

Lesiones del codo



CODO DEL TENISTA O “TENNIS ELBOW”

Siempre que se habla de lesiones del jugador de tenis, todo el mundo se refiere o se acuerda del "Tennis Elbow" o Codo de Tenis. Ciertamente es la lesión mas frecuente, sobretodo en el tenista amateur. Si hablamos de tenistas profesionales, pese a que a veces se ha mitificado, no ocupa el primer lugar en la patología de los campeones.

Descrita por Runge en el año 1873 con el nombre de Tennis Elbow, más tarde fue Morris quien la denominó Lawn Tennis Elbow. Muchos son los términos que posteriormente se le ha dado: epicondilitis, epicondilalgia, etc.

Se trata de una lesión no solo asociada al tenis; todos los deportes de raqueta (Frontón, Badminton, Paddel, Squash, etc.), otros deportes como el voleibol, esgrima, golf, lanzamiento de jabalina, etc., y determinadas profesiones como ebanistas, mecánicos, pintores, etc., son subsidiarios de padecerla.



DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

Se podría definir como todo dolor localizado en la región antero-externa del codo. Evidentemente no existe un solo tipo de Tennis Elbow, sino que podríamos definir 4 tipos del mismo:

Tennis Elbow Tendinoso

Es el más frecuente (90 % de los casos). La naturaleza histológica de las lesiones es variada y puede afectar a los tendones de los músculos epicondileos (principalmente al 2º radial), o a algunos de sus anexos, como la bolsa serosa húmero-radial o el periostio epicondileo.

Tennis Elbow Articular

Asociado a lesiones de cartílago de la cúpula radial o del condilo humeral, o a manifestaciones inflamatorias y a modificaciones degenerativas de la

franja sinovial, del menisco húmero radial, del ligamento anular, y a veces del ligamento de Denucé, del ligamento lateral externo del codo, de la cápsula articular o de su sinovial.

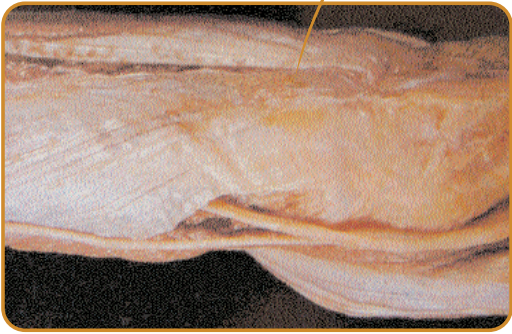
Tennis Elbow Neurológico

Bien por compresión de una rama del nervio radial; nervio sensitivo del epicondilo y, sobretodo, por la rama profunda motriz o bien por dolores irradiados derivados de una cervicoartrosis o de un síndrome del desfiladero torazo-braquial.

Tennis Elbow Complejo

Cuando se asocian varias patologías.

Figura 23.- imagen anatómica de la musculatura epicondilea.





FACTORES PREDISPONENTES

Edad

Afecta preferentemente a hombres y mujeres por encima de los 30 años, aunque podemos encontrarlo a cualquier edad.

Nivel deportivo

Preferentemente gente de iniciación o poco nivel. Los profesionales raramente.

Factores anatómicos y fisiológicos

→ Las personas con un codo en valgo son mas propensas a padecer Tennis Elbow.

→ Musculaturas hipertónicas; acortamientos musculares.

→ Alteraciones de la recuperación del metabolismo fisiológico muscular.

Tipos de deportes o actividades

→ Deportes de raqueta (Tenis, Padel, Squash, etc.), Voleibol, Golf, lanzamiento de jabalina, Béisbol, etc.

→ Trabajos manuales (carpintero, ebanista, mecánico, etc.).



FACTORES DETERMINANTES

El golpe



¿Qué golpe lo produce?

Con toda seguridad el golpe de revés. Tanto el revés normal como la volea o el resto. El servicio y la derecha tienen también influencia pero mucho menor.



Figura 24.- Revés cortado típico. Contracción importante de la musculatura epicondilea.

Lesiones del codo

Figura 25.- Volea alta de revés.

¿Influye la técnica?.

De forma determinante. El acortar la preparación del golpe de revés, el mover mucho la muñeca y cortar demasiado son factores predisponentes en la producción del Tennis Elbow.

¿Influye la programación? Los cambios

en el tiempo de juego, el nivel del contrario y la falta de progresividad son los responsables de más del 40% de las epicondilitis.



dice o incluso de 2-5 mm más de separación (figura 26).

Raqueta y vibraciones.

Las vibraciones entre 50-250 Hz son las más nocivas. La composición de la raqueta, el tamaño, las medidas antivibratorias internas (raqueta de triple

rama, brazaletes de mercurio fijado al puño) y las medidas antivibratorias externas son factores a tener en cuenta.



Figura 26.- Maniobra típica para medir el tamaño del grip. Al coger la raqueta debe de caber el dedo índice entre los dedos.

