

# DESINSERCIÓN AGUDA DEL TENDÓN DEL TRÍCEPS BRAQUIAL TRAS CAÍDA A PROPÓSITO DE UN CASO



**Vargas-Zúñiga Pastor IM, Ferreño Márquez DM, Rodríguez Algarabel C, Muñoz Vicente A, Gijón de la Santa L**  
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología / Servicio de Radiodiagnóstico  
Hospital Universitario de Guadalajara, Castilla-La Mancha, España

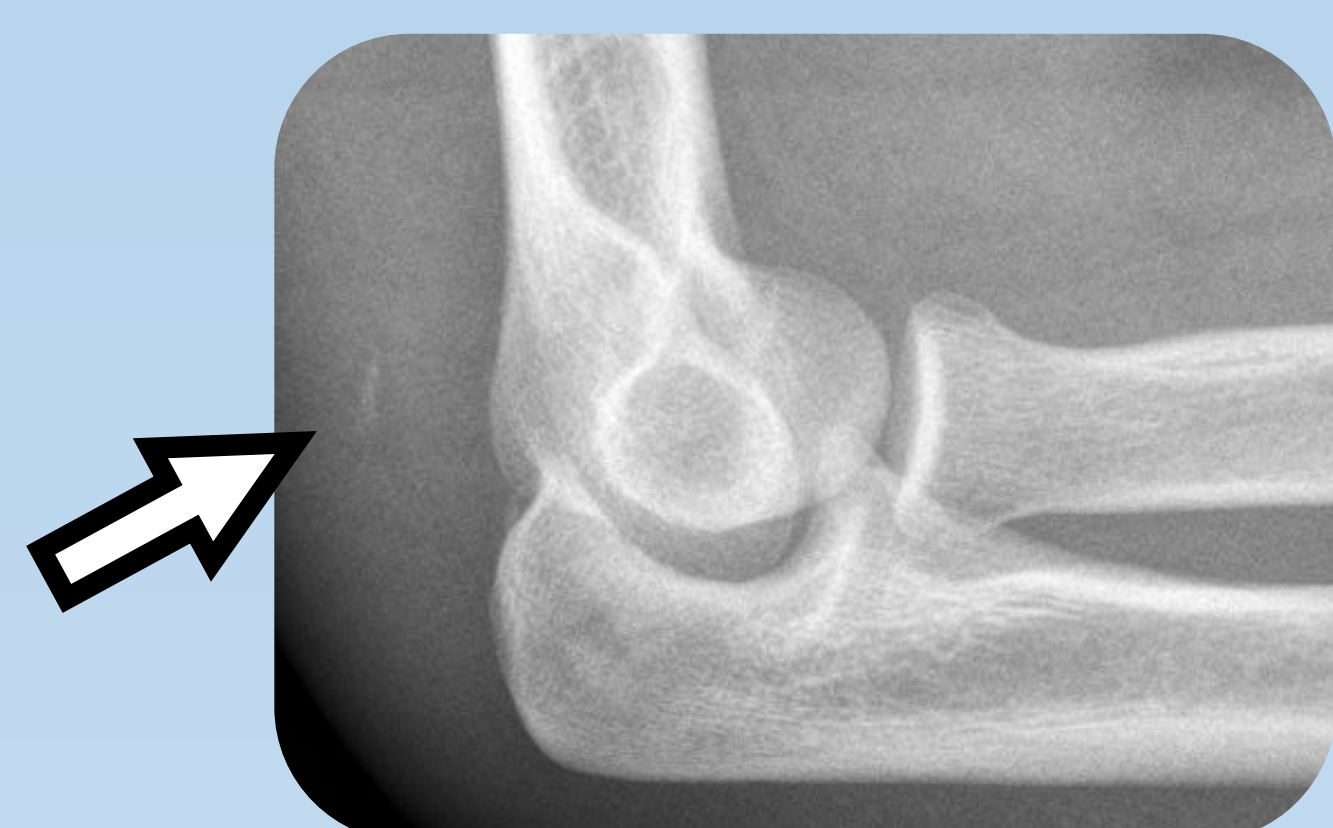
## INTRODUCCIÓN

La rotura aguda del tendón distal del tríceps es una lesión infrecuente, asociada a caídas sobre la mano extendida con una fuerza excéntrica aplicada sobre un tríceps contraído, con o sin traumatismo directo. Es más frecuente en varones activos entre los 30 y los 50 años, especialmente en el ámbito de lesiones deportivas y uso de esteroides. Suele producirse a nivel de la inserción en el olécranon, con o sin avulsión ósea asociada.

