

Técnica de doble incisión para la reparación de roturas agudas de tendón de bíceps distal: nuestra experiencia.

Armesto Guzón, Pablo; García González, Sara; Holgado Fernández, Mario; Azpeitia Coscarón, Julen; Santos Hernández, David.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Cantabria.



INTRODUCCIÓN

La rotura del tendón distal del bíceps braquial es una **patología en aumento**; cuando la rotura es **completa** y el paciente **activo y sano**, el tratamiento **quirúrgico** es la norma.

La técnica de la **doble incisión** es **segura** y ofrece **buenos resultados** en la reparación temprana de roturas agudas del tendón distal del Bíceps.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio observacional Retrospectivo (2016-2022).
- **39** pacientes **varones**: rotura **completa** de tendón distal del bíceps.
- **RESULTADOS**: lado, dominancia, trabajo, mecanismo de lesión, tiempo de demora a IQ, **complicaciones, movilidad, quickDASH score (0-100%) y grado de satisfacción subjetiva (0-10)**.

SPSS-20, significación estadística $p < 0,05$

RESULTADOS

Edad media **46,41** (64-25) años Tiempo hasta IQ: media **9.95** (2-35)/ mediana 7.00
21 izquierdos/ 18 derechos Diagnóstico ecográfico (**100%**)
35 brazos dominantes (**89,7%**) Técnica de doble incisión (**100%**)
Trabajo manual: **69.2%** (N=27) Seguimiento promedio de **18** (3-60) meses

MOVILIDAD	Porcentaje	Promedio	Rango
Flexión	94,8 %	138,9 °	110° - 140 °
Extensión	97,4%	0,25°	-10° - 0°
Supinación	87,1%	88°	70° - 90°
Pronación	94,8%	89,2°	70° - 90°

*Balance codo normal:

- Extensión: 0°
- Flexión: 140°
- Supinación: 90°
- Pronación: 90°

Complicaciones Totales 8 (**20,5%**)
1 reintervención (**2,56%**)

*Mal cumplimiento post IQ; en reintervención, neuropatía de N Cubital.

Complicaciones MAYORES : n =6 (15,38%)	n =
Sinostosis R-C/ Osificación heterotópica	1
Flexo de codo (10°)	1
Neuroapraxias del N. IOP	3
Rerotura*	1
Complicaciones MENORES n =3 (7,6%)	
Herida quirúrgica (No AB.)	2
Neuroapraxia N Cutáneo antebraquial	1

VARIABLES	PROMEDIO	C. AUSENTES	C. PRESENTES	p=
DASH SCORE (0-100%) (0-17,5%) 80%*	Mediana= 8,02%	6%	15%	0,08
SATISFACCIÓN (0-10) (7-10)1*	Mediana= 8,71	9,05	7,61	0,37

👉 Las **complicaciones empeoran resultados**, pero **siguen siendo buenos**; la diferencia no posee significación estadística.

👉 En **deportistas, mejores resultados** (8,88 vs 8,43) $p=0,043$.

Técnica quirúrgica



Abordaje sobre flexura de codo y localización de tendón distal del bíceps.



Preparación de tendón con suturas de alta resistencia.



Identificación de tuberosidad bicipital desde cara anterior en pronación máxima (protección N IOP) Abordaje posterior .



Labrado de sarcófago para tendón con motor de bolillos y orificios para suturas transóseas.



Paso de tendón de cara anterior a posterior; reanclaje del mismo y fijación; se comprueba correcta introducción del tendón en la cavidad.

CONCLUSIONES

La cirugía ofrece mejores resultados que el tratamiento conservador si es temprana; aún así, este último ofrece buenos resultados, evitando posibles complicaciones.

Entre las **complicaciones**, el abordaje **anterior** asocia **neuropatías**, mientras que el **doble abordaje** asocia **osificaciones heterotópicas y sinostosis radio-cubital**.

Este último podría tener, respecto al primero, **mejores resultados** de fuerza **supinadora** (reanclaje anatómico), podría ser más **económico** (1/3 costos) y podría resultar **más segura** (menos neuroapraxias).