

LA EPICONDILITIS EN EL TENISTA

Fátima Cartagena Brotóns

Fisioterapeuta

Universidad Católica San Antonio (Murcia)

Especialista en Fisioterapia Deportiva –Universidad Rey Juan Carlos I (Madrid)

La epicondilitis, también llamada “codo de tenista”, es una inflamación en la inserción de los tendones de los músculos extensores de la muñeca con inserción en el epicóndilo (I y II radial, cubital posterior, extensor de los dedos y supinadores largo y corto).



La técnica del golpe de revés, reúne todas las características idóneas desde el punto de vista biomecánico para que se produzca esta lesión: el codo, la muñeca y los dedos están flexionados con una fuerte tensión. La musculatura extensora se encuentra en estado de máximo alargamiento y de forma potente y brusca (golpeo de la pelota), se produce una contracción muscular y el codo y la muñeca se extienden. Este movimiento repentino hace que la tracción brusca de los músculos epicóndíleos sobre la inserción, provoque una inflamación traumática (epicondilitis).

Por tanto, debemos darle muchísima importancia a la técnica, así como a la elección de una raqueta adecuada a las características de cada jugador (peso, tamaño y estructura, grosor de la empuñadura, tipo y tensión del encordado).



Estadísticamente, se valora que un 40-50% de los tenistas profesionales han sufrido una epicondilitis a lo largo de su vida deportiva.

Los síntomas característicos de esta lesión son:

1. Dolor en el codo a nivel del epicóndilo en reposo, al presionarlo, o bien al realizar algunos movimientos cotidianos como abrir un grifo, escurrir un trapo...
2. Dolor a la prono-supinación de la muñeca.
3. Dolor a la extensión de la muñeca contra resistencia.
4. Dolor irradiado al antebrazo, muñeca y dorso de la mano. Incluso en ocasiones, pueden aparecer parestesias.

Ante la lesión, el procedimiento a seguir por el fisioterapeuta es en primer lugar la prescripción de reposo (importante para la recuperación de cualquier lesión) aunque debemos tener en cuenta los procesos de

desadaptación que se producen cuando se interrumpe el entrenamiento y las repercusiones físicas y psicológicas que supondrán para el tenista.

El objetivo principal en estos casos es la recuperación del deportista garantizando un mantenimiento físico óptimo.

En un primer momento nos es imposible saber la dimensión de la lesión por lo que deberemos actuar con rapidez para intentar reducir los tiempos de reposo y poder acelerar la rehabilitación física. Así que como primer auxilio aplicaremos la técnica conocida como RICE : R (reposo/relajación) I (ice=hielo=aplicación de frío) C (compresión) E (elevación sobre la línea del corazón). Este procedimiento se seguirá durante los primeros momentos hasta la valoración por el médico deportivo.

El tratamiento de fisioterapia a seguir además de los AINES que prescriba el medico, tendrá como objetivo disminuir el dolor y la inflamación así como fortalecer la musculatura afectada para comenzar una adaptación al esfuerzo lo mas temprana posible. Dicho tratamiento consistirá en :

1. Termoterapia (onda corta o microonda)
2. Ultrasonidos pulsátil (también podemos aplicar ultrasonoforesis utilizando fármacos antiinflamatorios)
3. Láser (dosis analgésica en puntos dolorosos)
4. Magnetoterapia
5. Corrientes analgésicas de baja y media frecuencia (TENS, diadinámicas, interferenciales)
6. Iontoforesis
7. Masaje transversal profundo (CYRIAX)
8. Crioterapia (al finalizar el tratamiento). La aplicación de hielo alternado con el masaje de fricción disminuye la inflamación y promueve la cicatrización de los tendones.
9. Estiramientos y fortalecimiento de la musculatura epicondilea.
10. Masaje descontracturante de la musculatura del antebrazo y liberación miofascial en el codo.

Existen estudios donde se demuestran los efectos beneficiosos del tratamiento con ondas de choque extracorpóreas.

Como último recurso, y cuando no responda al tratamiento indicado anteriormente, se puede recurrir a la intervención quirúrgica que consiste en la liberación de las fibras musculares que se encuentran en tensión en su inserción en el epicóndilo (solo el 2% de los casos).

Se puede recomendar al tenista la utilización de ortesis preventivas específicas y recordarle la importancia de los calentamientos previos tanto a los entrenamientos como los partidos y los estiramientos antes y después de la actividad deportiva con el fin de prevenir las sobrecargas y lesiones así como mejorar notablemente el rendimiento deportivo.

Referencias bibliográficas:

- Peterson L; Reiström P. Lesiones deportivas. Jims. 1988
- Curso "Especialista en fisioterapia de la actividad física y el deporte". Universidad Rey Juan Carlos I. 2004
- Bestard PG. Afecciones del codo. En: Tratado de cirugía ortopédica y traumatológica. Ed. Pueblo y educación. 1986
- Olive VR. Patología en medicina del deporte. Laboratorios Menarini SA. Barcelona. España. 2000

©www.efisioterapia.net - portal de fisioterapia y rehabilitacion