M, Godeau D, Roquelaure Y, et al. Lateral epicondylitis and physical exposure at work? A review of prospective studies and meta-analysis. Arthritis Care Res (Hoboken). 2016;68(11):1681-7. PubMed [PMID: 26946473](#)
- Johnson GW, Cadwallader K, Scheffel SB, Epperly TD. Treatment of lateral epicondylitis. Am Fam Physician. 2007;76(6):843-8. PubMed [PMID: 17910298](#). [Texto completo](#)
- Khan KM, Cook JL, Kannus P, Maffulli N, Bonar SF. Time to abandon the "tendinitis" myth. BMJ. 2002;324(7338):626-7. PubMed [PMID: 11895810](#). [Texto completo](#)
- Kotnis NA, Chiavaras MM, Harish S. Lateral epicondylitis and beyond: imaging of lateral elbow pain with clinical-radiologic correlation. Skeletal Radiol. 2012;41(4):369-86. PubMed [PMID: 22205505](#)
- Mallen CD, Chesterton LS, Hay EM. Tennis elbow. BMJ. 2009;339:b3180. PubMed [PMID: 19726459](#)
- Orchard J, Kountouris A. The management of tennis elbow. BMJ. 2011;342:d2687. PubMed [PMID: 21558359](#)
- Pattanittum P, Turner T, Green S, Buchbinder R. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) for treating lateral elbow pain in adults. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(5):CD003686. PubMed [PMID: 23728646](#). [Texto completo](#)
- Sayegh ET, Strauch RJ. Does nonsurgical treatment improve longitudinal outcomes of lateral epicondylitis over no treatment? A meta-analysis. Clin Orthop Relat Res. 2015;473(3):1093-107. PubMed [PMID: 25352261](#). [Texto completo](#)
- Tang H, Fan H, Chen J, Yang M, Yi X, Dai G, et al. Acupuncture for Lateral Epicondylitis: A Systematic Review. Evid Based Complement Alternat Med. 2015;2015:861849. PubMed [PMID: 26843886](#). [Texto completo](#)
- Tosti R, Jennings J, Sowards JM. Lateral epicondylitis of the elbow. Am J Med. 2013;126(4):357.e1-6. PubMed [PMID: 23398951](#)
- Van Rijn RM, Huisstede BM, Koes BW, Burdorf A. Associations between work-related factors and specific disorders at the elbow: a systematic literature review. Rheumatology (Oxford). 2009;48(5):528-36. PubMed [PMID: 19224937](#). [Texto completo](#)
- Waersted M, Hanvold TN, Veiersted KB. Computer work and musculoskeletal disorders of the neck and upper extremity: a systematic review. BMC Musculoskelet Disord. 2010;11:79. PubMed [PMID: 20429925](#). [Texto completo](#)
- Walker-Bone K, Palmer KT, Reading I, Coggon D, Cooper C. Occupation and epicondylitis: a population-based study. Rheumatology (Oxford). 2012;51(2):305-10. PubMed [PMID: 22019808](#). [Texto completo](#)

Más en la red

- Childress MA, Beutler A. Management of chronic tendon injuries. Am Fam Physician. 2013 Apr 1;87(7):486-90. PubMed [PMID: 23547590](#)
- Judson CH, Wolf JM. Lateral epicondylitis: review of injection therapies. Orthop Clin North Am. 2013 Oct;44(4):615-23. PubMed [PMID: 24095076](#)
- Tosti R, Jennings J, Sowards JM. Lateral epicondylitis of the elbow. Am J Med. 2013;126(4):357.e1-6. PubMed [PMID: 23398951](#)

Autor

■ Arturo Louro González

Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Servicio de Atención Primaria de San José. Servizo Galego de Saúde. A Coruña. España.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

