



CASO CLÍNICO

El tratamiento quirúrgico de las roturas de bíceps distal mediante técnica Endo-Button asociada a tornillo interferencial permite un programa de rehabilitación acelerado: caso clínico



H. de la Corte-Rodríguez^{a,*}, J.M. Román-Belmonte^b, R. Barco Laakso^c,
E.C. Rodríguez-Merchán^c y F. Díaz-García^a

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital La Paz, Madrid, España

^b Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital 12 de Octubre, Madrid, España

^c Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital La Paz, Madrid, España

PALABRAS CLAVE

Bíceps braquial;
Rotura;
Reparación
quirúrgica;
Endo-Button;
Rehabilitación bíceps

Resumen Se presenta el caso de un varón de 53 años que presentó una rotura del tendón bicipital distal derecho. Se llevó a cabo la reinserción quirúrgica del tendón distal del bíceps en la tuberosidad radial, por vía anterior, mediante técnica de Endo-Button. El postoperatorio cursó sin complicaciones, inmovilizándose el codo con un vendaje durante 2 semanas. Tras ser valorado por el especialista en Rehabilitación, se estableció un programa terapéutico individualizado, de inicio precoz y de carácter acelerado. Los objetivos fueron 2: ganar la máxima amplitud articular con movilización inmediata durante la primera fase y lograr un refuerzo muscular y propioceptivo con posterioridad. El programa rehabilitador le permitió lograr la recuperación funcional completa y conseguir una musculatura bicipital competente en un periodo de 10 semanas. El paciente pudo retomar todas las actividades, cotidianas, laborales y deportivas, que realizaba antes de la lesión.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

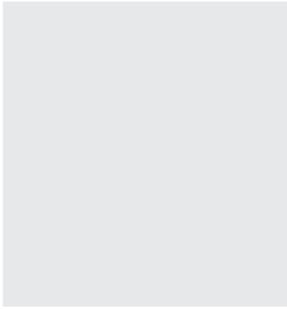
Brachii;
Rupture;
Surgical repair;
Endo-Button;
Biceps rehabilitation

Surgical treatment of distal biceps tendon rupture through the Endo-Button technique associated with interferential screw allows an accelerated rehabilitation program. A case report

Abstract We present the case of a 53-year-old man with a distal biceps tendon rupture in his right upper limb. Endo-Button repair was performed by reattaching the distal biceps tendon in the radial tuberosity through an anterior approach. There were no complications during the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: hortensidelacorteroedriguez@yahoo.es (H. de la Corte-Rodríguez).



postoperative period. The elbow was immobilized with a bandage for 2 weeks. After the patient was assessed by the rehabilitation physician, we decided to carry out an early individualized accelerated therapeutic program. The goals of treatment were to gain the maximum range of motion by immediate mobilization in a first phase, and then to achieve adequate muscular and proprioceptive reinforcement. The rehabilitation program allowed the patient to achieve full functional recovery with a competent biceps muscle in 10 weeks. The patient was able to return to all his activities (daily living, work, sport) before the tendon rupture.

© 2013 Elsevier España, S.L.U. and SERMEF. All rights reserved.

Introducción

El miembro superior es esencial en el ser humano y cualquier alteración de su función conlleva una gran discapacidad¹. El músculo bíceps braquial es fundamental para levantar objetos y realizar supinación (gesto de atornillar). La sobrecarga excéntrica del bíceps puede llevar a la rotura de su porción distal sobre tendones con base degenerativa, lo que suele afectar a personas de 40-50 años².

Históricamente, las roturas del tendón bicipital distal (TBD) se han tratado sin cirugía, ya que la flexión del codo queda compensada por el músculo braquial anterior. Sin embargo, la no reparación del mismo supone una pérdida significativa de la fuerza de supinación del antebrazo a pesar del tratamiento rehabilitador ulterior. En este sentido, la cirugía se considera actualmente la primera opción terapéutica, habiéndose descrito diferentes técnicas. La técnica Endo-Button permite una reparación del tendón mediante un abordaje anterior y una rehabilitación posquirúrgica acelerada respecto a otras técnicas reparativas debido a la rigidez del sistema^{3,4}.

