

Original

Resultados funcionales y clínicos del tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral

A. López Albaladejo¹, J. García García², J. Llorens Fernández¹, M. A. Moltó Precioso²,
A.I. Torres Pérez¹, J. Reyes Jimenez¹, F. García Zafra², S. Toledo García^{3,4}

¹ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Complejo Hospitalario Santa Lucía-Santa María del Rosell. Cartagena

² Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital IBERMUTUA Murcia

³ Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia

⁴ Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla-IMIB. España

Correspondencia:

Dr. Jesús García García

Correo electrónico: jesusgarciagrc@gmail.com

Recibido el 29 de septiembre de 2024

Aceptado el 5 de noviembre de 2025

Disponible en Internet: diciembre de 2025

RESUMEN

Objetivos: evaluar los resultados clínicos y funcionales de pacientes intervenidos artroscópicamente de epicondilitis lateral de codo.

Métodos: se realizó un estudio prospectivo en el que se incluyeron 41 pacientes intervenidos por el mismo cirujano, entre 2021 y 2023. Los pacientes incluidos fueron los menores de 67 años con clínica de epicondilitis lateral, tras fracaso de 2 meses de tratamiento conservador. La edad media fue de 45,7 años y en el 80,48% de los casos se intervino el brazo dominante. Dichos pacientes fueron evaluados mediante la escala visual analógica (EVA), el Mayo Elbow Performance Score (MEPS) y la escala Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH), un mes antes y 6 meses después de la cirugía.

Resultados: los pacientes presentaron una mejoría de $6,15 \pm 1,06$ puntos en la escala EVA, $38,90 \pm 8,25$ puntos en la escala MEPS y $58,56 \pm 11,86$ puntos en la escala DASH (media $\pm$ desviación estándar). En todos los casos, las diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,01$). Tres pacientes presentaron retraso de cicatrización de la herida sin complicaciones posteriores y 2 precisaron movilización bajo anestesia por rigidez residual.

Conclusiones: mediante el tratamiento artroscópico de la epicondilitis de codo se obtuvo una mejoría estadísticamente significativa en las escalas de evaluación clínica y de evaluación del dolor, con baja tasa de complicaciones.

Nivel de evidencia: serie de casos. Nivel IV.

Relevancia clínica: la epicondilitis lateral de codo es una patología que afecta a deportistas, trabajadores manuales y pacientes en edad laboral, con un alto impacto socioeconómico.

ABSTRACT

Functional and clinical outcomes of arthroscopic treatment for lateral epicondylitis

Objectives: to evaluate clinical and functional outcomes of patients who underwent arthroscopic surgery for lateral epicondylitis of the elbow.

Methods: a prospective study was conducted including 41 patients operated on by the same surgeon between 2021 and 2023. Patients under 67 years of age presenting with clinical lateral epicondylitis after failure of 2 months of conservative treatment were included. The mean age was 45.7 years, and the treatment was performed at the dominant arm in 80.48% of cases. The patients were assessed using the Visual Analog Scale (VAS), the Mayo Elbow Performance Score (MEPS), and the Disability of the Arm, Shoulder, and Hand (DASH) scale, one month prior to surgery and 6 months postoperatively.

Results: an improvement of 6.15 ± 1.06 points in the VAS, 38.90 ± 8.25 points in the MEPS, and 58.56 ± 11.86 points in the DASH scale (mean $\pm$ standard deviation) was observed. Statistically significant differences were found in all cases ($p < 0.01$). Three patients experienced delayed wound healing without further complications, and 2 required mobilization under anesthesia due to residual stiffness.

Conclusions: statistically significant improvement was achieved in clinical and pain assessment scales following arthroscopic treatment of lateral epicondylitis of the elbow, with a low complication rate.