El diagnóstico es principalmente clínico: dolor, sensación de desgarrar, tumefacción y equimosis, defecto palpable en el olécranon proximal y pérdida de extensión activa del codo (no obstante, alrededor del 50% de los casos pasan desapercibidos inicialmente). La prueba de Thompson modificada es patológica (la compresión manual del vientre muscular del tríceps con el paciente en decúbito prono con el antebrazo colgando por el borde de la camilla no produce una extensión pasiva del codo) (Fig. 1). En la radiografía lateral puede aparecer el “signo de la escama” por avulsión ósea, altamente específico aunque a menudo ausente. La ecografía permite diferenciar roturas parciales o completas y localizar el nivel de la lesión, así como la RMN confirma el diagnóstico y permite detectar lesiones ligamentosas asociadas.



**Fig. 1 – Prueba de Thompson modificada**

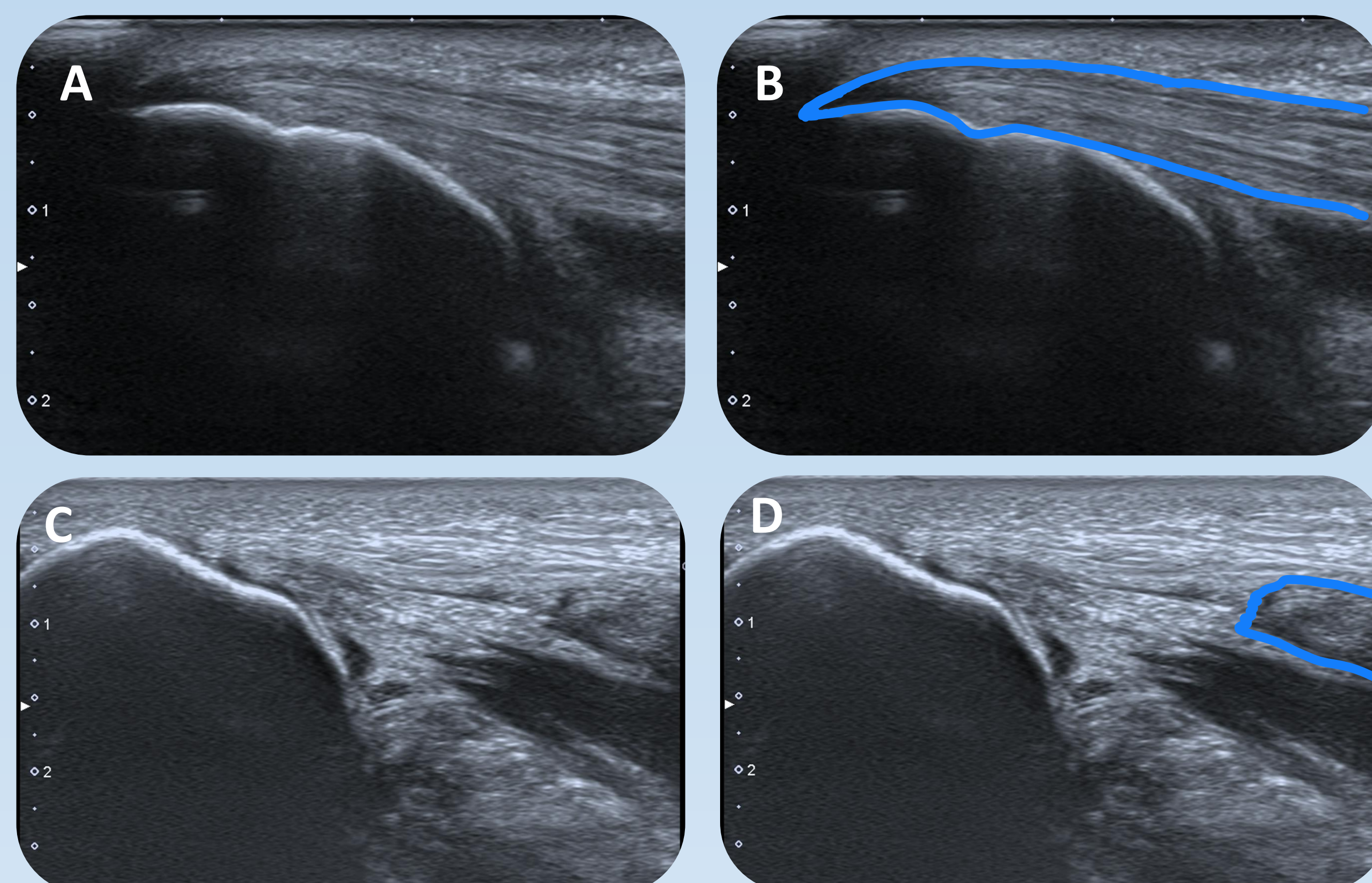


**Fig. 2 – Radiografía lateral de codo en Urgencias**  
Se aprecia pequeña avulsión cortical (flecha)

## MATERIAL Y MÉTODOS

Presentamos el caso de un varón de 19 años que acude a Urgencias tras caída con traumatismo directo sobre el codo derecho. Presentaba tumefacción en la cara posterior del mismo, dolor a la palpación e imposibilidad total para la extensión activa. Se realizaron radiografías (Fig.2) y ecografía urgentes (Fig. 3) que confirmaron el diagnóstico de sospecha de rotura completa del tendón distal del tríceps.

