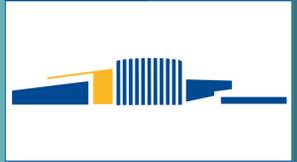


RE-ANCLAJE DE BÍCEPS BRAQUIAL MEDIANTE ALOINJERTO DE AQUILES Y BICEPS-BUTTON.

Schuler, M; Cuadrado García, D; Ferrero Rodríguez, D; Fernández Lopesino, M; Martínez Velázquez, C.
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario de Toledo.



INTRODUCCION

Se presenta el caso clínico de paciente de 34 años que acude al Servicio de Urgencias tras notar chasquido y dolor en flexura del codo derecho. Como antecedente destaca intervención quirúrgica hace 4 años debido a rotura de porción distal de bíceps braquial ipsilateral en otro Hospital.

MATERIAL Y METODOS

A la exploración física el paciente presenta:

No hematoma. Hook +. Deformidad en contracción del bíceps. Popeye inverso.

Impotencia funcional por dolor. Sensibilidad conservada. NVD ok.

La sospecha diagnóstica es de re-rotura de la porción distal del bíceps braquial, decidiéndose tratamiento quirúrgico.

La cirugía se realiza bajo anestesia general + bloqueo periférico de plexo braquial para disminuir el dolor postoperatorio. Se confirma la sospecha diagnóstica: re-rotura crónica bíceps distal sin existencia de porción tendinosa del bíceps, únicamente hay un remanente de 1cm unido a masa muscular, del que salen 2 hilos de sutura rotos.

Técnica quirúrgica:

Abordaje único volar en Z.

Reinserción con Bíceps-Button de Arthrex+ tornillo interferencial+aloinjerto de hemi-Aquiles.

Se realiza Sutura tipo Krakow con 2 filas alrededor de toda la porción proximal del injerto en abanico.

Se inmoviliza en flexión de codo a 90º mediante ortesis.



RESULTADOS

En los controles posteriores en nuestras CCEE se mantiene inmovilización para la extensión durante 5 semanas. A los 6 meses presenta buen estado funcional de bíceps braquial con extensión -10º y flexión -10º, además de buen resultado estético.

No se han presentado complicaciones neurovasculares ni infecciosas durante el seguimiento.

CONCLUSIONES

La rotura del tendón distal del bíceps braquial presenta una incidencia de 1,2 casos por 100.000 habitantes. La re-rotura sin remanente tendinoso, como en nuestro caso, supone un reto quirúrgico para restaurar la fuerza y funcionalidad en sujetos jóvenes. La utilización de un abordaje único anterior asociado a la utilización de dispositivos de anclaje bicortical junto a un tornillo interferencial con aloinjerto proporciona una reconstrucción de alta resistencia. En la bibliografía, y en nuestro caso, presenta unos buenos resultados clínicos y funcionales por lo que consideramos está técnica una opción a tener en cuenta en el tratamiento de estas lesiones.