<https://doi.org/10.24129/j.reaca.32385.fs2409019>

© 2025 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Imaidea Interactiva en FONDOSCIENCE® (www.fondoscience.com). Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (www.creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

Si bien la mayoría de los casos responden satisfactoriamente al tratamiento conservador, existe un pequeño porcentaje en el que este resulta insuficiente. En estos casos, se considera el tratamiento quirúrgico, siendo la técnica artroscópica una opción cada vez más utilizada por asociarse a una recuperación más rápida, menor dolor postoperatorio y un retorno precoz a la actividad laboral.

Palabras clave: Epicondilitis lateral. Artroscopia. Tenotomía *extensor carpi radialis brevis*.

Introducción

La epicondilitis lateral del codo es una patología frecuente en adultos activos, especialmente en aquellos que realizan actividades repetitivas con el miembro superior. Aunque en la mayoría de los casos el tratamiento conservador resulta eficaz, un pequeño porcentaje (5-10%) desarrolla una sintomatología persistente que puede requerir intervención quirúrgica^(1,2). Según Sanders *et al.*⁽³⁾, el 1,6% de los pacientes recibirá tratamiento quirúrgico en el primer año tras el diagnóstico. Tradicionalmente, la cirugía abierta ha sido el método de elección, con tasas de éxito comprendidas entre el 70 y el 97%. No obstante, la artroscopia ha emergido como una alternativa menos invasiva, que permite una recuperación funcional más rápida, menor morbilidad postoperatoria y una visualización más precisa de la articulación del codo⁽⁴⁾.

Aunque la literatura actual no muestra diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento artroscópico y el abierto en cuanto a complicaciones posquirúrgicas (lesiones del nervio radial, hematomas, infecciones o problemas en la cicatrización) ni en las tasas de reintervención a 5 años⁽⁵⁾, existen factores clínicos y quirúrgicos que justifican el creciente interés por el abordaje artroscópico. Aspectos como una recuperación funcional más rápida, menor tiempo de baja laboral, mejor resultado estético y una resolución más temprana de los síntomas se consideran relevantes a la hora de decidir un tratamiento quirúrgico artroscópico⁽⁶⁾.

Además de permitir el tratamiento específico de la inserción tendinosa del *extensor carpi radialis brevis* (ECRB), la artroscopia del codo presenta ventajas comparables a las observadas en otras articulaciones: permite la inspección completa de la articulación, lo que posibilita la detección y el tratamiento simultáneo de patologías intraarticulares asociadas que podrían pasar desapercibidas en cirugía abierta⁽¹⁾. La adecuada identificación y el manejo de estas lesiones concomitantes se ha relacionado con mejores resultados clínicos y una menor tasa de recurrencias⁽⁷⁾.

Level of evidence: case series. Level IV.

Clinical relevance: lateral epicondylitis of the elbow is a condition affecting athletes, manual workers, and working-age patients, with a high socioeconomic impact. While most cases respond satisfactorily to conservative treatment, a small percentage require surgical intervention. Arthroscopic surgery is an increasingly preferred option due to its association with faster recovery, reduced postoperative pain, and earlier return to work.

Key words: Lateral epicondylitis. Arthroscopy. *Extensor carpi radialis brevis* tenotomy.

A pesar de estos beneficios, hay que tener en cuenta que la técnica artroscópica exige una curva de aprendizaje y un entrenamiento específico, dada la complejidad anatómica del codo y la proximidad de estructuras neurovasculares.

El objetivo de este estudio es describir la técnica quirúrgica artroscópica empleada para el tratamiento de la epicondilitis lateral del codo y analizar los resultados clínicos y funcionales obtenidos en una serie de 41 pacientes.

Métodos

Se realizó un estudio prospectivo para evaluar las lesiones presentes y los resultados clínicos y funcionales previos a la cirugía y posteriores a esta, mediante la técnica artroscópica de codo en epicondilitis.

El presente estudio incluye pacientes diagnosticados de epicondilitis lateral de codo que no respondieron al tratamiento conservador. El tratamiento conservador consistió en estiramientos, ondas de choque, ejercicios de cinesiterapia, cincha de descarga, medidas antiinflamatorias (ultrasonidos, onda corta, diatermia, frío local) y trabajo de propiocepción de la musculatura supinadora.

