

Resultados funcionales del tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral refractaria

Josefina Zincunegui, Juan Matías Sala

Servicio de Cirugía de la Mano Patagónica (CIMAP), OTI, Clínica del Valle S.R.L., Comodoro Rivadavia, Chubut, Argentina

RESUMEN

Introducción: La epicondilitis lateral es una causa frecuente de dolor del codo y discapacidad. Aunque la mayoría responde al tratamiento conservador, los casos refractarios pueden requerir cirugía. En los últimos años, la artroscopia ha ganado popularidad por permitir un abordaje mínimamente invasivo y el tratamiento de lesiones intrarticulares asociadas. **Objetivo:** Evaluar los resultados funcionales, la mejoría del dolor y la presencia de lesiones intrarticulares asociadas en pacientes con epicondilitis lateral refractaria tratados con desbridamiento y liberación artroscópica del codo. **Materiales y Métodos:** Estudio retrospectivo de 12 pacientes sometidos a una artroscopia de codo entre marzo de 2022 y abril de 2025, con un seguimiento promedio de 14 meses. La función y el dolor se evaluaron con la escala MEPS y la escala analógica visual antes y después de la cirugía. Las lesiones se clasificaron según la escala artroscópica de Baker y se registraron las lesiones asociadas. **Resultados:** Se observaron mejoras estadísticamente significativas en el puntaje MEPS (de 45,83 a 85,00; $p < 0,0001$) y en la escala analógica visual (de 7,50 a 1,25; $p < 0,0001$). El grado 2 de Baker fue el más frecuente. El 66,7% presentó lesiones asociadas, la más común fue la plica sinovial, y todas fueron tratadas en el mismo procedimiento. Se registró una neuropraxia radial transitoria como única complicación. **Conclusiones:** El tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral mediante desbridamiento intrarticular produjo una reducción significativa del dolor y una mejoría funcional sustancial, por lo que se consolida como una alternativa eficaz en pacientes refractarios al manejo conservador.

Palabras clave: Epicondilitis lateral; artroscopia de codo; desbridamiento del extensor radial corto del carpo; clasificación de Baker.

Nivel de Evidencia: IV

Functional Outcomes of Arthroscopic Treatment of Refractory Lateral Epicondylitis

ABSTRACT

Introduction: Lateral epicondylitis is a common cause of elbow pain and disability. Although most patients respond to conservative treatment, refractory cases may require surgery. In recent years, arthroscopy has gained popularity because it provides a minimally invasive approach and allows associated intra-articular lesions to be treated. **Objective:** To evaluate functional outcomes, pain improvement, and the presence of associated intra-articular lesions in patients with refractory lateral epicondylitis treated with arthroscopic elbow debridement and release. **Materials and Methods:** Statistically significant improvements were observed in the MEPS score (from 45.83 to 85.00; $p < 0.0001$) and VAS score (from 7.50 to 1.25; $p < 0.0001$). Baker grade 2 was the most common. Associated lesions were found in 66.7% of patients; synovial plica was the most common, and all lesions were treated during the same procedure. Transient radial nerve neuropraxia was the only complication. **Results:** Statistically significant improvements were observed in MEPS (45.83 → 85.00; $p < 0.0001$) and VAS (7.50 → 1.25; $p < 0.0001$). Baker grade 2 was the most frequent. 66.7% of patients presented with associated injuries, which were treated during the same procedure, with synovial plica being the most common. A single complication was recorded: transient radial neuropraxia. **Conclusions:** Arthroscopic treatment of lateral epicondylitis through intra-articular debridement resulted in a significant reduction in pain and substantial functional improvement, supporting its use as an effective alternative in patients refractory to conservative management.

Keywords: Lateral epicondylitis; elbow arthroscopy; ECRB debridement; Baker classification.

Level of Evidence: IV

Recibido el 2-12-2025. Aceptado luego de la evaluación el 26-4-2026 • Dra. JOSEFINA ZINCUNEGUI • josefinazincunegui@gmail.com  <https://orcid.org/0009-0007-2404-2810>

Cómo citar este artículo: Zincunegui J, Sala JM. Resultados funcionales del tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral refractaria. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2026;91(4):343-352. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2026.91.4.2258>

