

Open Acces



# LESIÓN DEL TENDÓN DISTAL DEL BÍCEPS BRAQUIAL

Bernat de Pablo Márquez<sup>1</sup>, Antonio Cañón Santos<sup>2</sup> e Irene Omiste Moreno<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa (SPAIN)

<sup>2</sup> Médico residente en Medicina Familiar y Comunitaria. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa (SPAIN)

<sup>3</sup> Médico residente en Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Universitari Mutua Terrassa. Terrassa (SPAIN)

**Dirección para correspondencia:**  
Bernat de Pablo Márquez

**Correo electrónico:**  
bernatdepablo@gmail.com

## RESUMEN

Las lesiones del bíceps distal son una condición clínica relativamente poco común que generalmente afecta a hombres de mediana edad. Suelen ocurrir debido a una sobrecarga excéntrica cuando el brazo se ve obligado a pasar de una posición flexionada a extendida. Los pacientes pueden experimentar dolor agudo, hinchazón y equimosis. Presentamos un resumen del examen clínico con dos procedimientos sencillos que revelan este problema, las pruebas a solicitar y el tratamiento.

## RESUM

Les lesions de bíceps distal són una condició clínica relativament poc comuna que generalment afecta homes de mitjana edat. Solen ocórrer a causa d'una sobrecàrrega excèntrica quan el braç es veu obligat a passar d'una posició flexionada a estesa. Els pacients poden experimentar dolor agut, inflor i equimosi. Presentem un resum de l'examen clínic amb dos procediments senzills que revelen aquest problema, les proves que cal sol·licitar i el tractament.

## ABSTRACT

Distal biceps injuries are a relatively uncommon clinical condition that typically affect middle-aged males. They commonly occur due to an eccentric overload as the arm is forced from a flexed to extended position. Patients may experience an acute pain, swelling, and ecchymosis. We present a summary of the clinical examination with two simple procedures revealing this problem, tests to be ordered and treatment.

## MANUSCRITO

El músculo bíceps braquial (BB) tiene como función principal la supinación del antebrazo cuando está en pronación y el codo en flexión. De forma secundaria también se encarga de la flexión del codo. Está formado por dos vientres musculares independientes (porción larga y corta) que se

insertan en el borde cubital de la tuberosidad bicipital del radio<sup>1</sup>.

La rotura o avulsión del tendón distal del BB es la lesión tendinosa más frecuente de la región del codo pero en general es una lesión poco frecuente, representando entre 3 y 10% de todas las lesiones del bíceps braquial. Generalmente consiste en una avulsión limpia del tendón a nivel de la tuberosidad; en la mayoría de los casos se producen en el brazo dominante de pacientes masculinos entre la cuarta y sexta décadas de la vida<sup>2</sup>.

Como factores de riesgo se han descrito el tabaquismo, el uso de esteroides. También se ha descrito el hiperparatiroidismo, la acidosis crónica y algunas enfermedades sistémicas como el lupus eritematoso sistémico<sup>3</sup>.

El mecanismo de lesión una carga excéntrica repentina que sobrecarga el brazo en extensión, usualmente se encuentra asociada con levantamiento de pesas o actividades deportivas que involucran la extensión del brazo como el hockey y el rugby<sup>4</sup>.

El paciente suele referir un dolor súbito y agudo a nivel de la fosa antecubital del codo en relación con un sobreesfuerzo, generalmente cargas de peso con el codo a 90°. Inmediatamente después de la lesión, la movilidad activa del codo es posible y en función de los casos, puede aparecer una equimosis o hematoma moderado subcutáneo en la flexura o en la parte proximal y medial del codo, si bien este signo no es constante en todos los casos.

Para definir en casos dudosos si el tendón del BB está presente se deberá examinar la superficie anterior de ambos brazos con los codos a 90° de flexión, pegados a los costados y realizando pronosupinación activa. En pacientes con lesión aguda o reciente se aprecia como el vientre muscular del BB se desplaza hacia arriba y abajo con los movimientos de rotación del antebrazo en el lado sano, mientras que permanece ausente en el

**Figura 1. Paciente afecto de lesión del tendón distal del bíceps braquial (imagen derecha). Comparación con brazo contralateral en flexión a 90° (imagen izquierda).**



lado afecto, observándose la masa muscular ascendida hacia la región proximal del brazo (Figura 1).

El signo del gancho (Hook test) fue descrito por O'Driscoll y presenta una sensibilidad del 100% y una especificidad del 92% para el diagnóstico de rotura completa del BB distal. Se realiza con el codo flexionado a 90° y supinación activa mientras el examinador tiene enganchado con el dedo el tendón distal del BB en la fosa antecubital desde la cara lateral del codo (Figura 2). En condiciones normales el tendón se encuentra tenso al estirar de él en flexión y supinación activas. La ausencia de tensión o dolor se relaciona con una rotura completa o parcial<sup>5</sup>.

Por otra parte, los pacientes con lesiones de larga evolución presentan una asimetría del contorno del brazo y una disminución de la función global del codo, con pérdida de fuerza para la flexión y supinación combinadas. En estos casos puede aparecer dolor de características neuropáticas por afectación del nervio cutaneobraquial lateral.

La ecografía y la resonancia magnética son técnicas de estudio por imagen excelentes para realizar o confirmar el diagnóstico de estas lesiones.

En cuanto al tratamiento inicialmente se realizará una inmovilización de la extremidad afecta, con objetivo analgésico. En pacientes jóvenes, con afectación del brazo dominante, se suele considerar el tratamiento quirúrgico. En pacientes de edad avanzada o con contraindicaciones quirúrgicas se optará por el tratamiento conservador, con inmovilización con cabestrillo y rehabilitación posterior<sup>2</sup>.

**Figura 2. Signo del gancho o "hook test" para la exploración del tendón distal del bíceps braquial.**



## BIBLIOGRAFÍA

1. Mazzocca AD, Cohen M, Berkson E, Nicholson G, Carofino BC, Arciero R, Romeo AA. The anatomy of the bicipital tuberosity and distal biceps tendon. *J Shoulder Elbow Surg.* 2007;16:122-7.
2. Sutton KM, Dodds SD, Ahmad CS, Sethi PM. Surgical treatment of distal biceps rupture. *J Am Acad Orthop Surg.* 2010;18:139-48.
3. Safran MR, Graham SM. Distal biceps tendon ruptures: incidence, demographics and the effect of smoking. *Clin Orthop Rel Res.* 2002;404:275-83.
4. Devereaux MW, ElMaraghy AW. Improving the rapid and reliable diagnosis of complete distal biceps tendon rupture: a nuanced approach to the clinical examination. *Am J Sports Med.* 2013;41:1998-2004.
5. O'Driscoll SW, Gonsalves LB, Dietz P. The hook test for distal biceps tendon avulsion. *Am J Sports Med.* 2007; 35:1865-9.

**Como citar el artículo:** de Pablo Márquez B, Cañón Santos A, Omiste Moreno I. Lesión del tendón distal del bíceps braquial. *But At Prim Cat* 2021;39:6.