Los pacientes incluidos en el estudio fueron operados por el mismo cirujano en varios centros hospitalarios. Se incluyeron 41 pacientes que fueron intervenidos en 2 centros hospitalarios desde septiembre de 2021 hasta septiembre de 2023 por un único cirujano experimentado en técnicas artroscópicas de codo.

El diagnóstico se realizó mediante exploración física y anamnesis, realizando la indicación quirúrgica cuando el paciente no tenía mejoría clínica después de al menos 2 meses de tratamiento conservador.

Los criterios de inclusión fueron:

1. Pacientes en los que persiste la clínica de epicondilitis lateral tras 2 meses de tratamiento conservador.
2. Pacientes mayores de edad a los que se le ofrece tratamiento quirúrgico (cirugía artroscópica de codo), que aceptan y firman el consentimiento informado.

3. Pacientes menores de 67 años.

Criterios de exclusión:

1. Pacientes mayores de 67 años.
2. Pacientes que hayan sufrido alguna complicación clínica que impidiera el tratamiento quirúrgico.
3. Todos aquellos pacientes que rechazaron el tratamiento quirúrgico.

Las escalas utilizadas tanto antes como después de la cirugía fueron la escala visual analógica (EVA), el Mayo Elbow Performance Score (MEPS) y la escala Disability of the Arm, Shoulder and Hand (DASH). La primera medición se realizó un mes antes de la cirugía, obteniendo los valores prequirúrgicos. A los 6 meses de la cirugía artroscópica se volvieron a evaluar las escalas funcionales y de dolor para obtener los valores posquirúrgicos.

Para determinar si los datos seguían una distribución normal, se utilizaron los test de Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk. Se compararon los datos obtenidos en las escalas EVA, MEPS y DASH tanto antes como después de practicar la cirugía mediante la *t* de Student para datos apareados utilizando el programa estadístico SPSS, tomando como límite de significación una $p < 0,05$.

El estudio incluyó intervenciones quirúrgicas con indicación clínica habitual, sin asignación aleatoria ni modificación del tratamiento estándar; por ello, no requirió evaluación del Comité de Ética.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica consiste en una sinovectomía anterior seguida de una capsulotomía lateral parcial y tenotomía dentro-fuera de la inserción del ECRB. En caso de encontrar lesiones asociadas, se realiza el tratamiento correspondiente en función del tipo de lesión. No se asoció epicondiloplastia en ningún paciente de la serie, ya que no se realiza de rutina.

A continuación, se detalla la técnica quirúrgica.

Los pacientes se colocan en decúbito lateral sobre el lado no afecto, posicionando el codo a tratar sobre un soporte a 90° dejando la mano libre para poder moverla (**Figura 1**). Se posiciona el manguito de isquemia en la parte superior del brazo, lo más próximo a la axila que sea posible, para tener suficiente campo quirúrgico. Se marcan las referencias anatómicas (epicóndilo medial, septo fibromuscular medial, nervio cubital, tendón del tríceps, olécranon, epicóndilo lateral y borde lateral supracondíleo del húmero, cabeza del radio y *capitellum*),



Figura 1. Posicionamiento del paciente.

el *soft point* o triángulo de seguridad entre la cabeza del radio, el olécranon y el epicóndilo lateral (**Figura 2**). En primer lugar, se introducen unos 20 mL de suero fisiológico (SF) en la articulación para distender la cápsula articular, favoreciendo el acceso y alejando las estructuras anatómicas en riesgo, así como los portales de visión medial proximal y el portal de trabajo lateral proximal (**Figura 3**). Se usa una óptica convencional de 4 mm y 30°, y se trabaja en el compartimento anterior del codo. Se usa un sinoviotomo de 3,5 y vaporizador de 50°. No se usa bomba de infusión ni cánulas.