INTRODUCCIÓN

La epicondilitis lateral, comúnmente conocida como codo de tenista,¹ es una lesión por el uso excesivo, secundaria a la sobrecarga excéntrica del tendón extensor común, que compromete principalmente el origen del extensor radial corto del carpo (*extensor carpi radialis brevis*, ECRB). Este cuadro se produce, sobre todo, por la tensión repetitiva derivada de actividades que implican agarres con carga o movimientos repetidos de extensión de la muñeca. Es frecuente en personas que practican deportes, como tenis o *squash*, o cuyas actividades laborales requieran la extensión repetitiva de la muñeca, desviación radial o supinación del antebrazo. En la población general, y particularmente en trabajadores manuales, la incidencia comunicada oscila entre el 1% y el 3%, afecta por igual a hombres y mujeres, la mayor prevalencia ocurre en la quinta década de la vida y predomina en el brazo dominante.²

Se caracteriza por microdesgarros y degeneración del ECRB, lo que conduce a una respuesta de reparación fallida.³

El tratamiento inicial es conservador e incluye reposo relativo o absoluto de la actividad desencadenante según la intensidad del dolor, junto con analgésicos orales, crioterapia y, en algunos casos, inmovilizadores de contrafuerza para disminuir la tensión sobre el epicóndilo lateral. La fisioterapia o la terapia ocupacional, enfocada en el estiramiento, fortalecimiento progresivo y trabajo excéntrico, constituye una parte fundamental del manejo. La cirugía debe considerarse únicamente como última opción tras un tratamiento conservador prolongado de, al menos, 6-12 meses.²

Según la bibliografía médica, la aplicación de las técnicas quirúrgicas es variable. La mayoría de los cirujanos realiza distintos grados de desbridamiento del ECRB o la liberación de su origen tendinoso en el epicóndilo lateral. El desbridamiento del tejido patológico, junto con la estimulación de un lecho óseo sangrante en el epicóndilo lateral, busca favorecer el proceso de cicatrización.¹

A pesar de que esta lesión es muy frecuente, el mejor abordaje terapéutico sigue siendo motivo de debate, en particular, respecto a la elección entre cirugía abierta o artroscópica.⁴ Esta última técnica permite la visualización intrarticular de lesiones concomitantes, con la ventaja de una menor morbilidad, una recuperación más rápida y un retorno más temprano al trabajo y a la actividad deportiva.⁵

El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados funcionales, la mejoría del dolor y las lesiones asociadas en una serie consecutiva de pacientes con epicondilitis lateral, sometidos a desbridamiento y liberación del codo mediante artroscopia tras el fracaso del manejo conservador.

MATERIALES Y MÉTODOS

El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité de Ética de nuestra institución, y todos los pacientes firmaron un consentimiento informado antes de la inclusión.

Se llevó a cabo un estudio retrospectivo que incluyó a 12 pacientes con diagnóstico de epicondilitis lateral, tratados con una técnica artroscópica de codo entre marzo de 2022 y abril de 2025 (Tabla 1). El seguimiento promedio fue de 14 meses (rango 6-24), no se registraron pérdidas de pacientes durante dicho período.

Los criterios de inclusión fueron: edad >18 años, diagnóstico clínico de epicondilitis lateral y fracaso del tratamiento conservador durante un período mínimo de 6 meses.

Los criterios de exclusión fueron: negativa a participar en el estudio, artrosis de codo, antecedentes de artritis sistémica o reumatoide y cirugías previas en el codo afectado.

El diagnóstico clínico de epicondilitis lateral se estableció con la prueba de Cozen y Maudsley y se confirmó con estudios complementarios: radiografías anteroposteriores y laterales de codo, y una resonancia magnética.

A todos los pacientes se les realizó una evaluación funcional y del dolor con la escala *Mayo Elbow Performance Score* (MEPS) y la escala analógica visual (EAV) antes de la cirugía y en el posoperatorio.

Durante el procedimiento quirúrgico, las lesiones se clasificaron de acuerdo con la clasificación artroscópica de Baker y se reportaron lesiones asociadas, que fueron tratadas (Tabla 2).

Tabla 1. Características demográficas, hallazgos intrarticulares y resultados clínicos

N	Edad (años)	Trabajador de fuerza	Mano hábil	Clasificación de Baker	Lesiones asociadas	Lesiones condrales	Plica sinovial	Inestabilidad posterolateral	Hallazgo tipo SMILE	Lesión del ligamento anular	Complicaciones	MEPS preop.	MEPS posop.	EAV preop.	EAV posop.
1	53	Sí	Sí	2	Sí		x					50	90	8	2
2	46	Sí	Sí	2	Sí		x					60	80	7	1
3	40	Sí	No	3	Sí		x				x	40	85	8	2
4	38	No	Sí	2	No							35	75	6	0
5	45	Sí	Sí	2	Sí				x			40	80	7	1
6	46	Sí	Sí	2	Sí	x	x					45	95	8	2
7	25	No	Sí	1	Sí		x					55	80	9	3
8	41	No	No	2	No							40	100	8	1
9	50	Sí	Sí	2	Sí							65	95	7	0
10	38	No	Sí	3	Sí			x		x		35	75	8	1
11	61	Sí	Sí	1	Sí	x						40	80	7	1
12	61	No	No	1	No	x						45	85	7	1

MEPS = Mayo Elbow Performance Score; EAV = escala analógica visual.

