

## ORIGINAL

# Resultados del tratamiento quirúrgico de las roturas del tendón distal del bíceps braquial con técnicas de una y dos incisiones

A. Montiel-Giménez\*, F. Granell-Escobar y S. Gallardo Villares

Servicio de COT Hospital ASEPEYO, Barcelona, España

Recibido el 22 de octubre de 2007; aceptado el 30 de abril de 2008

Disponible en Internet el 22 de abril de 2009

### PALABRAS CLAVE

Codo;  
Tendón del bíceps;  
Roturas;  
Tratamiento  
quirúrgico;  
Anclajes  
instrumentados

### Resumen

**Objetivo:** Comparar los resultados de las técnicas de una y dos incisiones para la reinserción ósea del tendón distal del bíceps.

**Material y métodos:** Serie de 59 sujetos diagnosticados de rotura aguda del tendón distal del bíceps braquial durante 14 años (desde 1990 hasta 2004). El 100% eran varones y su edad media era de 46 años; en la mayoría, la rotura se había producido por flexión forzada contra resistencia asociada a supinación. Se intervino quirúrgicamente a 57 sujetos, en los que se encontraron 50 desinserciones óseas, en 5 sujetos se encontró rotura completa a 1 o 2 cm de la inserción, y en 2 sujetos se encontró rotura parcial. En 36 casos se utilizó la vía anterior de Henry y en 21 casos se utilizó la doble vía de Boyd y Anderson. El uso de los anclajes instrumentados facilitó la reinserción. Los resultados se valoraron según la escala para codo de Broberg y Morrey.

**Resultados:** Las complicaciones más frecuentes fueron las lesiones del nervio radial, las dehiscencias de la herida y los síndromes de dolor regional complejo tipo I. No se encontraron diferencias significativas entre los 2 abordajes en cuanto a la incidencia de complicaciones. El tiempo promedio para la reincorporación laboral fue de 21 semanas. Ningún caso derivó a incapacidad laboral. Se valoró el resultado final como excelente en 54 sujetos y como bueno en 3 sujetos.

**Conclusión:** El tratamiento quirúrgico consigue buenos resultados en la rotura distal del tendón del bíceps braquial, aunque no está exento de complicaciones.

© 2007 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: amontielgimenez@asepeyo.es (A. Montiel-Giménez).

**KEYWORDS**

Elbow;  
Biceps tendon;  
Ruptures;  
Surgical treatment;  
Suture anchors

## Results of surgical treatment of ruptures of the distal biceps brachii tendon by means of one and two-incision techniques

**Abstract**

*Purpose:* To compare the results achieved by one- and two-incision techniques in the reattachment of the distal biceps tendon.

*Materials and methods:* Review of 59 patients with an acute rupture of the distal biceps brachii tendon diagnosed over a 14-year period (1990–2004). All patients were male, of a mean age of 46 years. In most cases the rupture had been brought about by a forceful flexion of the elbow in combination with resisted supination. Fifty-seven patients were subjected to surgery: tendon detachment was found in 50 cases, a fully ruptured tendon at 1–2 cm of the attachment site in 5 cases and a partial rupture in 2. Henry's anterior approach was used in 36 cases and Boyd and Anderson's combined approach in 21. The use of suture anchors facilitates reattachment. Results were assessed by means of Broberg and Morrey's scale.

*Results:* The most usual complications were radial nerve lesions, wound dehiscences and complex regional pain syndrome type 1. No significant differences were found between the two approaches in terms of complications. Mean time to work resumption was 21 weeks. None of the cases resulted in occupational disability. The final result was rated as excellent in 54 patients and good in 3.

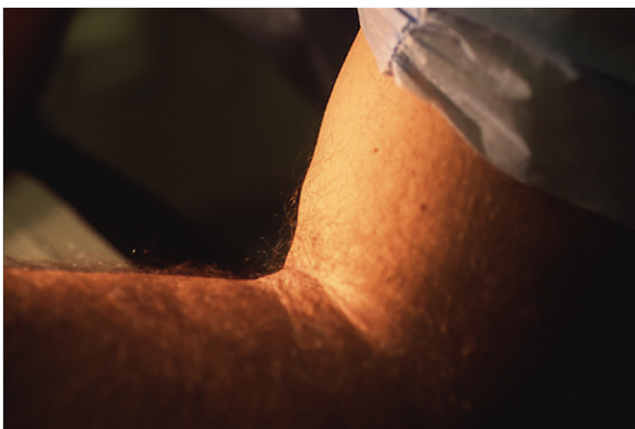
*Conclusion:* Surgical treatment affords good results in ruptures of distal biceps brachii, although it is not exempt from complications.

© 2007 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

**Introducción**

El tendón distal del bíceps tiene una función flexora del codo y supinadora del antebrazo. Su mecanismo lesional suele ser agudo por contracción brusca del bíceps o sobreesfuerzo en posición de flexión y supinación del antebrazo.

Clínicamente, comienza con un dolor brusco en la cara anterior del codo. En la exploración se aprecia pérdida de fuerza y limitación de la movilidad en flexión y, sobre todo, en supinación del antebrazo. Puede observarse ascenso de la masa muscular del bíceps (fig. 1), aunque es un signo no siempre presente, así como hematoma o



**Figura 1** Imagen del ascenso de la masa muscular del bíceps.

equimosis en la cara anterior del codo. En la palpación no se detecta el trayecto tendinoso con flexión del codo contra resistencia.

La lesión puede asentarse sobre un tendón sano o previamente degenerado; en este último caso la fuerza lesional será menor. Por la torsión que experimentan las fibras del tendón en su inserción, este tramo está expuesto a rozamiento repetitivo con el hueso en los movimientos de pronosupinación, lo que favorece la aparición de un proceso degenerativo en esta zona. Seiler et al refieren que las roturas se producen en una zona con precariedad vascular situada a 10 o 12 mm de la inserción<sup>1</sup>.

Aunque se atribuye a Acquaviva la primera reparación quirúrgica del tendón distal del bíceps en 1898, fue Dobbie en 1941 el primero en comunicar una serie de 51 casos. El tratamiento consistía en suturar el tendón avulsionado al braquial anterior. Obtenía buen resultado funcional pero con pérdida de fuerza. En 1948, Debeyre realizó y publicó la primera reinserción ósea del tendón distal del bíceps a la tuberosidad radial.

Las vías quirúrgicas disponibles son la de Henry (de incisión simple) y la de Boyd y Anderson (de incisión doble). Dado que con la técnica de una incisión eran más frecuentes las lesiones del nervio radial, se extendió el uso de la técnica de 2 incisiones, pero con ésta también se producen lesiones del nervio radial así como riesgo de sinóstosis radiocubital; la modificación técnica introducida por Bourne y Morrey ha disminuido la aparición de esta última complicación<sup>2</sup>. Más recientemente, los anclajes instrumentados han facilitado la manipulación de la tuberosidad, así es que puede utilizarse la vía de Henry con menos complicaciones.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4086891>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4086891>

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