Figura 2. Referencias anatómicas.



Figura 3. Introducción del suero fisiológico a través del triángulo de seguridad.

En primer lugar, se realiza el portal anteromedial de visión, incidiendo únicamente la piel y realizando disección roma con un mosquito recto. A continuación, se introduce la vaina del artroscopio, atravesando de forma anterior y proximal el septo fibromuscular medial, en dirección a la cabeza del radio, de forma posterior y distal, para evitar lesionar el nervio cubital y el paquete vascular anterior del codo. Una vez introducida la óptica en el portal medial, se procede a realizar el portal lateral proximal como portal de trabajo. Se realiza bajo visión directa, utilizando como guía una aguja intramuscular de fuera a dentro, para localizar el punto de entrada que permita mejor ángulo de trabajo (**Figura 4**). Posteriormente, se incide en la piel y se realiza disección roma con un mosquito recto para entrar en la articulación (**Figura 5**).

A continuación, se explora el compartimento anterior del codo en busca de sinovitis, lesiones condrales, cuerpos libres, plicas sinoviales o cualquier otra lesión, y se procede a su tratamiento mediante sinovectomía, desbridamiento, extracción o exéresis, respectivamente (**Figura 6**).

Posteriormente, se realiza la capsulotomía parcial lateral con sinoviotomo o vaporizador, hasta conseguir apreciar el ECRB (**Figura 7**). Una vez que se consigue su



Figura 4. Posicionamiento con aguja del portal lateral (paciente en decúbito lateral, codo derecho, visión desde el portal medial).

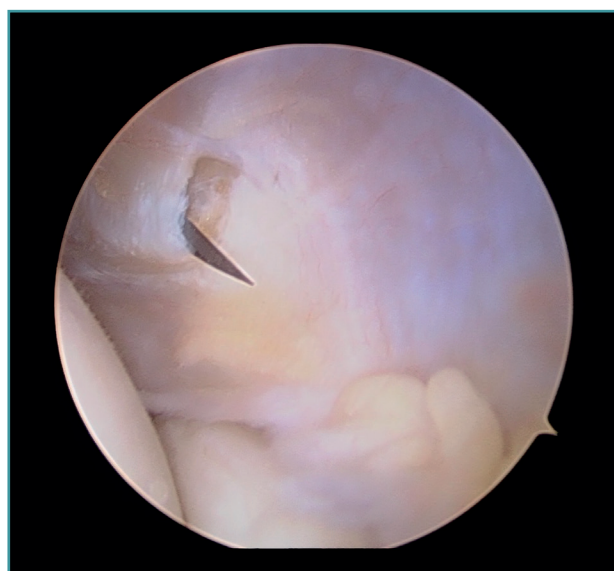


Figura 5. Realización del portal lateral (paciente en decúbito lateral, codo derecho, visión desde el portal medial).

visualización, mediante el sinoviotomo y el vaporizador, se procede a la tenotomía de la inserción del ECRB en el epicóndilo, así como del tejido degenerativo tendinoso asociado (**Figura 8**). La liberación del tendón del ECRB debe limitarse a una zona anterior al eje central de la cabeza radial con el codo a 90°, para preservar la integridad del ligamento colateral lateral.

Finalmente, se realiza el cierre de los portales mediante sutura reabsorbible y un vendaje compresivo del miembro intervenido, sin usar drenaje. El vendaje compresivo se mantiene durante una semana. Se autoriza a

