

# 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    | <b>94,8 %</b> | 138,9 °  | 110°- 140 ° |
| Extensión  | <b>97,4%</b>  | 0,25°    | -10°- 0°    |
| Supinación | <b>87,1%</b>  | 88°      | 70° - 90°   |
| Pronación  | <b>94,8%</b>  | 89,2°    | 70° - 90°   |

\*Balance codo normal:

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

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

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

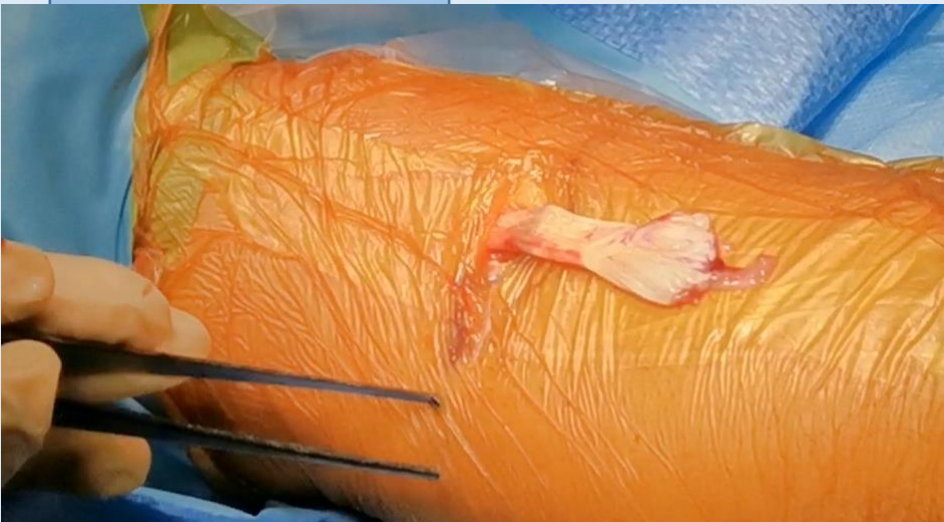
\*Mal cumplimiento post IQ;  
en reintervención,  
neuropatía de N Cubital.

| VARIABLES                                       | PROMEDIO              | C. AUSENTES | C. PRESENTES | p=   |
|---|-----------------------|-------------|--------------|------|
| <b>DASH SCORE</b><br>(0-100%)<br>(0-17,5%) 80%* | <b>Mediana= 8,02%</b> | 6%          | 15%          | 0,08 |
| <b>SATISFACCIÓN</b><br>(0-10)<br>(7-10)1*       | <b>Mediana= 8,71</b>  | 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.