El propósito de este artículo es presentar el manejo rehabilitador y los resultados funcionales de un paciente en el que se reparó la rotura del TBD mediante la técnica Endo-Button.

Caso clínico

Varón de 53 años, que refería dolor de inicio súbito en el codo derecho, tras sobreesfuerzo hacía una semana. Sin antecedentes de interés. Durante la exploración física se objetivó equimosis en flexura de codo, debilidad para la flexión y supinación e imposibilidad de palpar el TBD. El estudio radiográfico fue normal. El estudio ecográfico confirmó la sospecha de rotura del TBD. Dado el tiempo de evolución, se decidió realizar una reinserción quirúrgica del TBD en la tuberosidad radial, por vía anterior, mediante técnica Endo-Button (Arthrex®, Naples, Florida, EE. UU.). El postoperatorio cursó sin complicaciones, inmovilizándose el codo con vendaje durante 2 semanas.

A las 3 semanas poscirugía, se valoró en la consulta de Rehabilitación, presentando cicatriz epitelizada, balance articular (BA) de codo: sagital (flexión 110°, extensión -10°) y rotacional (supinación 60° y pronación 70°), bíceps braquial competente pero con déficit de fuerza durante la flexión y supinación de antebrazo, hombro y muñeca funcionales, realizaba puño y pinza, y el estado neurovascular

estaba preservado. Tras dicha valoración, se enseñaron ejercicios autoasistidos de flexo-extensión y prono-supinación para realizar en domicilio. Además, se pautó tratamiento fisioterápico consistente en masoterapia cicatricial, cinesiterapia asistida analítica para ganar recorridos articulares de codo en todos los planos, refuerzo muscular progresivo de flexión y supinación (inicialmente concéntrico y con baja carga), movimientos libres de hombro y muñeca, y actividades de puño y pinza polidigital. Las sesiones fueron de 30 min, 3 días por semana.

A las 6 semanas de la cirugía fue revisado, refiriendo mejoría funcional, aunque persistía dificultad para manipular objetos pesados. En la exploración se objetivó una cicatriz libre, no dolor a la palpación, BA codo: sagital (flexión 120, extensión completa) y rotacional (supinación 70, pronación 90), bíceps competente en flexión, persistiendo debilidad supinadora. La radiología confirmó la posición correcta del botón y mostró una osificación heterotópica (fig. 1). Se mantuvo el tratamiento físico, añadiendo técnicas propioceptivas y refuerzo muscular analítico en flexión y supinación con mayor carga (en concéntrico y excéntrico), así como actividades bimanuales.

Se revisó a las 10 semanas de la cirugía. El paciente no refería limitación, cargaba peso y había vuelto a su actividad laboral. En la exploración destacaba un BA codo: sagital (flexión 130, extensión completa) y rotacional (supinación 90, pronación 90), y capacidad de elevar objetos en posición neutra y supinación de 5 kg (85% del contralateral) y fuerza de prensión conservada (fig. 2). Se suspendió la fisioterapia. En la última revisión, a los 6 meses de la intervención, el paciente seguía sin manifestar debilidad durante las actividades de la vida diaria (AVD).

Discusión

Las roturas del TBD no reparadas generan una pérdida de fuerza en supinación del 30-50% y del 30% en flexión^{2,5}. Por ello, la cirugía se considera el tratamiento actual de primera elección en pacientes activos².

Los estudios actuales han cuestionado los conocimientos clásicos acerca del TBD. Dicho tendón consta de 2 cabezas, que rotan externamente 90° antes de insertarse en la tuberosidad radial. La cabeza corta se inserta distalmente y la cabeza larga más proximal y posterior. Todo ello favorece su acción en el plano coronal y sagital⁵. Recientemente, se ha puesto mucho énfasis sobre las técnicas quirúrgicas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4084873>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4084873>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)