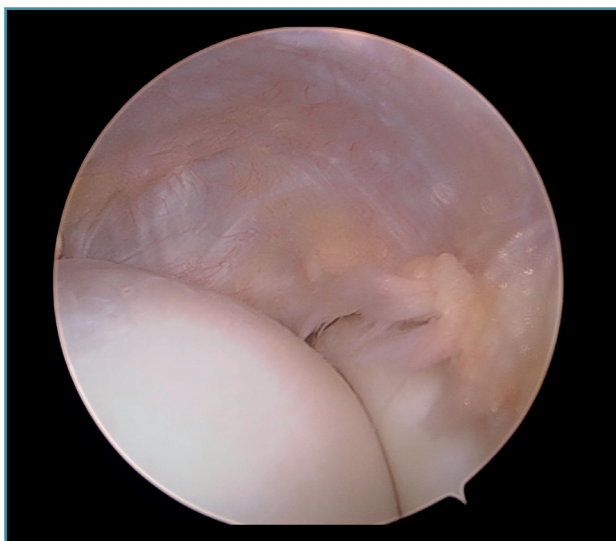


Figura 6. Compartimento anterior del codo, se aprecia la cabeza del radio y el cóndilo humeral junto con la cápsula articular lateral (paciente en decúbito lateral, codo derecho, visión desde el portal medial).

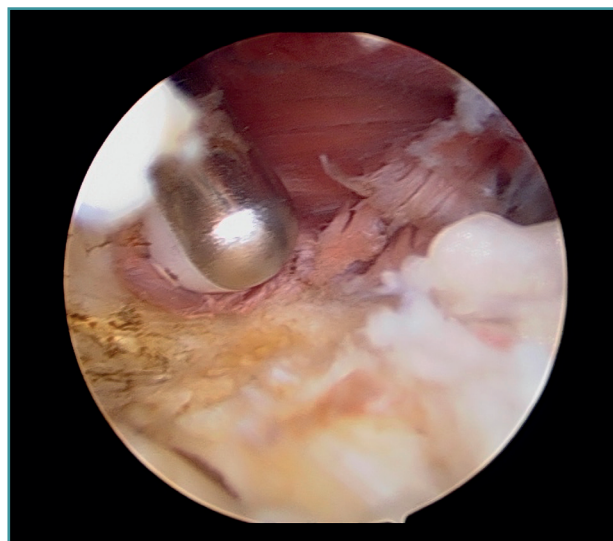


Figura 8. Tenotomía del extensor carpi radialis brevis con vaporizador (paciente en decúbito lateral, codo derecho, visión desde el portal medial).



Figura 7. Tendón extensor carpi radialis brevis tras capsulotomía lateral (paciente en decúbito lateral, codo derecho, visión desde el portal medial).

realizar ejercicios de flexoextensión activa desde el inicio, según permita el vendaje. A la semana, se retira este y se permite libertad de movimientos.

A los 10-14 días se procede a la retirada de las suturas, empezando la rehabilitación una vez que se retiran (ejercicios de movilidad pasiva, activa asistida y activa no asistida sin resistencia).

A las 3 semanas se inician ejercicios contra resistencia y, a partir de la cuarta semana, se autoriza la carga de

peso de forma progresiva y ejercicios de potenciación de la musculatura.

Resultados

Se incluyeron 41 pacientes que cumplían los criterios de inclusión para el estudio, tratándose en todos los casos de afectación unilateral. En 22 pacientes el codo afectado fue el derecho (53,65%) y en 19 pacientes fue el codo izquierdo (46,3%). En 8 (19,5%) pacientes se intervino el brazo no dominante y en 33 (80,5%) pacientes se operó el brazo dominante. De los 41 pacientes, 24 (58,5%) fueron hombres y 17 (41,2%) fueron mujeres. La edad media de los pacientes incluidos fue de 45,7 años (desviación estándar: $\pm 9,8$), con un rango entre 21 y 61 años. Del total de los pacientes intervenidos, 26 (63,4%) presentaron plica sinovial, mientras que 15 (36,58%) pacientes no la presentaron. En la artroscopia de codo se visualizaron lesiones osteocondrales (OC) concomitantes: 14 (34,1%) pacientes presentaron lesiones OC en la cabeza radial, 6 (14,6%) presentaron lesiones OC en el cóndilo humeral, 9 (21,95%) tuvieron lesiones OC en la cabeza radial y el cóndilo humeral, y 12 (29,3%) no presentaron ninguna lesión asociada. De todas las artroscopias realizadas, en 5 (12,2%) pacientes se tuvo que extraer algún cuerpo libre intraarticular. No se apreciaron complicaciones posquirúrgicas mayores, como neuroapraxia, infección articular, fístulas sinoviales o inestabilidad ligamentosa. No hubo pérdidas durante el seguimiento de los pacientes.