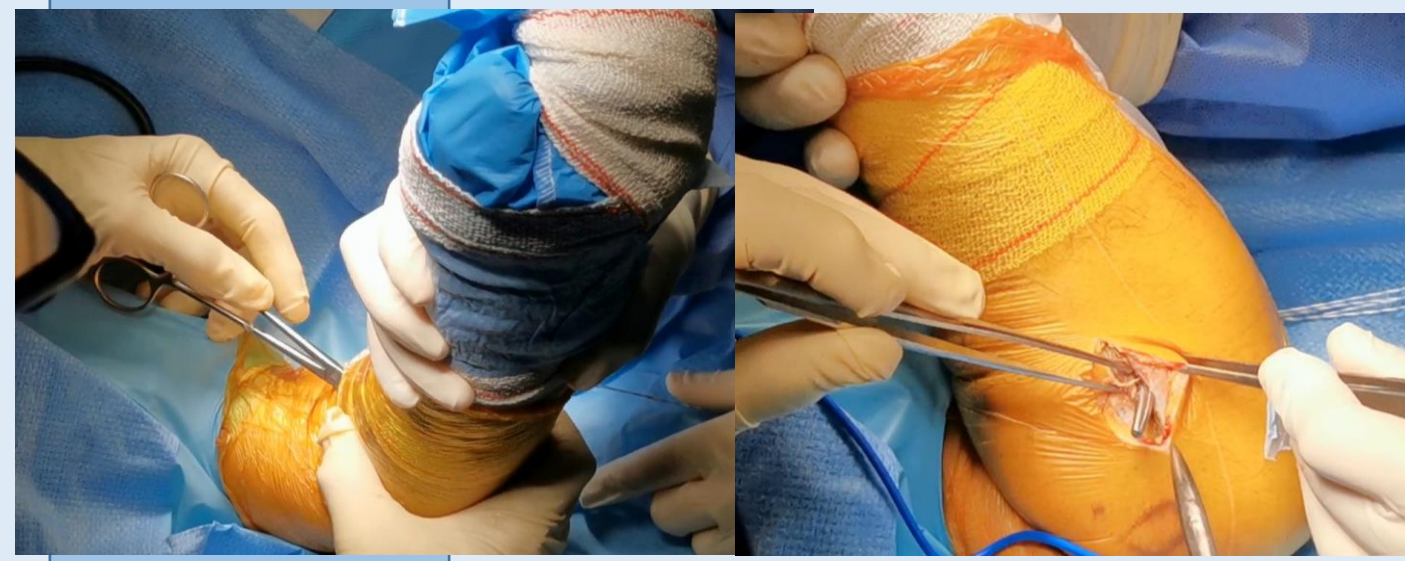
## Técnica quirúrgica



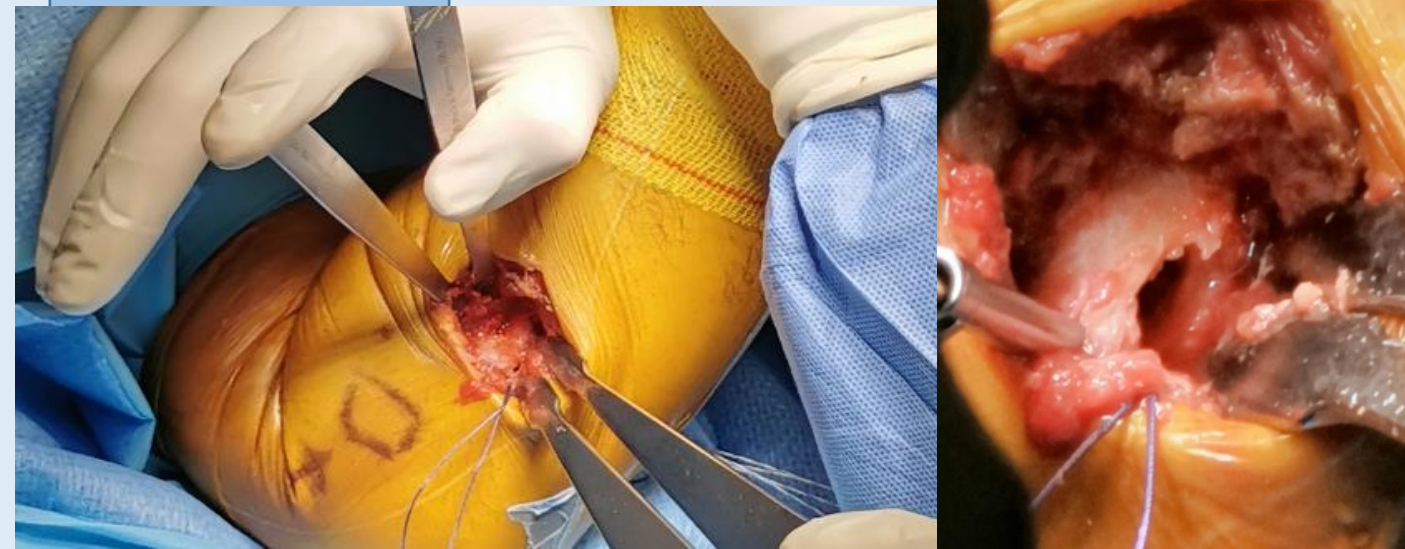
Abordaje sobre flexura de codo y localización de tendón distal del bíceps.



