

ROTURA CRÓNICA DE TRICEPS DISTAL: REPARACIÓN MEDIANTE PLASTIA DE ISQUIOTIBIALES.

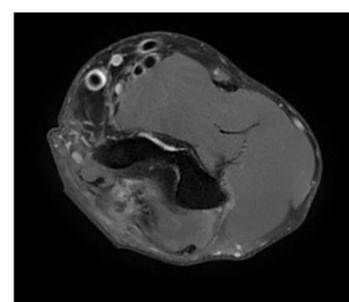
Borges Cárcamo, María del Carmen; Larrabide Pérez, Iker;
García Bueno, Belén; León Andrino A. Alejandro.

Complejo Asistencial
de Avila



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rotura del tendón de tríceps es una patología poco común en el miembro superior, generalmente asociada con traumatismos, levantamiento de pesas o inyecciones de corticoesteroides. La reparación en casos agudos está bien establecida, pero en roturas crónicas las técnicas de reparación son controvertidas, con opciones de reconstrucción con aloinjerto o autoinjerto.



MATERIAL Y MÉTODOS

Un hombre de 39 años experimentó una rotura parcial del tríceps durante el levantamiento de pesas en el gimnasio. Aunque inicialmente no tenía dolor, consultó seis meses después por pérdida de fuerza al realizar su actividad deportiva. Tras realizar una resonancia magnética, se confirma la rotura parcial de predominio medial de tríceps distal y se planifica una primera cirugía en la cual se utilizaron arpones intraóseos y sutura, que fracasó tres meses después diagnosticándose de re-rotura mediante una resonancia magnética de control. Se realizó entonces la segunda cirugía consistiendo en un abordaje posterior y realizándose una plastia con aloinjerto de isquiotibiales mediante un túnel transóseo en el olécranon a nivel distal y sutura tipo Pulvertaft a nivel proximal con el tendón distal del tríceps.

RESULTADOS

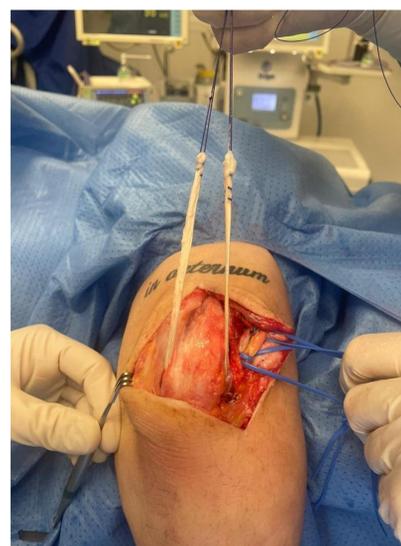
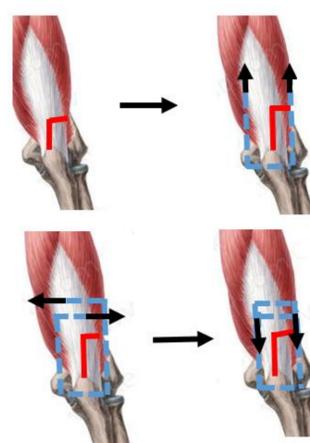
Se inmovilizó el miembro durante 3 semanas con ortesis de bloqueo de flexo-extensión con la flexión limitada a 90°. Permittiéndose un aumento progresivo de 15-20° semanalmente.

6 meses:

Satisfecho con los resultados.
Sin dolor (EVA: 0/10)
BA: 0-145°
Fuerza: 4/5
No limitación en su act. habitual/
laboral
Retomó su actividad deportiva.

1 año:

Se mantiene contento con
los resultados.
Sin dolor (EVA 0/10)
BA: 0-145°
Fuerza: 5/5
Mantiene su actividad
habitual y deportiva sin
limitación.



CONCLUSIONES

El diagnóstico temprano y el tratamiento son cruciales para el resultado funcional de estas lesiones. El diagnóstico clínico se apoya en pruebas de imagen, y las lesiones que requieren técnicas de reconstrucción tienen resultados menos predecibles que las agudas reparadas anatómicamente.

61 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA