

Rotura de la unión musculotendinosa distal del bíceps. A propósito de dos casos

Distal biceps musculotendinous rupture. Report of two cases

López-Zabala I, Muñoz-Mahamud E, Ballesteros J, Fernández-Valencia JA

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

Resumen

La rotura de la unión músculo-tendinosa distal del bíceps es infrecuente. Presentamos dos pacientes con una rotura de la unión músculo-tendinosa distal del bíceps. El primer paciente jugaba en posición de portero en un equipo de fútbol y presentó un dolor al lanzar la pelota con su brazo izquierdo. El segundo paciente presentó un dolor de inicio súbito en el codo izquierdo mientras levantaba un peso. El mecanismo coincide, una elevación glenohumeral con el codo extendido y el antebrazo supinado.

Ninguno de los pacientes presentados fueron intervenidos ni tampoco realizaron rehabilitación. A los seis meses de la rotura obtuvieron una puntuación de 100 con el Mayo Elbow Performance Score. En estos casos está indicado el tratamiento conservador con buenos resultados funcionales.

Palabras clave:

Bíceps, tendón, codo, avulsión.

Abstract

Musculotendinous ruptures of the distal biceps are extremely rare and have similar clinical presentation. We present two patients presenting a distal biceps musculotendinous rupture (MTR). The first patient was the goalkeeper in a soccer team, and experienced a sudden pain while throwing the ball with his left arm. The second patient experienced a sudden pain when he was lifting a weight with his right arm. The mechanism is common in both cases, glenohumeral elevation with the elbow extended and the forearm in supination.

These patients, who did not undergo surgical repair neither rehabilitation, obtained a score of 100 according to the Mayo Clinic Performance Index for the Elbow at 6 months follow-up. The conservative treatment is indicated with good functional results.

Key words:

Biceps, tendon, elbow, avulsion.

Introducción

Las roturas de la unión músculo-tendinosa son frecuentes en deportistas [1,2,3] aunque, en concreto, la del músculo bíceps braquial distales es muy rara y existen escasas referencias en la literatura [4]. Por el contrario, la avulsión del bíceps distal de la tuberosidad radial es una lesión frecuente [5,6,7,8,9] que puede ser confundida con una rotura músculo-tendinosa [4]. El objetivo de este trabajo es el de pre-

sentar dos casos clínicos de rotura músculo-tendinosa del bíceps braquial distal, el tratamiento aplicado y efectuar una revisión de la literatura.

Caso 1

Paciente de sexo masculino, de 51 años de edad, sin comorbilidades relevantes asociadas. Consultó por dolor agudo en el brazo izquierdo en abril de 2007. Explicaba que mientras lanzaba un balón con la mano izquierda jugando en la posición de portero de fútbol, notó un dolor intenso que no cedió. En la exploración física presentó dolor a la movilización del codo, con dolor a la palpación anterior y distal del brazo, sin asociar pérdida de fuerza distal ni alteraciones sensitivas. Los pulsos distales radial y cubital se

Correspondencia

I. López Zabala
Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Clínic Universitat de Barcelona. C/ Villarroel 170. 08036 Barcelona
lopez.ibon@gmail.com

encontraron conservados. Se realizó un estudio ecográfico que constató la rotura del músculo bíceps en su unión miotendinosa distal, con preservación del tendón (Figura 1). Se inmovilizó la extremidad con cabestrillo y se pautó tratamiento analgésico oral, permitiendo movilizaciones activas asistidas cada día del codo. Se retiró el cabestrillo a las 3 semanas, permitiendo movilizaciones activas. No se realizó rehabilitación y el paciente se reincorporó a sus actividades laborales y deportivas previas.

A los seis meses presentaba flexo-extensión y prono-supinación completa (Figura 2), y a pesar de referir una ligera disminución de fuerza respecto a su situación previa a la lesión, no encontró dificultades para realizar las actividades de su vida diaria y deportiva, con puntuación de 100 puntos sobre 100 de acuerdo con el Mayo Elbow Performance Score (MEPS).

I Caso 2

Paciente de sexo masculino, de 48 años de edad, sin comorbilidades relevantes asociadas que presentó un dolor

intenso y súbito en el brazo derecho mientras levantaba un peso en noviembre de 2007. En la exploración física el paciente presentó una pérdida de la silueta del bíceps braquial en reposo, con dolor a palpación en la parte anterior y distal del antebrazo, siendo incapaz de realizar supinación, sin asociar alteraciones neurológicas ni vasculares.

Se realizó una resonancia magnética (RM), que constató la presencia de la rotura parcial del músculo bíceps en su unión miotendinosa distal, con preservación del tendón (Figura 3). Se inmovilizó la extremidad mediante el uso de cabestrillo. Se pautó tratamiento analgésico oral, permitiendo movilizaciones activas asistidas cada día del codo. Se retiró el cabestrillo a las 3 semanas, permitiendo movilizaciones activas. No se realizó rehabilitación y el paciente se reincorporó a sus actividades de forma progresiva.

