

Snapping triceps syndrome (Síndrome del tríceps en resorte): a propósito de un caso.

Alejandro Urgel Granados; María Royo Agustín; Agustín Rillo Lázaro; Jorge García Fuentes; Pilar Muniesa Herrero; Ángel Castro Sauras

Cirugía Ortopédica y Traumatología
Hospital Obispo Polanco

1. INTRODUCCIÓN

El síndrome de tríceps en resorte es un síndrome raramente diagnosticado, que a menudo pasa inadvertido ¹⁻⁵.

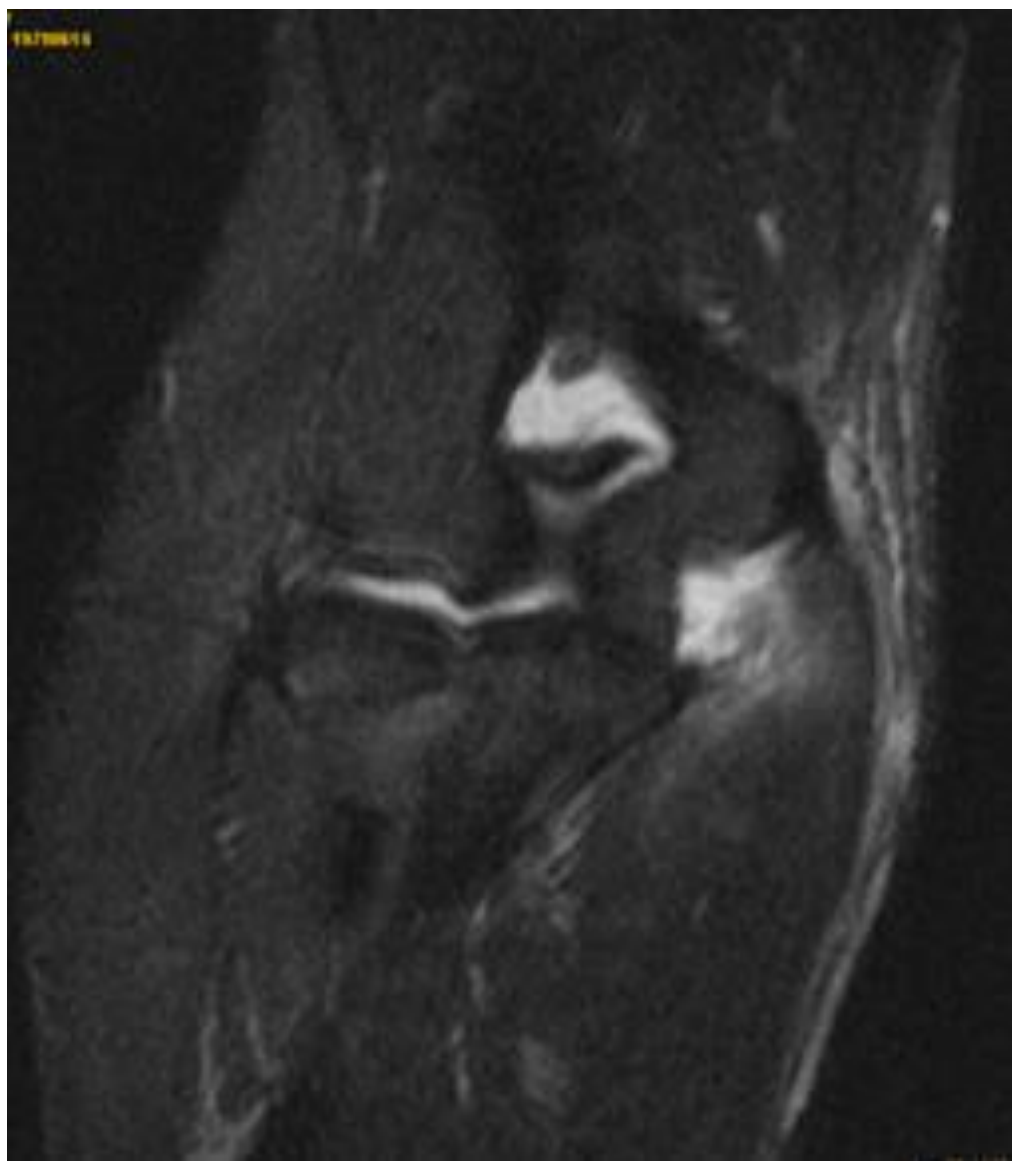
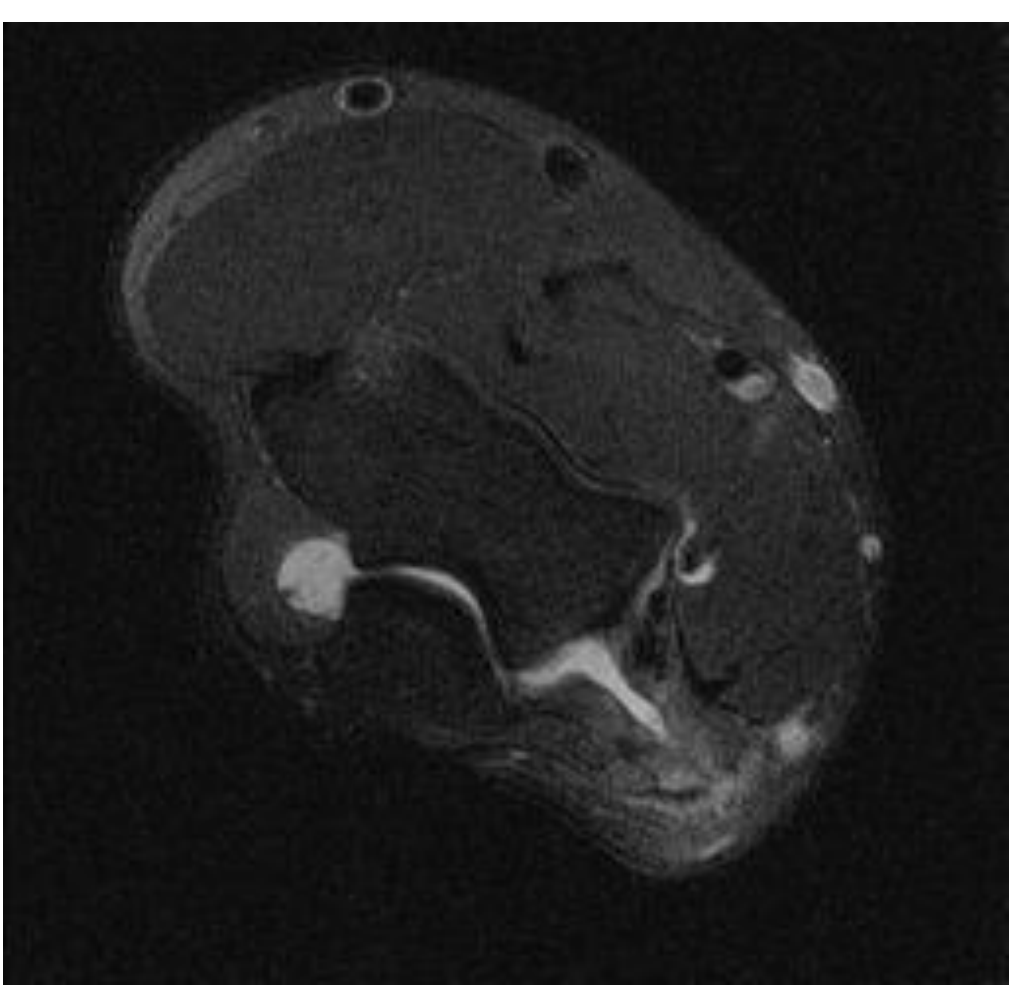
Se observa con más frecuencia en hombres de mediana edad, generalmente trabajadores manuales o atletas ¹⁻³.