Tabla 2. Clasificación artroscópica de Baker

Tipo	Descripción	Hallazgos artroscópicos
1	Lesión leve	Cápsula articular íntegra; no se visualiza el origen del ECRB; cambios degenerativos mínimos o nulos
2	Lesión parcial	Desgarro parcial del ECRB; cápsula adelgazada o parcialmente rota; visualización parcial del tendón con cambios degenerativos
3	Lesión completa	Rotura completa del ECRB; defecto capsular evidente con exposición del tendón y del cóndilo lateral

ECRB = extensor radial corto del carpo.

Técnica quirúrgica

Todas las cirugías estuvieron a cargo del mismo cirujano. Se ubicó al paciente en decúbito lateral, bajo anestesia general, se colocó un manguito neumático de isquemia en el miembro superior afectado. Se efectuó la artroscopia de codo con una óptica de 2,7 mm 30°. Se inició con un portal “soft spot” tras la insuflación articular, y se continuó con la confección de los portales anterolateral proximal y anteromedial proximal.

Se llevó a cabo una inspección sistemática de la articulación y se procedió con una sinovectomía rutinaria. Las lesiones fueron clasificadas según la clasificación artroscópica de Baker ([Figura 1](#)). Posteriormente, se efectuó una capsulotomía por debajo de la línea ecuatorial del cóndilo y una tenotomía del segundo radial (ECRB) hasta la exposición de la masa muscular del primer radial (extensor radial largo del carpo) ([Figura 2](#), [Video](#)).