El cordaje

Es importante tener en cuenta tres cosas:

1.- Tipo de cordaje. Nos inclinamos por la tripa, pero actualmente los materiales sintéticos han mejorado enormemente y la diferencia no es grande.



Figura 27.- La elección de la raqueta es primordial para prevenir el codo de Tennis.

Los materiales

Cuestión especial que requiere ser estudiada concienzudamente:

La raqueta

El sólo efecto de su cambio puede desencadenar la patología.

¿Cuál es la más adecuada?. La de materiales composites.

¿Qué peso?. No debe pesar en cordada más de 360 gramos.

¿Qué tamaño?. No existen estudios científicos muy fiables pero nos inclinamos por la Mid Size.

¿Qué tipo de grip?. Está bastante definido que los grip deben de ser muy adaptados a la mano. En general consideramos que al coger la raqueta debería caber el dedo ín-

2.- Calibre del cordaje. Según la escuela francesa, que quizás haya sido la que más lo ha estudiado, un calibre entre 8-8,5, dependiendo de la superficie, sería lo más correcto. Tierra, tendencia al 8,5; rápida, tendencia al 8.

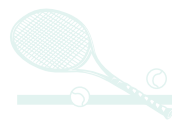
3.- Tensión del cordaje.

- Mid Size entre 22-23 sería la más correcta.

- Big Size entre 25-27.

Las pelotas

La calidad de las mismas disminuye o favorece la aparición del Tennis Elbow.



EXAMEN CLÍNICO

- El dolor constituye el síntoma primordial. Localizado en la faceta externa del codo, con frecuencia y en función de su intensidad se irradia a la musculatura extensora del antebrazo. De aparición progresiva, que cede en los inicios al poco tiempo de juego y que se recrudece después de la práctica deportiva. Va aumentando en intensidad hasta, en los casos avanzados, afectar a movimientos de la vida cotidiana, como abrir una puerta, dar la mano o levantar un vaso.

- Un chasquido, resalte o un bloqueo son indicativos de una posible lesión húmero-radial. A la inversa, una pesadez del antebrazo, fatigabilidad del miembro superior o parestesias en la región postero-externa del ante-

brazo evocan un origen neurológico.

- La inspección puede mostrar una inflamación o empastamiento de la zona epicondilea.

- La palpación del epicondilo suele ser positiva.

- Movilidad activa completa en las fases iniciales, y en fases muy dolorosas, disminución de la extensión. La disminución de la flexo-extensión y prono-supinación indica patología articular.

- Contractura asociada de musculatura epicondilea.

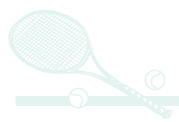
- La isometría contrarresistencia de la musculatura epicondilea provoca dolor. Maniobra de Millis (figura 28).

- Prueba de la elevación de la silla en pronación dolorosa.



Figura 28.- Maniobra de Millis. Positiva en el Tennis Elbow.

Lesiones del codo



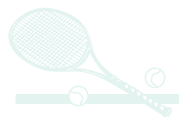
DIAGNÓSTICO

Radiología. Un balance radiológico se impone incluso en los casos de jóvenes o en los que la exploración clínica esta enfocada claramente hacia una tendinitis de inserción. Normalmente es negativa en jóvenes y suele tener valor en las afecciones articulares.

Ecografía. Prueba cada vez más fiable en manos expertas. Nos valo-

ra el estado del tendón, posibles arrancamientos periósticos y gangliones sinoviales principalmente.

Resonancia nuclear magnética. Nos valora el estado del tendón y las posibles alteraciones peritendinosas. Nos sirve sobretodo para valorar el estado de la articulación del codo, sobretodo en patología cartilaginosa.



TRATAMIENTO

Preventivo

- ➔ General
 - Buena preparación física de base.
 - Entrenamiento progresivo.
 - Calentamiento adecuado.
 - Correcta alimentación e hidratación.
 - Estiramiento adecuado de la musculatura flexora y extensora.
- ➔ Técnica adecuada.
- ➔ Materiales adecuados.
- ➔ Utilización de ortesis.

Médico

- ➔ Reposo deportivo.
- ➔ Antiinflamatorios por vía general y tópica más miorrelajantes musculares.
 - ➔ Fisioterapia antiinflamatoria.
 - ➔ Radar, ultrasonidos, iontoforesis, crioterapia.

- ➔ Mesoterapia.
- ➔ Infiltración con anestésico y corticoides en número de dos o, como máximo, tres.
 - ➔ La rehabilitación de toda la musculatura la consideramos primordial para concretar el tratamiento médico.

Quirúrgico

- ➔ Sólo después del fracaso del tratamiento médico conservador recurrimos a la cirugía.
 - ➔ Varias son las técnicas empleadas por diferentes autores, aunque casi todas con buenos resultados.
 - ➔ En la patología puramente insercional, una tenotomía de los músculos epicondileos suele ser suficiente.
 - ➔ Los resultados varían cuando existen lesiones asociadas de tipo articular.