

Epicondilitis "Codo del Tenista"

También mal llamada "codo de tenista", es frecuente encontrarla en personas no deportistas que eventualmente empuñan una raqueta y que la falta de acondicionamiento físico o mala técnica, hacen que se presente esta dolencia, que casualmente es nula en los tenistas profesionales.

Este síndrome se caracteriza por dolor e hipersensibilidad en la cara externa del codo y que se manifiesta con mayor intensidad al efectuar maniobras repetitivas con el codo en extensión.

En cuanto a su Patogenia

A pesar de ser una patología común, es también frecuente el error a la hora del diagnóstico, según el tipo de epicondilitis y la causa que la generan, ya que difiere el tratamiento entre cada una.

Entre los factores productores más frecuentes encontramos:

- Acción muscular sobre el periostio: se considera responsable a la acción muscular potente de los músculos epicóndileos que se concentraría en una pequeña área, con relación a las superficies de inserción y sobre todo a la tracción que realizan.
- Estenosis fibrosa del ligamento anular del radio: presente en más del 50% de los casos.
- Presencia de una bolsa serosa inconstante, ya que se trataría de una extensión de la de la articulación radio humeral.
- Neuritis de los ramos superficiales del nervio radial: si esta es la causa responsable, el único tratamiento viable es la denervación del epicóndilo y cápsula externa del codo.

Anatomía Patológica

Las lesiones más halladas en pacientes con epicondilitis son:

- Lesiones micro avulsivas en le origen de los extensores de (especialmente en el 2º radial externo y ligamento anular)
- Presencia de fragmentos óseos avasculares rodeados de fibrosis focal

Clasificación

Grado I: molestia leve

Grado II: Interfiere específica

Grado III: Impotencia específica

Grado IV: Impide actividades de la vida diaria

El diagnóstico

Se basa en la localización del dolor, la funcionalidad indolora y en una minuciosa palpación para descartar otros síndromes de clínica similar.

- Palpación dolorosa en cara anterior: epicondilitis clásica
- Palpación dolorosa en cara posterior: tendinitis tricipital
- Línea interarticular radio humeral: sinovitis
- Canal radial: síndrome del túnel radial

MANIFESTACIONES RADIOLÓGICAS

Nula, salvo en lesiones crónicas, deben estudiarse de frente, perfil y oblicua externa.

TRATAMIENTO

Generalmente conservador:

- AINES
- Fisioterapia (iontoforesis, microcorrientes, magnetoterapia, electroanalgesia)
- Infiltraciones en caso de fracasar el anterior

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Sólo en caso de fracaso del tratamiento conservador o exista una marcada recidiva.

Este tratamiento conlleva un post quirúrgico con inmovilización de dos semanas, lo cual requerirá de un programa de rehabilitación específico.

MEDIDAS PARA LOS DEPORTISTAS

Esta afección está relacionada en deportistas a defectos de técnicas, estado físico o utilización de elementos inadecuados.

El 80% de los casos se asocia a defectos en el revés.

El uso de neutralizador de vibraciones, resulta muy beneficioso.

Los elementos inadecuados son:

- Raquetas muy pesadas (los niños no deben heredar las raquetas)
- Grip demasiado grande

La aplicación de calor y AINES media hora antes de la práctica y frío seco después de la competencia, son unas de las medidas preventivas de más recomendadas.

Por esto, más el uso acorde de los distintos implementos, el control de la tensión del encordado y el entrenamiento específico, la epicondilitis o ***codo de tenista***, no se presenta justamente en deportistas profesionales, sino en personas que eventualmente practican este deporte sin tener en cuenta lo anteriormente citado.