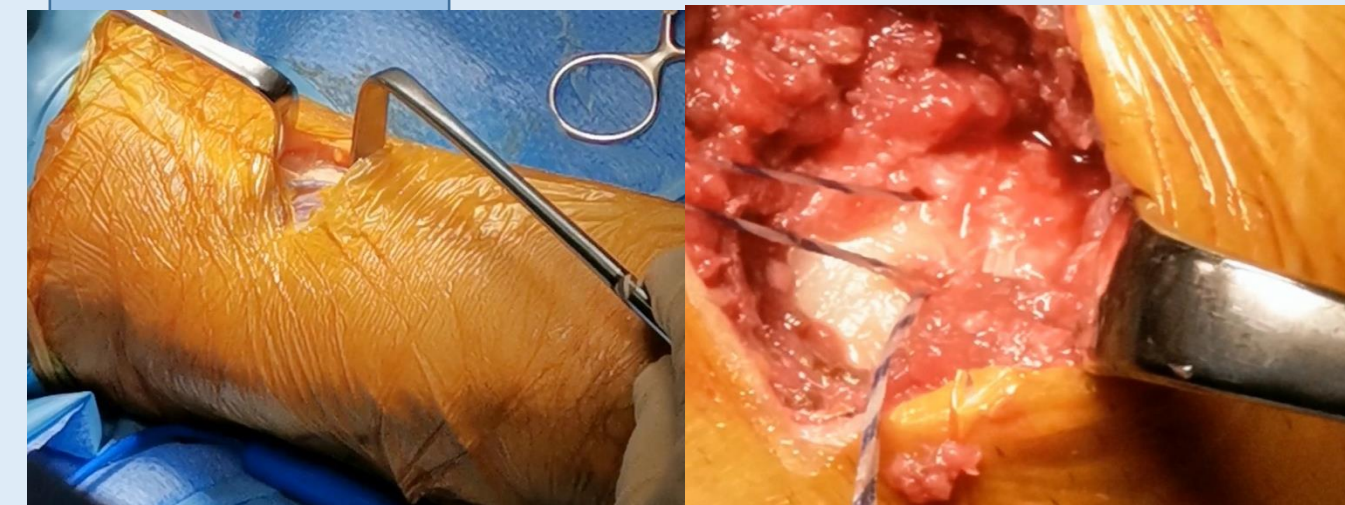
Preparación de tendón con suturas de alta resistencia.



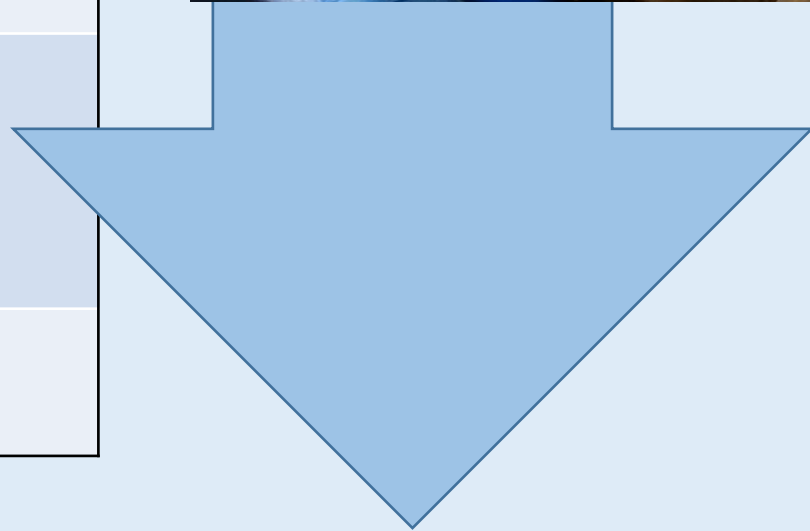
Identificación de tuberosidad bicipital desde cara anterior en pronación máxima (protección NIOP) Abordaje posterior .



Labrado de sarcófago para tendón con motor de bolillas 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 ultimo ofrece buenos resultados, evitando posibles complicaciones.  
Entre las **complicaciones**, el abordaje **anterior** asocia **neuropatías**, mientras que el **doble abordaje** 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).