

ROTURA CRÓNICA DE TENDÓN DEL BÍCEPS BRAQUIAL: REPARACIÓN DISTAL MEDIANTE AUMENTACIÓN CON ALOINJERTO DE AQUILES. A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Haccart, J.; Gómez-Haccart, P.;
Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal de Inca. Islas Baleares
Unidad de Gestión Clínica de Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla.



Introducción

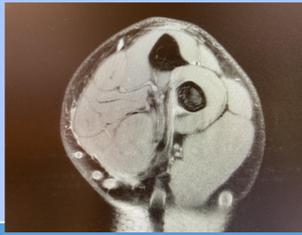
Las roturas inveteradas o crónicas del tendón distal del bíceps braquial son infrecuentes. Su tratamiento supone un reto importante por el grado de retracción y deficiente calidad del tendón y músculo lesionados, que en ocasiones obligan al empleo de injertos para tratar de restaurar la anatomía y mejorar los resultados funcionales. La tasa de complicaciones en las reparaciones de roturas crónicas es mayor con respecto a las reparaciones de lesiones agudas. Presentamos el caso de una reparación quirúrgica de una rotura crónica de 3 meses de evolución mediante la utilización de aloinjerto liofilizado de Aquiles.

Objetivo

El objetivo de esta comunicación es evaluar la posibilidad de utilización de aloinjerto de tendón de Aquiles como aumentación en roturas crónicas de bíceps braquial y el resultado obtenido en un paciente con defecto tendinoso importante a nivel de bíceps distal.

Material y métodos

Se trata de un paciente varón de 41 años, trabajador manual y consumidor de esteroides, que tras movimiento brusco en flexión en miembro superior, sufre dolor en codo ipsilateral con movilidad conservada, descartándose inicialmente lesión tendinosa. Dos meses después, el paciente refiere imposibilidad para el desarrollo de su trabajo habitual, presentando disminución de la fuerza de flexión y supinación del antebrazo (inferior a 3/5) respecto al brazo contralateral. Presenta signo del gancho negativo y hachazo positivo.



Mediante estudio con RM se diagnostica de rotura crónica de bíceps distal, con una retracción del tendón que alcanza tercio medio del brazo. Ante la imposibilidad de sutura primaria, se decide utilización aloinjerto de tendón de Aquiles.



Se realiza abordaje anterior sobre cara volar de codo, ampliando márgenes previos. Se disecan restos tendinosos y se mide un defecto final de unos 13 cm. Se plantea la plastia con el aloinjerto de tendón de Aquiles sobre el defecto. Se realiza un repliegue sobre sí mismo y se sutura en la zona proximal mediante una sutura tipo Krakow y en tuberosidad radial con dos arpones con el codo a 60° de flexión. Se comprueba estabilidad y tensión correcta de la plastia. Se inmoviliza con ortesis durante 3 semanas.

Resultado

A las 3 semanas se retira la inmovilización y a las 6 semanas se realiza movilización activa y supinación. En la revisión a los 6 meses de la cirugía el paciente presenta movilidad completa con balance muscular 5/5, lo que le permite llevar a cabo su trabajo y sus actividades habituales sin limitación. No ha presentado problemas en la herida.

Conclusión

El uso de aloinjerto de Aquiles es una alternativa válida y segura en defectos tendinosos de bíceps distales, siempre y cuando se certifique mediante estudio previo la imposibilidad de realizar sutura primaria y se cuente con la experiencia quirúrgica para llevarla a cabo.