Los datos obtenidos en las escalas EVA, MEPS, DASH pre- y poscirugía se muestran en la **Tabla 1**. El valor me-

Tabla 1. Significación estadística de los valores medios de las escalas EVA, MEPS y DASH, precirugía (PRE) y postcirugía (POST)

	EVA PRE	EVA POST	Significación estadística, p
Valores medios	7,4	1,26	0,01*
	MEPS PRE	MEPS POST	
Valores medios	56,2	95,1	0,01*
	DASH PRE	DASH POST	
Valores medios	72,5	13,97	0,01*

* La significación estadística fue menor de 0,01

DASH: Disability of the Arm, Shoulder and Hand; EVA: escala visual analógica;

MEPS: Mayo Elbow Performance Score

dio obtenido en la EVA antes de operarse fue de 7,4. El valor medio tras operarse en dicha escala fue de 1,26. En la escala MEPS antes de la cirugía se obtuvo un valor promedio de 56,2 y tras la cirugía el valor medio fue de 95,1. En la última escala evaluada, la DASH, los valores antes de operarse fueron de 72,5 y después de la cirugía fueron de 13,97. Los pacientes presentaron una mejoría de $6,15 \pm 1,06$ puntos en la EVA, $38,90 \pm 8,25$ puntos en la escala MEPS y $58,56 \pm 11,86$ puntos en la escala DASH (media $\pm$ desviación estándar).

Tras realizar una evaluación de los datos obtenidos tanto antes como después de la cirugía en las escalas EVA, MEPS y DASH, se aplicaron pruebas de normalidad (Kolmogórov-Smirnov y Shapiro-Wilk) que mostraron que la distribución de los datos de EVA no era normal, mientras que en MEPS y DASH no se rechazó la normalidad. Por ello, se empleó el test de Wilcoxon para la comparación de valores apareados de EVA y la t-Student apareada para MEPS y DASH, por cumplir criterios de normalidad y contar con un tamaño muestral suficiente.

En los datos analizados para la escala EVA, el test de Wilcoxon mostró una significación inferior a 0,01 ($p < 0,0001$), lo que evidencia diferencias estadísticamente significativas antes y después de la intervención. De igual modo, en la escala MEPS, la t-Student apareada obtuvo una significación inferior a 0,01 ($p < 0,0001$), indicando una mejora funcional posquirúrgica. Finalmente, en la escala DASH, la t-Student también mostró significación estadística ($p < 0,0001$), subrayando la mejoría clínica. Estos resultados reflejan un impacto positivo de la cirugía en las tres escalas evaluadas.

En cuanto a las complicaciones en el postoperatorio observadas, 3 (7,3%) pacientes presentaron dehiscencia de alguno de los portales, que evolucionó bien con curas y tratamiento antibiótico oral, y 2 (4,9%) pacientes presentaron rigidez del codo intervenido, que requirió movilización bajo anestesia.

Discusión

En el presente artículo pretendemos comparar nuestros resultados de EVA, MEPS y DASH antes y después del tratamiento artroscópico de la epicondilitis, así como con los descritos en la literatura. Analizando las puntuaciones obtenidas en las escalas utilizadas (EVA, MEPS y DASH) antes y después de la cirugía, se obtienen diferencias estadísticamente significativas a favor del tratamiento quirúrgico.