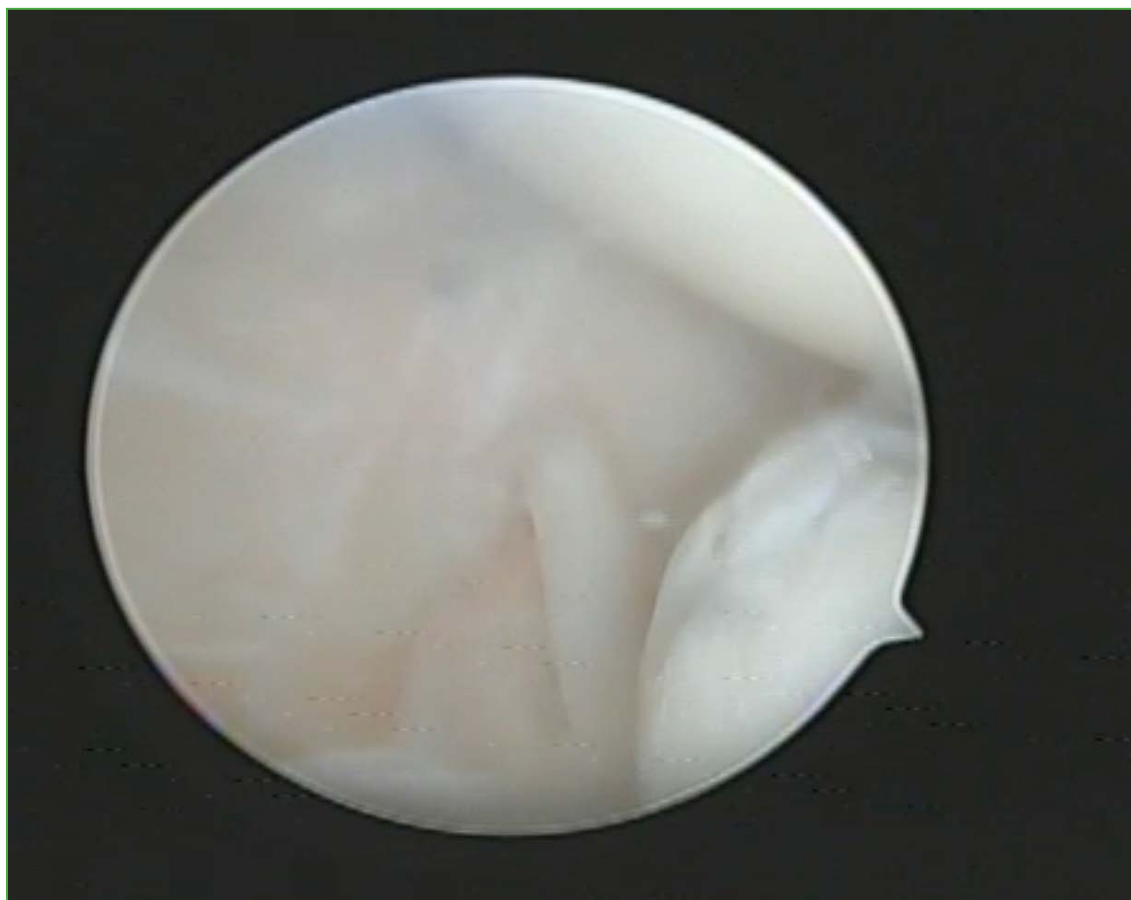


Figura 1. Imagen intraoperatoria que muestra una lesión tipo 2 de la clasificación de Baker.



Figura 2. Imagen intraoperatoria. Se observa la tenotomía del extensor radial corto del carpo hasta la exposición de la masa muscular del extensor radial largo del carpo.

El manejo posoperatorio consistió en la aplicación de un vendaje compresivo, un control clínico a las 48 h y un protocolo de fisioterapia temprana que, en una fase inicial, estaba dirigido a trabajar en la movilización activa del codo dentro de rangos no dolorosos, evitando la inmovilización prolongada, con el objetivo de prevenir la rigidez y favorecer la recuperación funcional. Durante la segunda y tercera semana, se continuó con la movilización activa y, en la cuarta semana, se incorporaron ejercicios de estiramiento de la musculatura extensora del antebrazo, junto con el fortalecimiento progresivo, con énfasis en ejercicios excéntricos del ECRB. De la cuarta a la sexta semana, se añadieron ejercicios de fortalecimiento funcional y reentrenamiento progresivo orientados a las actividades específicas del paciente. Se permitió el retorno a las actividades laborales y deportivas de manera gradual, en función de la evolución clínica.

Análisis estadístico

Se realizó un análisis descriptivo de las variables demográficas y clínicas del estudio. Para cada categoría se calcularon las frecuencias absolutas, los porcentajes y los valores promedio correspondientes. Asimismo, se determinó la distribución de los casos según la clasificación de Baker y se calculó el porcentaje de lesiones asociadas, identificando las más frecuentes.

Para evaluar las diferencias entre los valores preoperatorios y posoperatorios de la escala MEPS y la EAV, se aplicó la prueba de la t de Student para muestras apareadas.

El análisis estadístico se efectuó con el programa RStudio (versión 2023.06.0).

RESULTADOS

Se incluyó a 12 pacientes durante el período comprendido entre marzo de 2022 y abril de 2025. Los objetivos del estudio fueron analizar las características demográficas de la muestra, como la edad, la dominancia y el porcentaje de pacientes que realizaban trabajos de fuerza; determinar la clasificación de Baker; identificar lesiones intrarticulares asociadas y su frecuencia; y comparar los resultados funcionales y el dolor en el período pre y posoperatorio mediante la escala MEPS y la EAV.

La mayoría de los pacientes presentaban una dominancia manual derecha, lo que refleja una tendencia funcional predominante en esta cohorte.

Se identificó un grupo intermedio que combina fuerza y destreza, lo cual podría ser relevante para el diseño de intervenciones específicas y la toma de decisiones clínicas y ergonómicas.

En cuanto a la edad, los pacientes que reúnen ambas condiciones tienden a ser mayores, lo que sugiere que, con el tiempo, se acumulan estas características funcionales. Por el contrario, la distribución de la habilidad manual fue homogénea, dado que la edad promedio de los pacientes con mano hábil resultó similar a la edad global de la cohorte, lo que indica que esta característica no estaría influida de manera significativa por la edad (Tabla 3).

Tabla 3. Características demográficas de la muestra

Características	n	Edad promedio
Total de pacientes	12	45
Trabajadores de fuerza	7	49
Mano hábil	9	45
Ambas condiciones	6	50

En el grupo analizado, el grado 2 de Baker fue el más frecuente (7 pacientes). Los grados 1 y 3 fueron menos comunes (3 y 2 pacientes, respectivamente).