**Fig. 3 – Sección sagital del tendón del tríceps por ecografía a nivel de su inserción en el olécranon del cúbito. Nótese la estructura normal del tendón contralateral sano (imágenes A y B) respecto al tendón roto y retraído (imágenes C y D)**



## RESULTADOS

El tratamiento quirúrgico consistió en un reanclaje del tendón a olécranon mediante tres anclajes óseos tipo Suturetak® con sutura FiberWire® en doble hilera (Arthrex), sutura continua de refuerzo mediolateral tipo Krakow, y sutura continua distal en bordes (Fig 4-9). Se siguió un protocolo de rehabilitación precoz con ortesis, consiguiendo a las 12 semanas una movilidad y fuerza muscular similar a contralateral, con pequeño flexo de -10° (Fig 10 y 11). A los 7 meses el paciente realizaba su actividad laboral normal sin limitaciones, con fuerza 5/5.



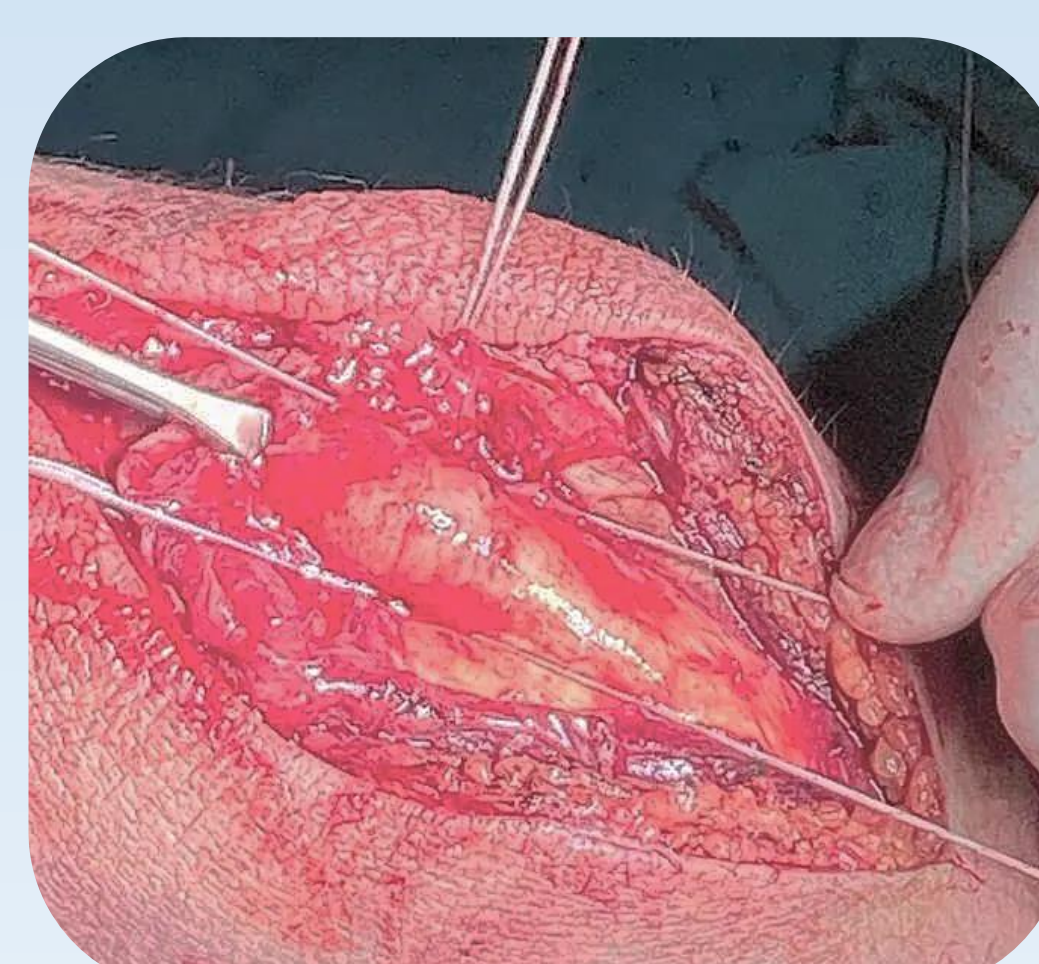
**Fig. 4 – Exposición inicial de la rotura tendinosa**