2. OBJETIVOS

El objetivo de este estudio es revisar la etiología de este síndrome, su cuadro clínico característico y las distintas opciones terapéuticas descritas en la literatura.

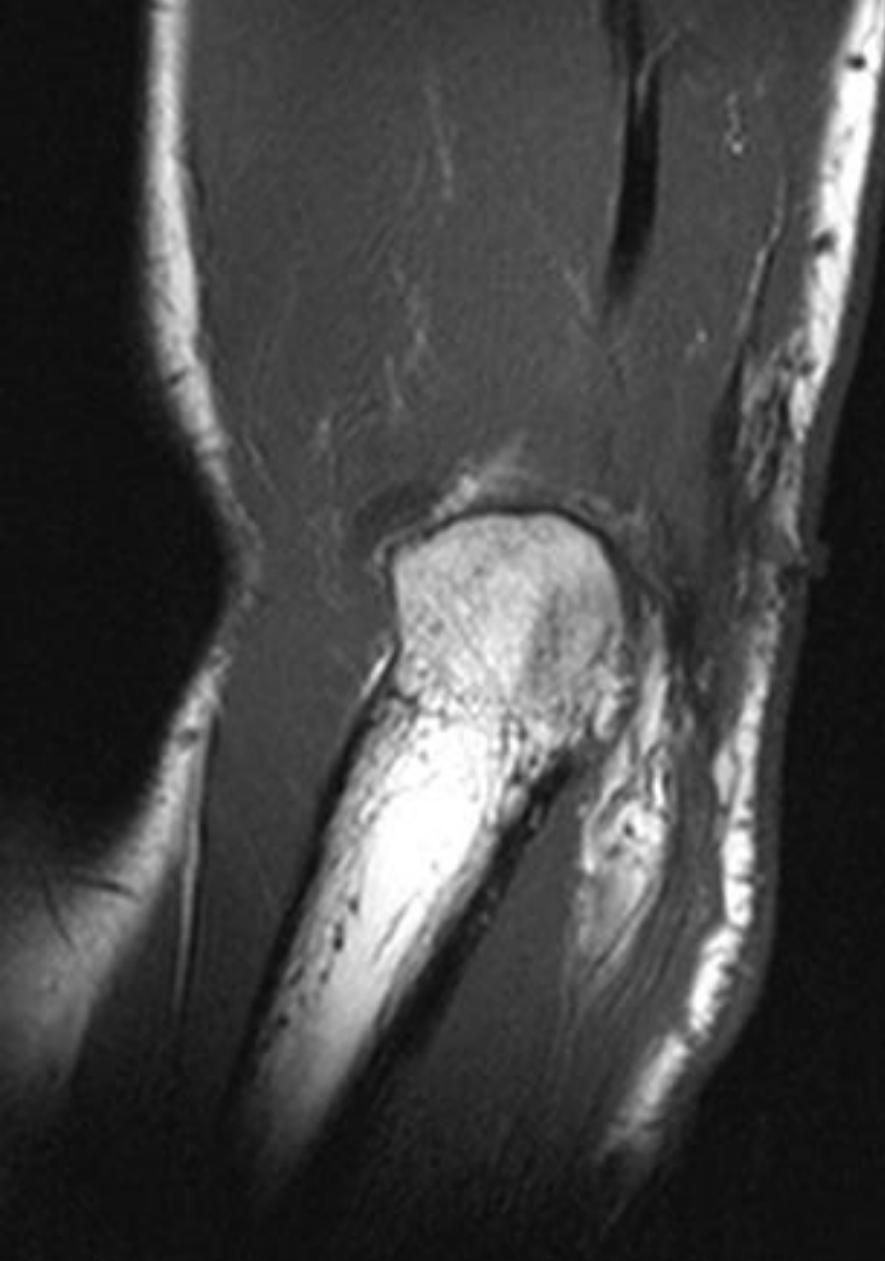
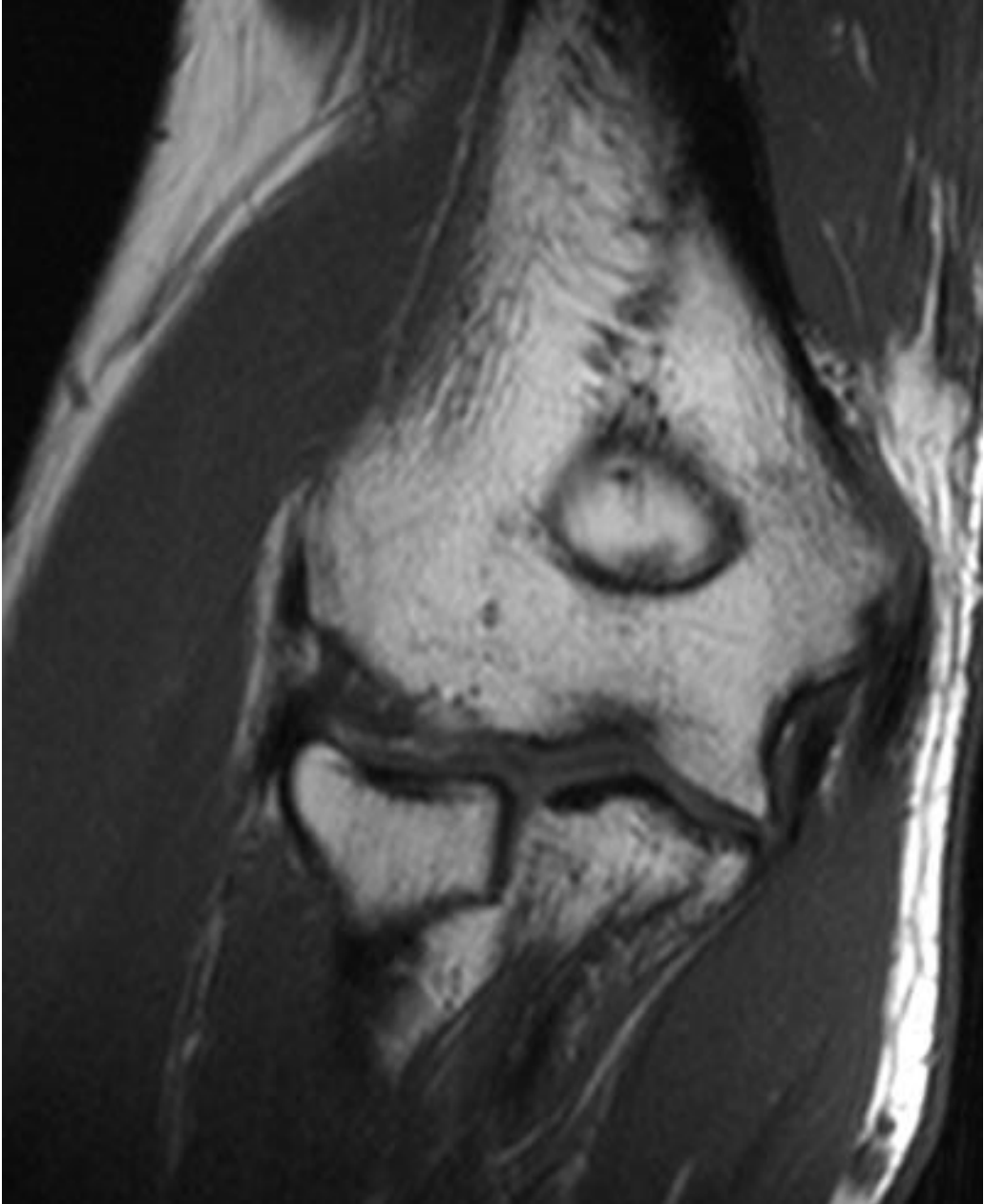
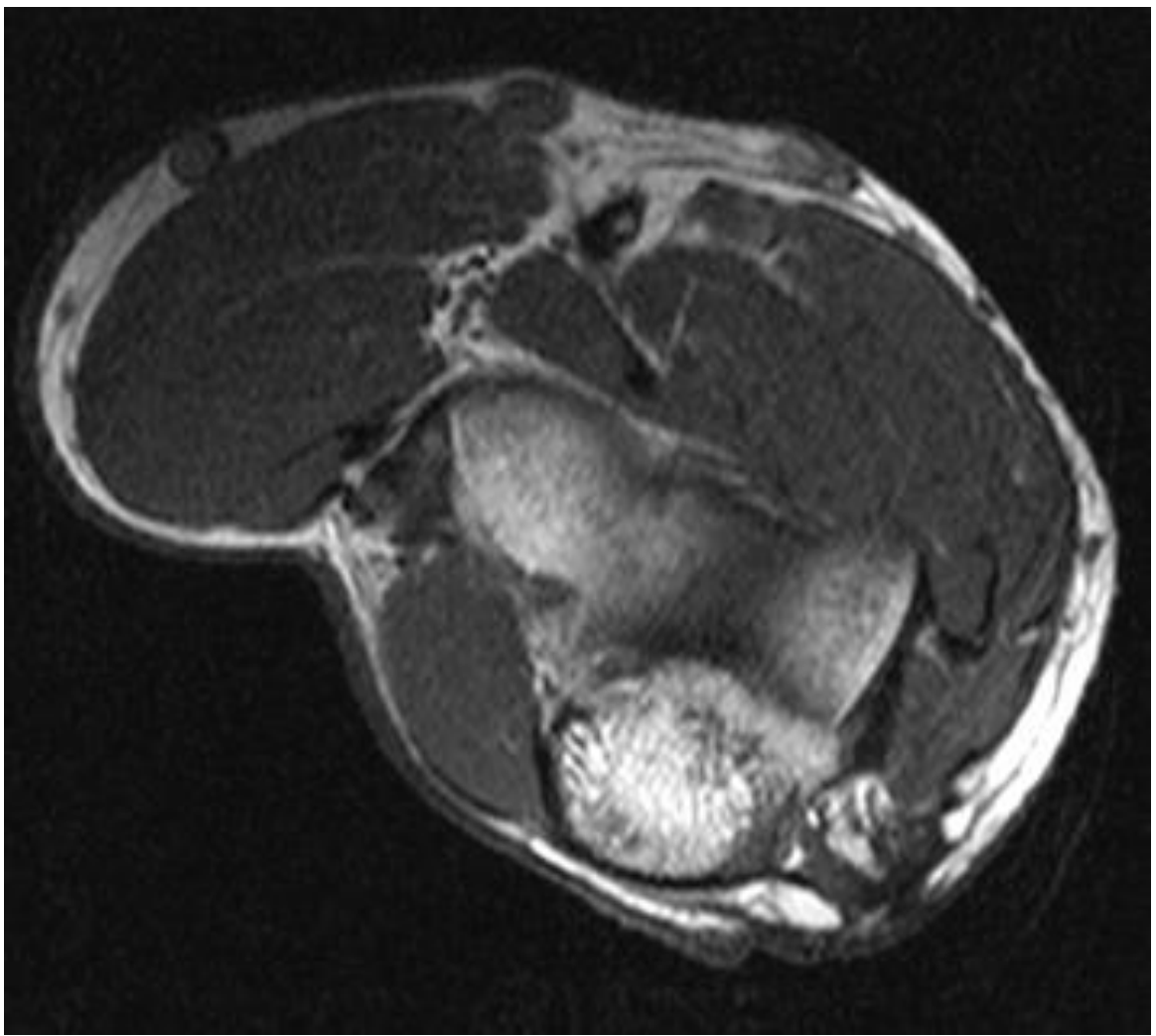
3. MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de un caso clínico de un varón de 37 años, levantador de pesas, que presentaba dolor persistente en codo derecho en el canal cubital, acompañado de parestesias en territorio cubital. Ante la sospecha diagnóstica de neuropatía cubital a nivel epitrocLEAR, se le realizó un estudio por resonancia magnética nuclear (RMN), presentando una neuritis cubital.