El 66,7% tenía lesiones asociadas. La más frecuente era la plica sinovial (41,7%), seguida de las lesiones condrales (25%). Otras lesiones menos frecuentes eran la inestabilidad posterolateral, la lesión del ligamento anular y hallazgos tipo SMILE, cada una con una incidencia del 8,3%. Además, el 16,7% tenía lesiones múltiples que fueron tratadas en el mismo procedimiento. En los casos de plica sinovial, se realizó su resección hasta verificar, mediante maniobras de pronosupinación, la ausencia de conflicto con la cabeza radial. Las lesiones tipo SMILE (definidas como una lesión del complejo ligamentario lateral con microinestabilidad) y la inestabilidad posterolateral (secundaria a insuficiencia del complejo ligamentario lateral) se trataron con plicaturas capsulares; y las lesiones condrales, con desbridamiento (Tabla 4).

Tabla 4. Lesiones asociadas

Tipos de lesiones	n	%
Condrales	3	25,0
Plica	5	41,7
Inestabilidad posterolateral	1	8,3
Hallazgo tipo SMILE	1	8,3
Ligamento anular	1	8,3
Múltiples	2	16,7

El puntaje de la escala MEPS indicó que la función del codo mejoró en el posoperatorio, se incrementó de $45,83 \pm 9,73$ a $85,00 \pm 8,26$ (diferencia media: $39,17 \pm 10,62$; $p < 0,0001$). Por su parte, el puntaje de la EAV mostró una disminución del dolor de $7,50 \pm 0,80$ a $1,25 \pm 0,87$ (diferencia media: $-6,25 \pm 0,45$; $p < 0,0001$).

En conjunto, estos resultados indican que la intervención quirúrgica produjo una mejora funcional significativa y una marcada reducción del dolor (Figuras 3 y 4).

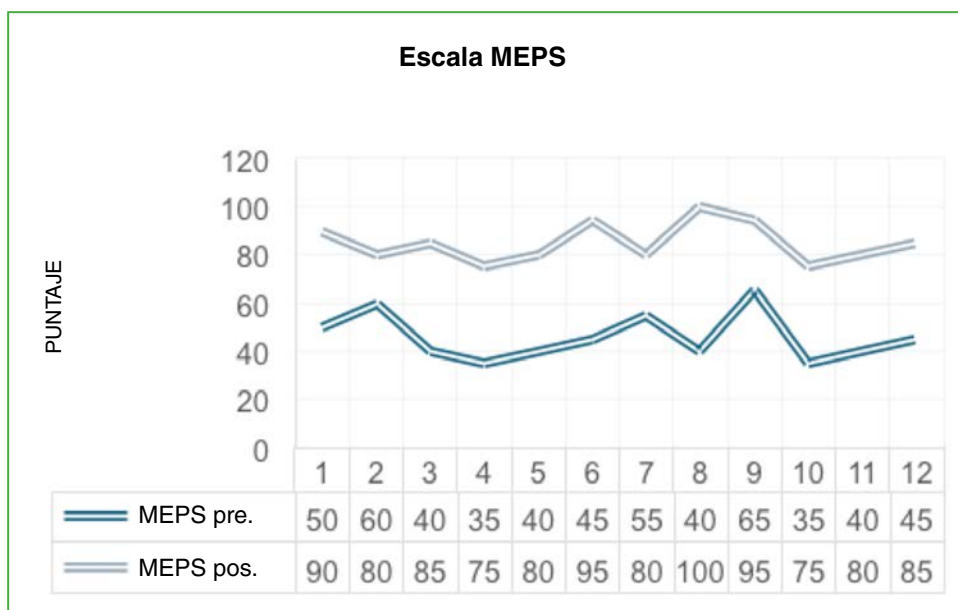


Figura 3. Comparación del dolor pre y posoperatorio evaluado con la escala *Mayo Elbow Performance Score* (MEPS).