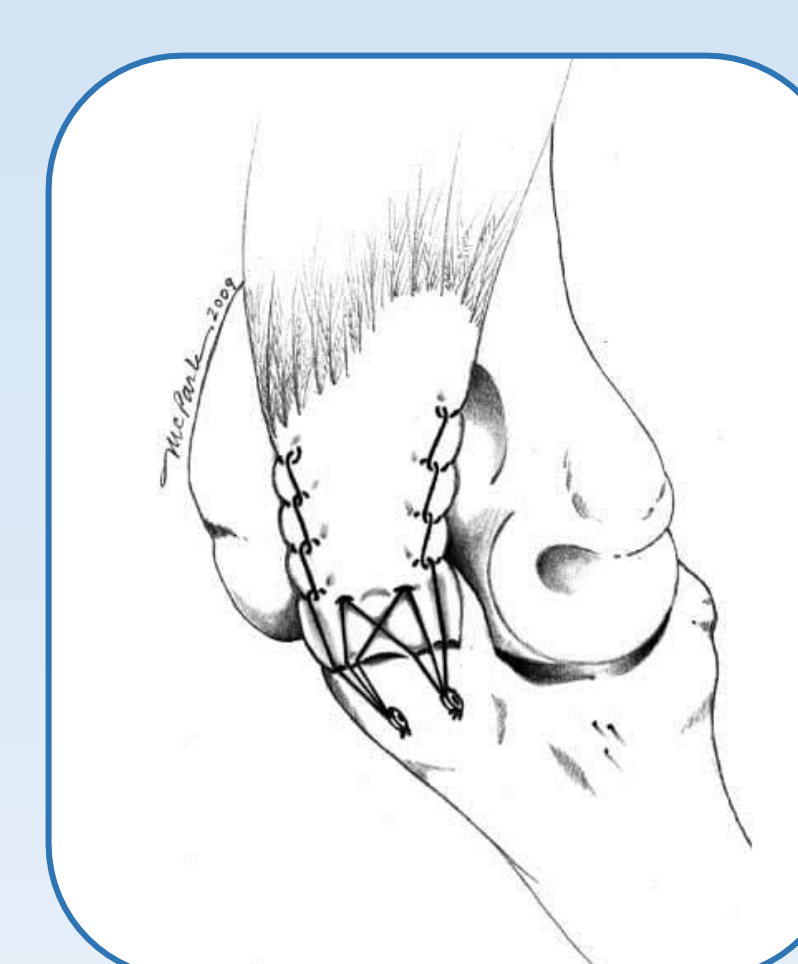
**Fig. 5 – Brocado de puntos de anclaje óseo en olécranon**



**Figs. 6 y 7 – Reanclaje tendinoso a olécranon mediante sutura en doble hilera**



**Fig. 8 – Aspecto final tras sutura de refuerzo mediolateral y continua distal**



**Fig. 9 – Esquema de la técnica de sutura en doble hilera**



**Figs. 10 y 11 – Control clínico a las 12 semanas postoperatorias**

## CONCLUSIONES

El manejo de esta patología es controvertido y debe individualizarse. El tratamiento conservador puede estar indicado en casos de roturas parciales, o en pacientes con baja demanda funcional o múltiples comorbilidades. No obstante, generalmente las rupturas completas asociadas a dolor y déficit funcional requieren cirugía, basada en una reparación primaria precoz reinsertando el tendón en el olécranon anatómicamente mediante túneles transóseos, anclajes de sutura o una combinación de ambos, asociados a un protocolo de rehabilitación precoz.

## REFERENCIAS

- Mejía Casado A, Carpintero Lluch R, Izquierdo Fernández A. Rotura del tendón distal del tríceps braquial. Diagnóstico y Tratamiento. Rev. S. And. Traum. y Ort., 2015; 32 (1/2): 25- 36
- Yeh PC, Stephens KT, Solovyova O, Obopilwe E, Smart LR, Mazzocca AD, Sethi PM. The distal triceps tendon footprint and a biomechanical analysis of 3 repair techniques. Am J Sports Med 2010, Vol 38, No. 5: 1025-1033
- Yeh PC, Dodds SD, Smart LR, Mazzocca AD, Sethi PM. Distal triceps rupture. J Am Acad Orthop Surg. 2010 Jan; 18(1): 31-40
- Tom JA, Kumar NS, Cerynik DL, Mashru R, Parrella MS. Diagnosis and treatment of triceps tendon injuries: a review of the literature. Clin J Sport Med. 2013 Oct 23.