

Reconstrucción de roturas completas crónicas del tendón del bíceps distal con injerto de semitendinoso y técnica de endobutton.

Dr. Cabanes Soriano, Francisco

Dra Sanguesa Nebot, Maria José

Dr. Sanchis Alfonso, Vicente.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Hospital Arnau de Vilanova. Valencia.

INTRODUCCIÓN.

- ✓ La rotura completa del tendón distal del bíceps braquial no es tan infrecuente como se suponía y su reparación quirúrgica inmediata es el tratamiento de elección en los pacientes activos dado el gran menoscabo funcional de fuerza de flexión y supinación del brazo que supone.
- ✓ Su diagnóstico es sencillo incluso sin pruebas complementarias, salvo en roturas parciales. Un retraso de más de 10 días para la reinserción quirúrgica incrementa el riesgo de complicaciones. Si pasan menos de 2 meses el tendón aun podría reinsertarse en la tuberosidad sin necesitar injerto.
- ✓ Las avulsiones crónicas (más de 2-3 meses) se complican por la retracción y calidad muy deficiente del músculo y tendón desgarrado y por tanto necesitamos usar injertos. Se encuentran publicaciones aisladas con muy pocos casos describiendo las técnicas para estos casos.
- ✓ Presentamos nuestra experiencia en dos varones con roturas en sus brazos dominantes, operados a los 3 y 5 meses de evolución usando injerto de semitendinoso autólogo y fijación en tuberosidad bicipital con técnica de endobutton y una sola incisión.

CASO 1: Varón de 51 años. Médico. Consulta a los 3 meses de haber perdido la fuerza del brazo derecho tras esfuerzo brusco. Presenta el bíceps elevado y trae una ECO y una RMN que confirma una rotura completa con retracción de 7 cm. Es intervenido a los 4,5 meses de la rotura.

CASO 2: Varón de 47 años. Publicista. Visto de urgencia se sospecha posible rotura del bíceps derecho y se remite al centro de especialidades para realizar RMN, que a los 2 meses diagnostica la rotura y la retracción (fig 1). Se opera a las 12 semanas de la rotura.

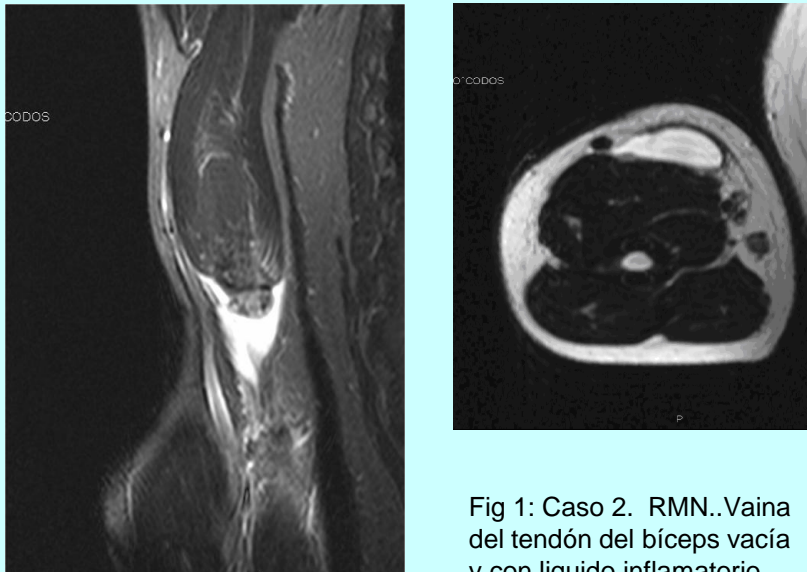


Fig 1: Caso 2. RMN..Vaina del tendón del bíceps vacía y con liquido inflamatorio.

Las roturas tratadas en fase crónica son por consulta tardía del paciente o bien por interpretaciones diagnosticas o terapéuticas erróneas.