A los seis meses de seguimiento presentaba flexo-extensión y pronosupinación completas (Figura 4). Refería sensación de disminución de fuerza respecto a la situación previa a la lesión pero no existían dificultades para realizar actividades de vida diaria, y volvía a practicar el golf sin di-

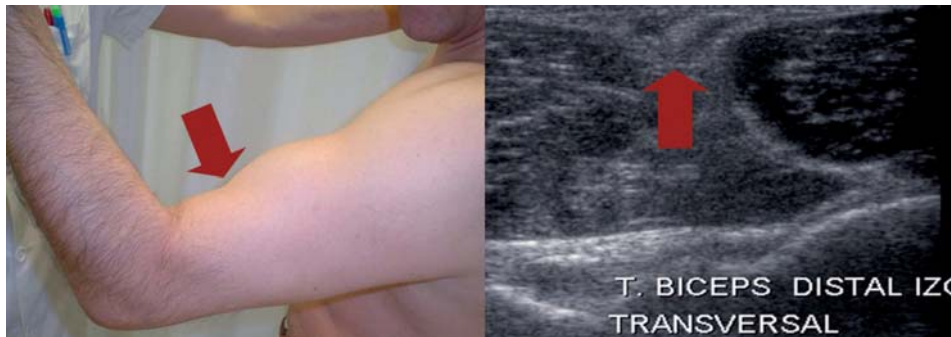


Fig. 1. a) aspecto clínico y b) ecográfico de la rotura de la unión miotendinosa del músculo bíceps braquial (caso 1).



Fig. 2. Resultado funcional a los 6 meses de evolución con flexo-extensión completa del codo.



Fig. 3. a) Aspecto clínico y b) resonancia magnética de la rotura de la unión miotendinosa del músculo bíceps braquial (caso 2).



Fig. 4. Aspecto a los 6 meses de evolución (caso 2) con flexo-extensión completa del codo.

ficultades. La valoración mediante MEPS sumó un valor de 100 puntos sobre 100.

Discusión

Las lesiones del tendón distal del bíceps, son infrecuentes y se trata de una avulsión de la inserción del tendón en la tuberosidad bicipital del radio. Si bien el diagnóstico y tratamiento de esta última entidad ha sido ampliamente estudiado, el diagnóstico y tratamiento de la rotura de la unión músculo-tendinosa han estado escasamente descrito en la literatura [4].

La única serie que hemos encontrado corresponde a Schamblin y Safran [4] con 6 casos. Según Morrey [5], se trata de una lesión que tiene predilección por personas con encefalopatía. Esta observación no se ha descrito en ninguno de los casos de la serie de Schamblin y Safran [4] quienes, sin embargo, describen que en tres de los seis casos existía un antecedente de levantamiento de pesos de forma recreacional. En nuestros dos casos tampoco encontramos

antecedente de encefalopatía y sí un mecanismo de elevación gleno-humeral con extensión de codo y supinación de antebrazo [5].

Schamblin y Safran [4] presentaron resultados buenos y excelentes a los tres años de seguimiento sin realizar tratamiento quirúrgico (5 casos puntuaron 100 y uno puntuó 85 en MEPS). Los autores remarcan que no se trata de «no hacer nada» sino que el paciente debe realizar una fisioterapia dirigida para obtener una recuperación funcional satisfactoria. En los dos casos que presentamos, ambos con una edad próxima a los 50 años de edad que seguían haciendo deporte, no se realizó fisioterapia dirigida y ambos estuvieron satisfechos con el resultado. Como conclusión, podemos esperar un buen resultado funcional en las roturas de la unión miotendinosa distal del bíceps sin realizar tratamiento quirúrgico. Sin embargo, son necesarios más estudios para conocer mejor la epidemiología y etiopatogenia de este tipo de lesiones y determinar el tratamiento de elección. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Garrett WE Jr. Muscle strain injuries. *Am J Sports Med* 1996; 24(6 Suppl):2-8.
2. De Smet AA, Best TM. MR imaging of the distribution and location of acute hamstring injuries in athletes. *Am J Roentgenol* 2000; 174:393-9.
3. Cohen S, Bradley J. Acute proximal hamstring rupture. *J Am Acad Orthop Surg* 2007; 15:350-5.
4. Schamblin ML, Safran MR. Injury of the distal biceps at the musculotendinous junction. *Shoulder Elbow Surg* 2007; 16:208-12.
5. Morrey BF. The elbow and its disorders. Philadelphia: Saunders; 2000.
6. Steindler D. Traumatic deformities of the upper extremities. Springfield, Ill. Charles C Thomas, 1946.
7. Carmichael KD, Foster L, Kearney JP. Biceps muscle rupture in a water skier. *Orthopaedics* 2005; 28: 35-7.
8. Klonz A, Loitz D, Reilmann H. Proximal and distal ruptures of the biceps brachii tendon. *Unfallchirurg* 2003; 106:755-63.
9. Alanis LM, Zamora PM, Cruz A. Ruptura distal del tendón del bíceps. Reporte de un caso. *Acta Ortop Mex* 2009; 23:228-31.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.