

TÉCNICA DE DOBLE HILERA EN LA REPARACIÓN DE LA RUPTURA DEL TRICEPS BRAQUIAL.

Cebolla Tosán, Jairo; Suárez Pérez, Moises; Puigbert Velazco, Marc; Casañas Sintés, Joaquim; López Marne, Silvia; Agulló Ferré, José Luis

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari de Bellvitge-IDIBELL. Universitat de Barcelona.

L'Hospitalet de Llobregat (BARCELONA)

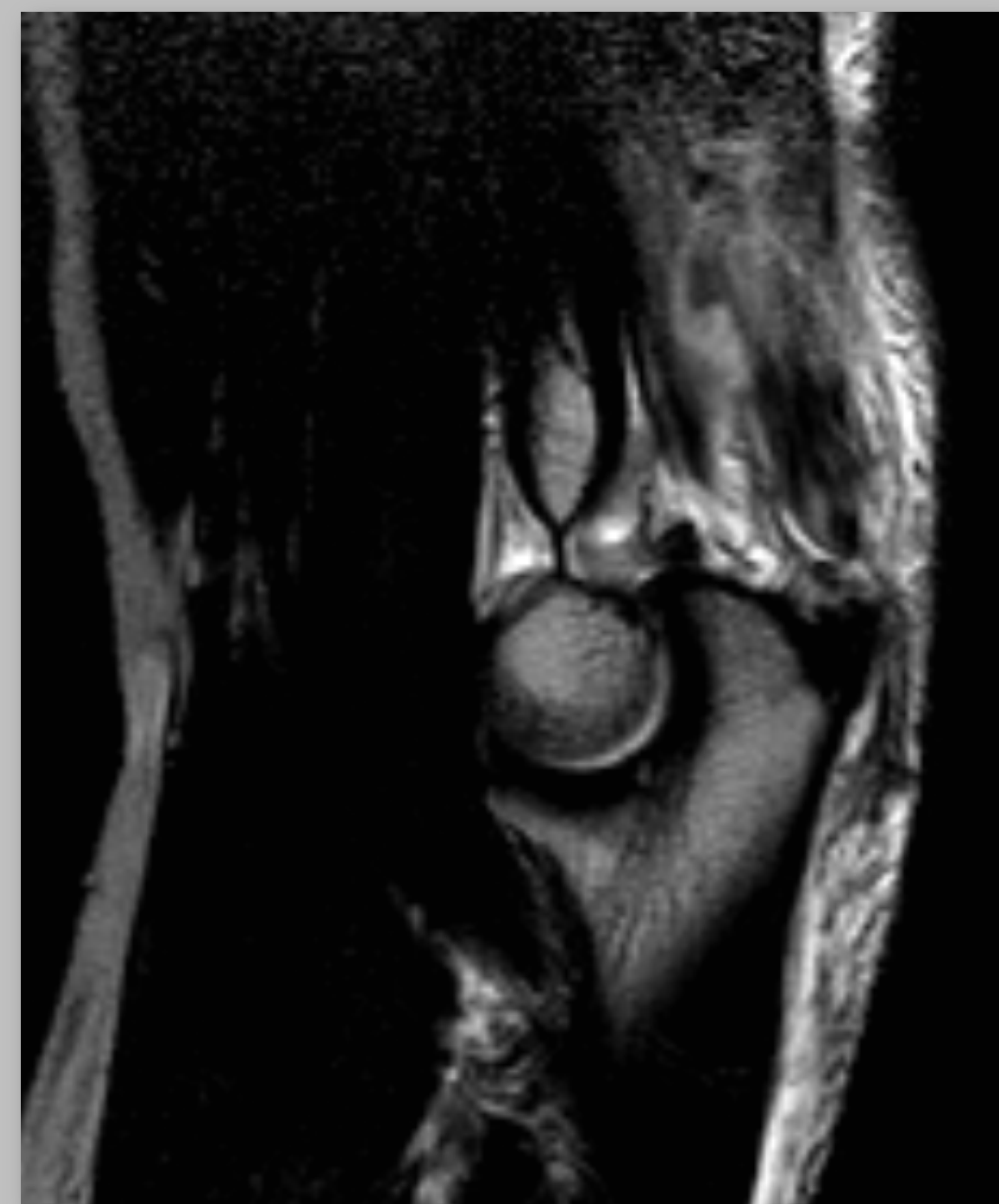
INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS:

La ruptura del tendón distal del tríceps es una lesión infrecuente que supone menos del 1% de las lesiones tendinosas del miembro superior. El mecanismo lesional habitual es una caída con la mano en extensión, como consecuencia de una desaceleración superpuesta a una contracción excéntrica. La reparación quirúrgica temprana se recomienda para rupturas completas del tendón. Para rupturas parciales es controvertida, ya que generalmente es bien tolerada en pacientes con baja demanda funcional.

