

# ROTURA DE BÍCEPS DISTAL. REPARACIÓN QUIRÚRGICA ASISTIDA MEDIANTE ENDOSCOPIA.

De Vega Abreu, P; Prieto Álvarez, A.  
Hospital Infanta Elena, Huelva

## INTRODUCCIÓN

La desinserción del tendón distal del bíceps es una entidad que ha incrementado su incidencia en los últimos años. Genera déficit para la supinación y flexión del antebrazo. Es más frecuente en varones de edad media, trabajadores de fuerza y deportistas, en miembros dominantes.

## OBJETIVOS

Exponer nuestra experiencia con un caso clínico tratado según la técnica de Morrey asistida endoscópicamente.

## MATERIAL Y METODO

Varón de 40 años, sin antecedentes, que consulta por chasquido en miembro superior izquierdo mientras trabajaba. Presenta dolor y pérdida de fuerza para flexión del antebrazo.

Ecografía: rotura completa del tendón distal del bíceps, con hematoma interpuesto y retracción de su vientre muscular a 11 cm de su inserción distal.

Se realiza endoscopia vía anterior codo izquierdo visualizándose muñón ensanchado tendón distal de bíceps. Se rescata muñón y tras limpieza de bulbo distal, realizamos sutura con Ethibond 5 tipo Bunnel doble, dejando 2 cabos centrales y dos laterales.



En cara posterolateral de antebrazo hacemos incisión, hasta exponer tuberosidad de radio que limpiamos.

Realizamos excavación de 10x7mm con fresa ovoidea a nivel de tuberosidad radial.

Se realizan 3 perforaciones en la cara radial de tuberosidad. Tras preparar el lecho de reinserción, recuperamos los hilos.

Pasamos los cabos de sutura de tendón por las 3 perforaciones realizadas, cabo medial por orificio más distal, los dos cabos centrales por orificio central y cabo lateral por orificio proximal con ayuda de aguja viuda.

Colocamos cabo distal de tendón sobre excavación realizada y anudamos sutura manteniendo antebrazo a 3/4 de pronación.

Inmovilizamos con férula a 90º y rotación neutra.



## RESULTADOS

Al mes y medio de seguimiento mantiene flexo 20º, flexión 100º, pronación a mitad de recorrido y déficit de supinación 20º.

Tras tres meses de seguimiento y rehabilitación, mejoría en rango de movilidad y comienza a realizar su actividad con algunas limitaciones.



## CONCLUSIONES

El abordaje y localización endoscópica, minimiza el dolor postoperatorio, los problemas con la herida, calcificaciones y lesión del nervio radial además de una cosmesis superior, acortando el tiempo quirúrgico.

Buenos resultados clínicos y funcionales.

Debemos valorar la edad del paciente, profesión, brazo dominante y enfermedades concomitantes entre otros factores, individualmente, para decidir la mejor opción terapéutica.

### BIBLIOGRAFÍA

- Barret H, Winter M, Gastaud O, Saliken DJ, Gauci MO, Bronsard N. Double incision repair technique with immediate mobilization for acute distal biceps tendon ruptures provides good results after 2 years in active patients. *Orthop Traumatol Surg Res.* 2019;105(2):323-328.
- Anakwenze OA, Kancherla VK, Warrender W, Abboud JA. Outcomes of modified 2-incision technique with use of indomethacin in treatment of distal biceps tendon rupture. *Orthopedics.* 2011;34(11):e724-e729. Published 2011 Nov 9.