Técnica Quirúrgica

Se realiza un abordaje anterior de Henry y se expone el nervio cutáneo externo del antebrazo. Se abre la bursa bicipital donde encontramos retraído y degenerado el tendón avulsionado. Tras su movilización se comprueba que no desciende a tuberosidad ni flexionando el codo por lo que se debe extraer con tenotomo el injerto de semitendinoso de la pata de ganso (unos 18 cm). El braquioradial y el nervio radial se retrae lateralmente y el pronador, art. braquial y nervio mediano, medialmente. Se llega a la tuberosidad bicipital y se supina el antebrazo. Se pasa una broca de 8 o 9 mm a la 1^o cortical y de 4,5 mm a la segunda. Se sutura el injerto doble del semitendinoso a 2-5mm de una plaquita endobutton de 12x4 mm que atravesara el hueso según técnica habitual dejando el injerto in situ (Fig. 3). Flexionando el codo a 70° se sutura el otro extremo del injerto al muñón del bíceps con técnica pulvertaft y a tensión.(Fig. 2) Tras colocar un drenaje de Redon se cierra la herida por capas.

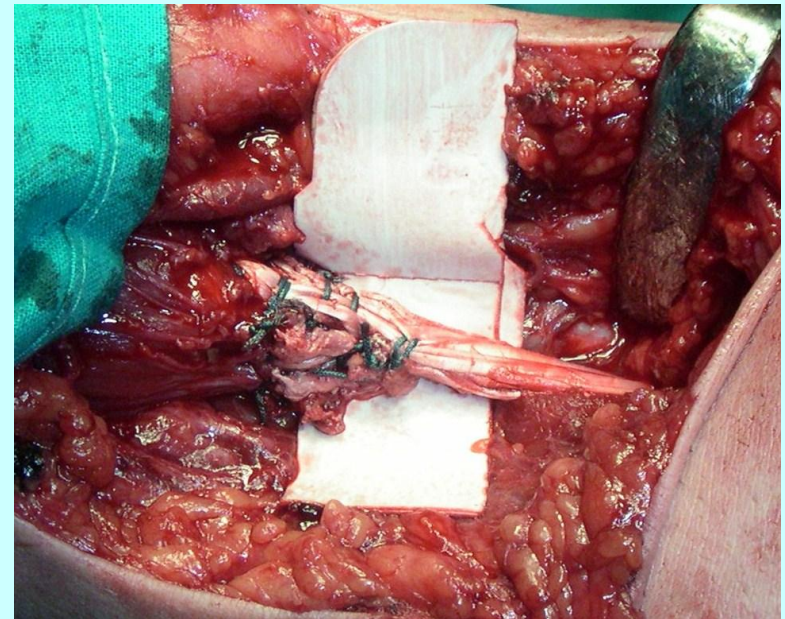


Fig 2



Fig 3

SEGUIMIENTO Y RESULTADOS

Tras la intervención se coloca férula braquial. Se permite la flexoextensión a las 3 semanas. Comienza a supinar a las 6 semanas. No se permiten esfuerzos hasta los 4 meses.

Con un seguimiento de 24 y 20 meses y según la escala de Broberg y Morrey el resultado ha sido excelente en ambos casos, con pérdida muy leve y no limitante de fuerza, con extensión y supinación completa en ambos casos y recuperación de la estética del brazo (fig 4).

Tuvimos una infección superficial en la cicatriz sobre la pata de ganso de donde se extrajo el injerto y en el otro caso una leve neuroapraxia de rama superficial del radial resuelta espontáneamente.



Fig 4. Caso 1. Resultado al año

CONCLUSIONES

En las roturas crónicas, el injerto de semitendinoso es mas ventajoso que el de palmar mayor, fascia lata, aloinjerto de aquiles-calcaneo, ligamentos sintéticos etc.

Preferimos una sola incisión y fijación con endobutton que soporta mas fuerza que los tornillos interferenciales o los arpones.