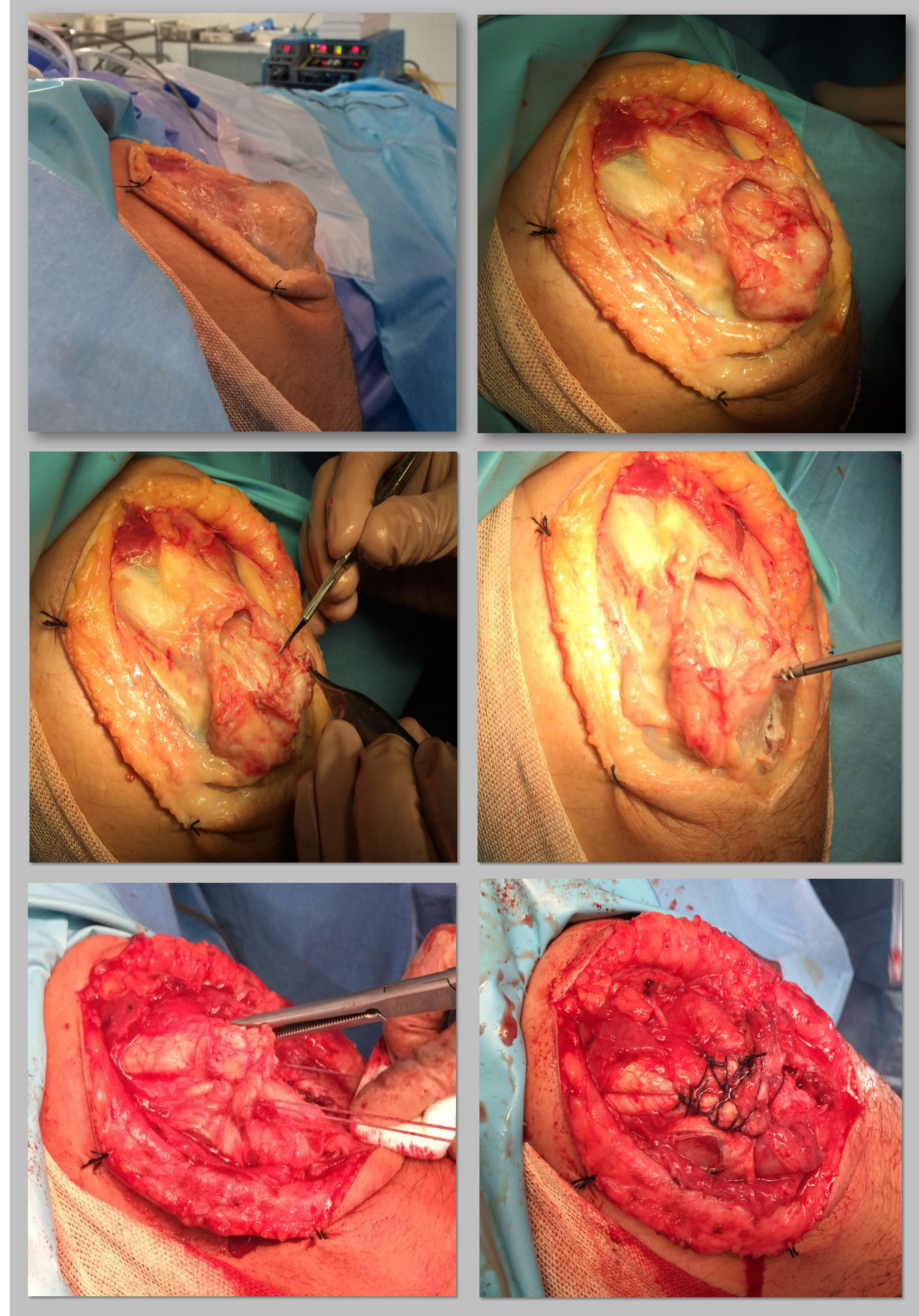
Tenemos como objetivo exponer nuestra experiencia y resultados en la reparación anatómica del tendón del tríceps braquial; la cual permite mayor cobertura de la huella tricipital.

MATERIAL Y METODOLOGÍA:

Varón de 48 años que presentó caída casual sobre la mano izquierda en extensión, mientras se encontraba realizando deporte. Presentaba dolor e impotencia funcional con balance articular limitado. Durante la exploración inicial se objetivó “signo del hachazo” aunque la prueba de Thompson modificada por Viegas fue negativa. En la radiografía ósea no se apreciaba arrancamiento de pastilla ósea. En resonancia magnética se constata ruptura parcial del tendón del tríceps.



Una semana después, el paciente ingresa para intervención quirúrgica programada. Procedimos al desbridamiento del tendón y colocamos una sutura no reabsorbible a través del mismo (técnica de Krakow). Realizamos con las agujas dos túneles olecranianos cruzados. Para reforzar la reinserción, colocamos dos arpones óseos proximales a los túneles.



RESULTADOS:

En el postoperatorio se inmovilizó con férula braquipalmar dorsal en extensión. A los 10 días, comenzó rehabilitación con ejercicios activos. Tres meses después, el paciente no presenta dolor en las actividades cotidianas y laborales. Balance motor 5/5 con balance articular libre.

CONCLUSIONES:

Consideramos que el desgarro parcial en pacientes jóvenes o que tienen una importante demanda funcional debe ser reparado. Pensamos que la mejor manera de obtener una inserción estable con el riesgo mínimo de ruptura iterativa es realizar una reinserción transósea del tendón, asociada a anclajes con una disposición en doble hilera.