En la gran mayoría de los casos, la epicondilitis se resuelve con tratamiento conservador, basado en rehabilitación con fisioterapia, antiinflamatorios orales, ortesis, infiltraciones intraarticulares, ondas de choque, entre otros. Cuando este no es efectivo, puede llegar a ser muy limitante tanto en el paciente deportista como en el trabajador manual⁽⁸⁾. Según Sanders *et al.*, se realiza tratamiento quirúrgico hasta en el 1,6% de los pacientes en el primer año⁽³⁾.

El limitado nivel de evidencia científica de los trabajos publicados, el bajo número de pacientes incluidos en los estudios y la ausencia de estudios multicéntricos hacen que el manejo de la epicondilitis sea todavía un tema controvertido. Sin embargo, en la mayoría de los estudios se refleja una mejoría sintomática con el tratamiento quirúrgico⁽⁹⁾.

En muchos estudios se ha intentado determinar si existe una mejora objetiva cuando realizamos esta cirugía por vía artroscópica. Carratalá *et al.*⁽¹⁰⁾ en su cohorte prospectiva de 30 pacientes compararon la cirugía abierta con la artroscópica. Objetivaron una mayor disminución del dolor en pacientes intervenidos por artroscopia, aunque las diferencias no fueron significativas. El tiempo de baja tras la cirugía fue menor en el grupo en el que se realizó cirugía artroscópica. Solheim *et al.*⁽¹¹⁾ en su estudio de casos y controles evaluaron 305 codos para comparar resultados entre cirugía abierta y artroscópica. Reportaron buenos resultados en ambos grupos. En el grupo de cirugía artroscópica objetivaron una menor puntuación con significación estadística en el QuickDASH score. En el estudio de Peart *et al.*⁽¹²⁾, donde estudiaron 87 pacientes con epicondilitis lateral de codo para comparar los resultados obtenidos con cirugía abierta y artroscopia, no se observaron diferencias significativas en cuanto a resultados obtenidos en ambos grupos, aunque sí que vieron que los pacientes operados con artroscopia volvían antes al trabajo que los operados con cirugía abierta.

Wada *et al.*⁽¹³⁾, en su reporte de 18 pacientes en los que se realizó artroscopia de codo, observaron que en 4 de los 18 se obtuvieron unos resultados del DASH score por debajo de los valores normales. Este estudio es el primero que promueve la utilización del DASH score poscirugía como predictor de resultados. Nascimento *et al.*⁽¹⁴⁾ obtuvieron unos resultados medios del DASH score de 21,2, acordes con lo que reporta la literatura.

Terra et al.⁽¹⁵⁾ obtuvieron muy buenos resultados en los 15 pacientes evaluados tras cirugía artroscópica. El 90% de los pacientes a los 6 meses ya no presentan dolor.

En el estudio de Saremi et al. los pacientes tratados con técnicas de artroscopia necesitaron una media de 18 días para incorporarse a sus actividades cotidianas y a la vida laboral⁽¹⁶⁾. Otros estudios llevados a cabo por Baker et al.⁽¹⁷⁾ y Verhaar et al.⁽⁸⁾ muestran resultados que van en la misma dirección. En estos, los pacientes volvieron a la actividad laboral a las 2 semanas de la cirugía.

La literatura avala las técnicas artroscópicas como método eficaz, seguro y con buenos resultados reportados con mínimas complicaciones. Los resultados obtenidos en la mejoría de las escalas evaluadas pre- y poscirugía en nuestros pacientes concuerdan con los hallazgos de la literatura a este respecto.

Como limitaciones de este trabajo destacamos el carecer de grupo control para realizar la comparación con técnicas abiertas y el corto periodo de seguimiento. El tratamiento rehabilitador puede diferir entre pacientes intervenidos en los distintos centros debido a los recursos disponibles, por lo que el tratamiento rehabilitador puede no ser homogéneo en cuanto a técnicas o número de sesiones. Tampoco se realizó una comparación en los resultados de los pacientes que presentaron lesiones osteocondrales frente a los que no las presentaron.