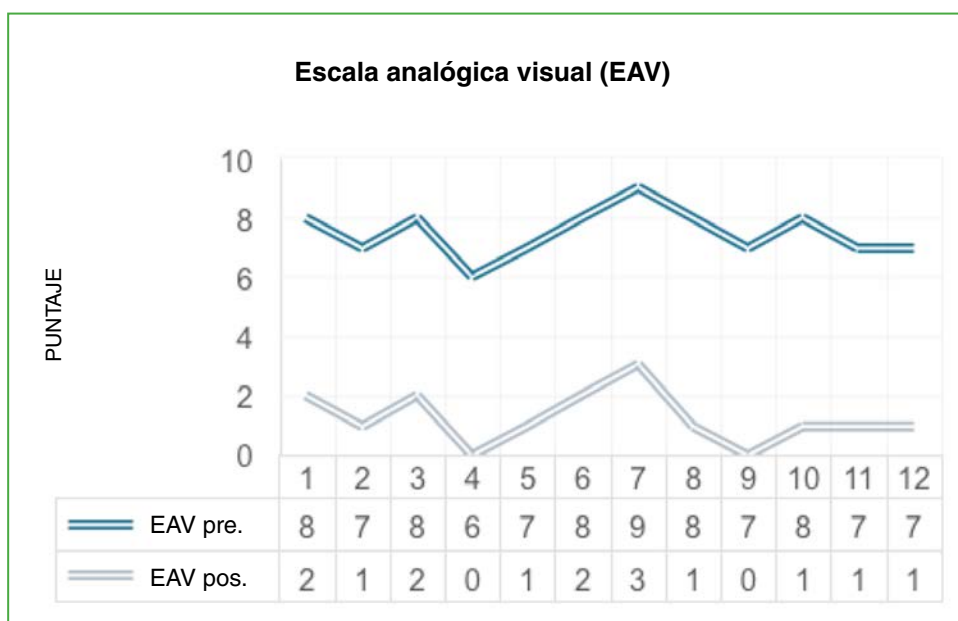


Figura 4. Comparación del dolor pre y posoperatorio evaluado con la escala analógica visual.

El retorno a la actividad laboral se produjo, en promedio, a los 21 días, mientras que la reincorporación a la práctica deportiva ocurrió alrededor de las 6 semanas. Los pacientes a quienes se les realizó una tenotomía recuperaron la fuerza aproximadamente a los 2 meses. Por otro lado, los pacientes con lesiones asociadas tratadas con plicaturas capsulares se recuperaron más lentamente, quizás debido al período de inmovilización de 2 semanas; no obstante, tuvieron una evolución progresiva favorable con la fisioterapia.

Complicaciones

Se registró una única complicación en la serie (paciente 3), se trató de una neuropraxia radial transitoria que se resolvió completamente a las 24 horas.

DISCUSIÓN

En este estudio, se incluyó a 12 pacientes sometidos a una artroscopia de codo entre marzo de 2022 y abril de 2025, con un seguimiento medio de 14 meses. La función y el dolor se evaluaron con la escala MEPS y la EAV, tanto antes de la cirugía como en el posoperatorio. Las lesiones se clasificaron según la escala artroscópica de Baker, se registraron y trataron las lesiones asociadas. Con esta técnica se obtuvieron resultados favorables, lo que la posiciona como una opción eficaz para pacientes con epicondilitis lateral refractaria al tratamiento conservador, al observar una mejoría significativa en la función y la disminución del dolor. En un seguimiento a largo plazo, Baker y Baker demostraron la eficacia sostenida del desbridamiento artroscópico del ECRB,⁶ mientras que Baker y cols. propusieron inicialmente una clasificación artroscópica y obtuvieron buenos resultados clínicos a los 2 años.⁷

En algunas revisiones sistemáticas y metanálisis, se han reforzado estos hallazgos. Pierce y cols. reportaron que los pacientes sometidos a liberación artroscópica y percutánea tuvieron menos dolor que aquellos con abordajes abiertos.⁸ Del mismo modo, según la revisión de Muir y cols. la cirugía artroscópica ofrece resultados alentadores y debe considerarse una alternativa válida en casos refractarios.⁹

En la literatura médica, se han publicado resultados funcionales comparables entre los abordajes abiertos y artroscópicos, aunque con ventajas prácticas para la artroscopia. Szabo y cols. evaluaron tres métodos quirúrgicos y concluyeron en que no hubo diferencias significativas en cuanto a las complicaciones, las recurrencias o los puntajes de dolor.¹⁰ Sin embargo, Ghandour y cols., en un metanálisis comparativo reciente, concluyeron en que la artroscopia tuvo un perfil de seguridad similar al del abordaje abierto, con beneficios adicionales por su carácter mínimamente invasivo.¹¹

En cuanto a las complicaciones en nuestra serie, solo hubo una neuropraxia radial transitoria. Moran y cols. informaron que las tasas de complicaciones y reoperaciones no difieren significativamente entre la artroscopia y la cirugía abierta.¹² Pomerantz publicó tasas de complicaciones del 4,3% para la cirugía abierta y del 1,1% para la artroscopia.¹³ Asimismo, Danaher enfatizó que los pacientes evolucionan favorablemente tras la resección del tejido patológico del ECRB, independientemente de la técnica empleada. Estos datos sugieren que la seguridad del procedimiento depende de la técnica quirúrgica y de la experiencia del cirujano.¹⁴