4. RESULTADOS

El paciente es sometido a una primera cirugía, realizando una liberación del nervio cubital en el canal epitrocLEAR-olecraneano. Se diagnostica intraoperatoriamente de tríceps en resorte, sin asociar ningún gesto quirúrgico adicional. En el control postoperatorio mediante RMN, persiste una neuritis del nervio cubital. Ante la persistencia de clínica (tríceps en resorte y dolor), el paciente se somete a una segunda intervención quirúrgica. En esta ocasión se realiza una transposición subcutánea anterior del nervio cubital, osteotomía de la epitrocLEAR y transposición del vientre muscular medial del tríceps. El postoperatorio transcurre sin incidencias, con una recuperación satisfactoria.



5. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Este síndrome puede ser asintomático, aun que frecuentemente asocia un síndrome del túnel cubital. Se describe comúnmente como un primer chasquido (subluxación del nervio cubital alrededor de 70º a 90º de flexión), seguido rápidamente por un segundo chasquido (subluxación del tríceps medial a 115º) ²⁻⁴. Dentro de su etiología, se han descrito distintas variaciones anatómicas (vientre medial del tríceps prominente, hipoplasia de la epitrocLEAR, cúbito varus tras fracturas supracondíleas de húmero, etc) ¹⁻⁵. Si el diagnóstico clínico es incierto, se puede realizar una RMN del codo en varias posiciones de flexión o una ecografía dinámica. Si se omite su diagnóstico, el tratamiento aislado del síndrome de atrapamiento cubital no resulta satisfactorio ¹⁻³. Los tratamientos descritos en la literatura varían, pero la extirpación o la transposición del vientre medial del tríceps y la osteotomía humeral medial se encuentran entre los más extendidos ^{2,3}.

6. BIBLIOGRAFÍA

1. Pfister G, Barbier O, Ollat D. "Snapping triceps": A rare and misleading condition – a clinical case report. Hand Surgery and Rehabilitation. 2018 Apr;37(2):121–3.
2. Rioux-Forker D, Bridgeman J, Brogan DM. Snapping Triceps Syndrome. The Journal of Hand Surgery. 2018 Jan;43(1):90.e1-90.e5.
3. Shuttlewood K, Beazley J, Smith CD. Distal triceps injuries (including snapping triceps): A systematic review of the literature. World Journal of Orthopedics. 2017;8(6):507.
4. Boon AJ, Spinner RJ, Bernhardt KA, Ross SR, Kaufman KR. Muscle Activation Patterns in Snapping Triceps Syndrome. Archives of Physical Medicine and Rehabilitation. 2007 Feb;88(2):239–42.
5. Spinner RJ, Goldner RD. Snapping of the Medial Head of the Triceps: Diagnosis and Treatment: Techniques in Hand and Upper Extremity Surgery. 2002 Jun;6(2):91–7.