Conclusiones

Con el estudio de los datos obtenidos, obtenemos mejoría estadísticamente significativa en los resultados tanto funcionales como clínicos, objetivados en las escalas evaluadas (EVA, MEPS, DASH). También encontramos una baja tasa de complicaciones, sin haber presentado complicaciones mayores, por lo que se puede considerar una cirugía segura cuando se realiza por cirujanos experimentados.

Responsabilidades éticas

Conflicto de interés. Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Financiación. Este trabajo no ha sido financiado.

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Bibliografía

1. Xin H, Ying L, Zhang Q, et al. Arthroscopic Extensor Carpi Radialis Brevis Tenotomy Under Local Anesthesia for Refractory Lateral Epicondylitis. *Arthrosc Tech*. 2024;13(12):103144.
2. Ertem K, Ergen E, Yoloğlu S. Functional outcomes of arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *Acta Orthop Traumatol Turc*. 2015;49(5):471-7.
3. Sanders TL, Maradit Kremers H, Bryan AJ, et al. The epidemiology and health care burden of tennis elbow: A population-based study. *Am J Sports Med* 2015;43:1066-71.
4. López-Alameda S, Varillas-Delgado D, Felipe-Gallego J, et al. Arthroscopic surgery versus open surgery for lateral epicondylitis in an active work population: a comparative study. *J Shoulder Elbow Surg*. 2022;31(5):984-90.
5. Moran J, Gillinov SM, Jiménez AE, et al. No difference in complication or reoperation rates between arthroscopic and open debridement for lateral epicondylitis: A national database study. *Arthroscopy*. 2023;39:245-52.
6. Kim DS, Chung HJ, Yi CH, Kim SH. Comparison of the clinical outcomes of open surgery versus arthroscopic surgery for chronic refractory lateral epicondylitis of the elbow. *Orthopedics*. 2018;41:237-47.
7. Robertson WJ, Griffith MH, Carroll K, et al. Arthroscopic versus open distal clavicle excision: A comparative assessment at intermediate-term follow-up. *Am J Sports Med*. 2011;39:2415-20.
8. Verhaar JA. Tennis elbow. Anatomical, epidemiological and therapeutic aspects. *Int Orthop*. 1994;18:263-7.
9. Muir D, Blakeway H, Morris R, et al. Surgical management of lateral epicondylitis: a scoping review of published literature. *JSES Rev Rep Tech*. 2024;5(1):79-85.
10. Carratalá Baixauli V, Miranda I, Ortego JI, et al. Tratamiento artroscópico versus tratamiento mediante cirugía abierta de la epicondilitis lateral. Estudio de cohortes prospectivo. *Rev Esp Artrosc Cir Articul*. 2016;23:96-102.
11. Solheim E, Hegna J, Øyen J. Arthroscopic versus open tennis elbow release: 3- to 6-year results of a case-control series of 305 elbows. *Arthroscopy*. 2013;29:854-9.
12. Peart RE, Strickler SS, Schweitzer KM Jr. Lateral epicondylitis: a comparative study of open and arthroscopic lateral release. *Am J Orthop (Belle Mead NJ)*. 2004;33:565-7.
13. Wada T, Moriya T, Iba K, et al. Functional outcomes after arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *J Orthop Sci*. 2009;14(2):167-74.
14. Nascimento AT, Claudio GK. Arthroscopic surgical treatment of recalcitrant lateral epicondylitis-a series of 47 cases. *Rev Bras Ortop*. 2017;52(1):46-51.
15. Terra BB, Rodrigues LM, Filho AN, et al. Arthroscopic treatment for chronic lateral epicondylitis. *Rev Bras Ortop*. 2015;50(4):395-402.
16. Saremi H, Seydan MA, Seifrabiei MA. Midterm results of arthroscopic treatment for recalcitrant lateral epicondylitis of the elbow. *Arch Bone Jt Surg*. 2020;8(2):184-9.
17. Baker CL, Baker 3rd CL. Long-term follow-up of arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *Am J Sports Med*. 2008;36(2):254-60.