El hallazgo de lesiones concomitantes en dos tercios de los pacientes refuerza el valor de la artroscopia como técnica diagnóstica y terapéutica integral. En nuestra serie, la plica sinovial fue la lesión más frecuente, lo que coincide con lo publicado. Baker y cols. comunicaron que la artroscopia permite identificar este tipo de alteraciones intrarticulares, inclusive sinovitis y pliegues sinoviales, que pueden contribuir al dolor persistente.⁷ De manera similar, Pierce y cols., y Muir y cols. destacaron el rol diagnóstico de la artroscopia al revelar lesiones asociadas, como plicas y lesiones condales, que suelen pasar inadvertidas en la cirugía abierta.^{8,9}

La reincorporación temprana es uno de los beneficios más destacados de la artroscopia. Baker y cols. informaron un reintegro laboral promedio de 35 días frente a 66 días con la cirugía abierta.⁷ Choudhury y cols. también publicaron que la liberación artroscópica y la decorticación permiten un retorno al trabajo más rápido, con niveles de satisfacción similares a los del manejo conservador intensivo.¹⁵ Estos hallazgos coinciden con nuestros resultados de recuperación temprana y con artículos publicados que respaldan la artroscopia como opción de primera línea en casos quirúrgicos.

Wang y cols. documentaron que, pese a los beneficios de la artroscopia, el abordaje abierto sigue siendo el más practicado por cirujanos ortopédicos recién formados, representa más del 90% de los casos, aunque con una tendencia creciente hacia la artroscopia.¹⁶ Esto refleja que la curva de aprendizaje aún representa una barrera.

En cuanto a las técnicas emergentes, la tenotomía percutánea ultrasónica ha obtenido resultados clínicos y ecográficos favorables a largo plazo, con una baja tasa de complicaciones.¹⁷ Satake y cols. exploraron la neurectomía selectiva como alternativa terapéutica, logra una reducción significativa del dolor, aunque con limitaciones por alteraciones sensitivas residuales.¹⁸

Más recientemente, en estudios de reparación artroscópica con sutura de anclaje, se comprobó una mejoría clínica significativa y la alta satisfacción de los pacientes,¹⁹ esto refleja la evolución constante de las técnicas mínimamente invasivas en esta enfermedad.

En conjunto, la evidencia respalda que tanto la cirugía abierta como la artroscopia ofrecen resultados satisfactorios en pacientes con epicondilitis lateral refractaria. No obstante, la artroscopia tiene ventajas adicionales: menor morbilidad, identificación y tratamiento simultáneo de lesiones asociadas, reintegro laboral más temprano y bajas tasas de complicaciones, por lo que se consolida como una alternativa quirúrgica eficaz y segura.^{11,19}

Este estudio presenta algunas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los resultados. En primer lugar, el tamaño reducido de la muestra restringe la capacidad de generalización. Asimismo, la ausencia de un grupo de control impide realizar comparaciones directas con otras técnicas quirúrgicas. Por estas razones, son necesarios estudios futuros con muestras más amplias, diseños prospectivos controlados y evaluaciones estructurales estandarizadas, a fin de validar y ampliar nuestros hallazgos.

CONCLUSIÓN

El tratamiento artroscópico de la epicondilitis lateral mediante desbridamiento intrarticular produjo una reducción significativa del dolor y una mejoría funcional sustancial, por lo que se consolida como una alternativa eficaz en pacientes refractarios al manejo conservador.

Declaración de uso de IA

Durante la preparación del manuscrito, los autores utilizaron ChatGPT como apoyo lingüístico para la redacción inicial del resumen y ajustes de estilo del manuscrito.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de J. M. Sala: <https://orcid.org/0000-0001-5542-5004>

BIBLIOGRAFÍA

1. Ikonen J, Lähdeoja T, Ardern CL, Buchbinder R, Reito A, Karjalainen T. Persistent tennis elbow symptoms have little prognostic value: a systematic review and meta-analysis. *Clin Orthop Relat Res* 2022;480(4):647-60. <https://doi.org/10.1097/CORR.0000000000002058>
2. Buchanan BK, Varacallo MA. Lateral epicondylitis (tennis elbow). En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Aug 4 [citado enero 15, 2025]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK431092/>
3. Walz DM, Newman JS, Konin GP, Ross G. Epicondylitis: pathogenesis, imaging, and treatment. *Radiographics* 2010;30(1):167-84. <https://doi.org/10.1148/rg.301095078>
4. Wang W, Chen J, Lou J, Shentu G, Xu G. Comparison of arthroscopic debridement and open debridement in the management of lateral epicondylitis: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* 2019;98(44):e17668. <https://doi.org/10.1097/MD.00000000000017668>
5. Gowda A, Kennedy G, Gallacher S, Garver J, Blaine T. The three-portal technique in arthroscopic lateral epicondylitis release. *Orthop Rev (Pavia)* 2017;8(4):6081. <https://doi.org/10.4081/or.2016.6081>
6. Baker CL Jr, Baker CL III. Long-term follow-up of arthroscopic treatment of lateral epicondylitis. *Am J Sports Med* 2008;36(2):254-60. <https://doi.org/10.1177/0363546507311599>
7. Baker CL Jr, Murphy KP, Gottlob CA, Curd DT. Arthroscopic classification and treatment of lateral epicondylitis: two-year clinical results. *J Shoulder Elbow Surg* 2000;9(6):475-82. <https://doi.org/10.1067/mse.2000.108533>
8. Pierce TP, Issa K, Gilbert BT, Hanly B, Festa A, McInerney VK, et al. A systematic review of tennis elbow surgery: open versus arthroscopic versus percutaneous release of the common extensor origin. *Arthroscopy* 2017;33(6):1260-8.e2. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2017.01.042>

9. Muir D, Blakeway H, Morris R, Narvani AA, Elgebaly A, Imam MA. Surgical management of lateral epicondylitis: a scoping review of published literature. *JSES Rev Rep Tech* 2024;5(1):79-85. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2024.08.008>
10. Szabo SJ, Savoie FH III, Field LD, Ramsey JR, Hosemann CD. Tendinosis of the extensor carpi radialis brevis: an evaluation of three methods of operative treatment. *J Shoulder Elbow Surg* 2006;15(6):721-7. <https://doi.org/10.1016/j.jse.2006.01.017>
11. Ghandour M, Al Salloum D, Jaber MH, Abou Orm G, Ghosn A, Jaber S, et al. A comparative meta-analysis of the efficacy and safety of arthroscopic versus open surgery in patients with lateral epicondylitis. *J Orthop* 2024;59:41-50. <https://doi.org/10.1016/j.jor.2024.07.018>
12. Moran J, Gillinov SM, Jimenez AE, Schneble CA, Manzi JE, Vaswani R, et al. No difference in complication or reoperation rates between arthroscopic and open debridement for lateral epicondylitis: a national database study. *Arthroscopy* 2023;39(2):245-52. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2022.08.022>
13. Pomerantz ML. Complications of lateral epicondylar release. *Orthop Clin North Am* 2016;47(2):445-69. <https://doi.org/10.1016/j.ocl.2015.10.002>
14. Danaheer MJ. Editorial commentary: for refractory elbow lateral epicondylitis, patients do well after excision of the diseased part of the extensor carpi radialis brevis, regardless of open or arthroscopic technique, debridement alone, or debridement with repair. *Arthroscopy* 2025;41(8):2831-3. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2024.12.033>
15. Choudhury AK, Niraula BB, Bansal S, Gupta T, Das L, Goyal T. Arthroscopic release and decortication provide earlier return to work with similar patient satisfaction compared to continued intensive conservative therapy for recalcitrant tennis elbow: a retrospective observational study. *Eur J Orthop Surg Traumatol* 2024;34(1):175-80. <https://doi.org/10.1007/s00590-023-03628-5>
16. Wang D, Degen RM, Camp CL, McGraw MH, Altchek DW, Dines JS. Trends in surgical practices for lateral epicondylitis among newly trained orthopaedic surgeons. *Orthop J Sports Med* 2017;5(10):2325967117730570. <https://doi.org/10.1177/2325967117730570>
17. Sharma K, Katoch P, Sharma V. Ultrasonic percutaneous tenotomy for recalcitrant lateral elbow tendinopathy: clinical and sonographic results at 90 months: letter to the editor. *Am J Sports Med* 2022;50(2):NP9-NP10. <https://doi.org/10.1177/03635465211049369>
18. Satake H, Honma R, Naganuma Y, Shibuya J, Takagi M. Strategy for the treatment of lateral epicondylitis of the elbow using denervation surgery. *JSES Int* 2019;4(1):21-4. <https://doi.org/10.1016/j.jses.2019.10.102>
19. Yao L, Xiong Y, Ma W, Li J, Tang X. Arthroscopic repair with suture anchor and debridement for refractory lateral epicondylitis shows significant clinical improvement. *Arthroscopy* 2025;41(8):2821-30. <https://doi.org/10.1016/j.ensm.2025.104295>