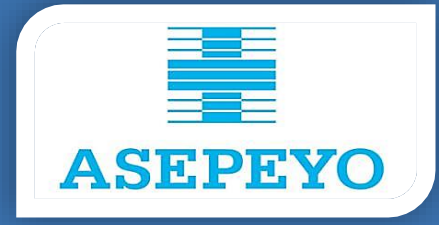


Rotura Crónica de Tríceps en Culturista Profesional:

PLASTIA DE ALOINJERTO DE AQUILES

KARLA RGUEZ-BASCONES, CÉSAR ABELLÁN MIRALLES, DANIEL BERLANGA DE MINGO
UNIDAD DE CODO - HOSPITAL ASEPEYO SANT CUGAT



CONCLUSIONES

- **IMPORTANCIA DIAGNÓSTICO RÁPIDO:** posibilidad de REPARACIÓN IN SITU con MEJORES RESULTADOS en cuanto a la fuerza.
- **Si rotura crónica (> 3 semanas): RECONSTRUCCIÓN**
FLAP AUTÓLOGO en tendones sanos
ALOINJERTO en tendones dañados con defectos grandes
- La reconstrucción tendinosa con aloinjerto insercional **parece ser una técnica quirúrgica adecuada para restaurar un BA funcional y en nuestro caso, completo.**
- A medio plazo, los pacientes parecen presentar una pérdida de fuerza, pero por los estudios publicados previamente, la **reconstrucción tendinosa no parece comprometer la fuerza a largo plazo.**



RESULTADOS

- **Resultado radiográfico de control correcto,** el paciente fue dado de alta a las 48h. (10)
- **Pauta de RHB:**
 - Semana 1- 6: Brazo inmovilizado en cabestrillo. Movilidad pasiva de codo permitiendo extensión completa y limitando flexión a 90°
 - Semana 6 - 12: Se retira cabestrillo. Movilidad activa asistida y activa libre limitando rangos máximos de flexión.
 - > Semana 12: Potenciación de musculatura y ejercicios contraresistencia.
- **RNM de control a los 3 meses** mostró integridad de la sutura y del aloinjerto (11)
- **Valoración funcional a los 4 meses** postquirúrgicos (12-13-14-15-16)



INTRODUCCIÓN

- Patología poco frecuente, con riesgo potencial de rotura en pacientes con inflamación crónica del mismo, siendo el consumo de sustancias anabolizantes (factor predisponente más frecuente).
- La literatura indica que es sustancialmente más frecuente en pacientes culturistas y levantadores de peso.

Varón de 33 años, culturita profesional, consumidor habitual de anabolizantes
Caída con brazo extendido durante un entreno
Derivado a nuestro centro 3 meses después del traumatismo

EXPLORACIÓN FÍSICA:

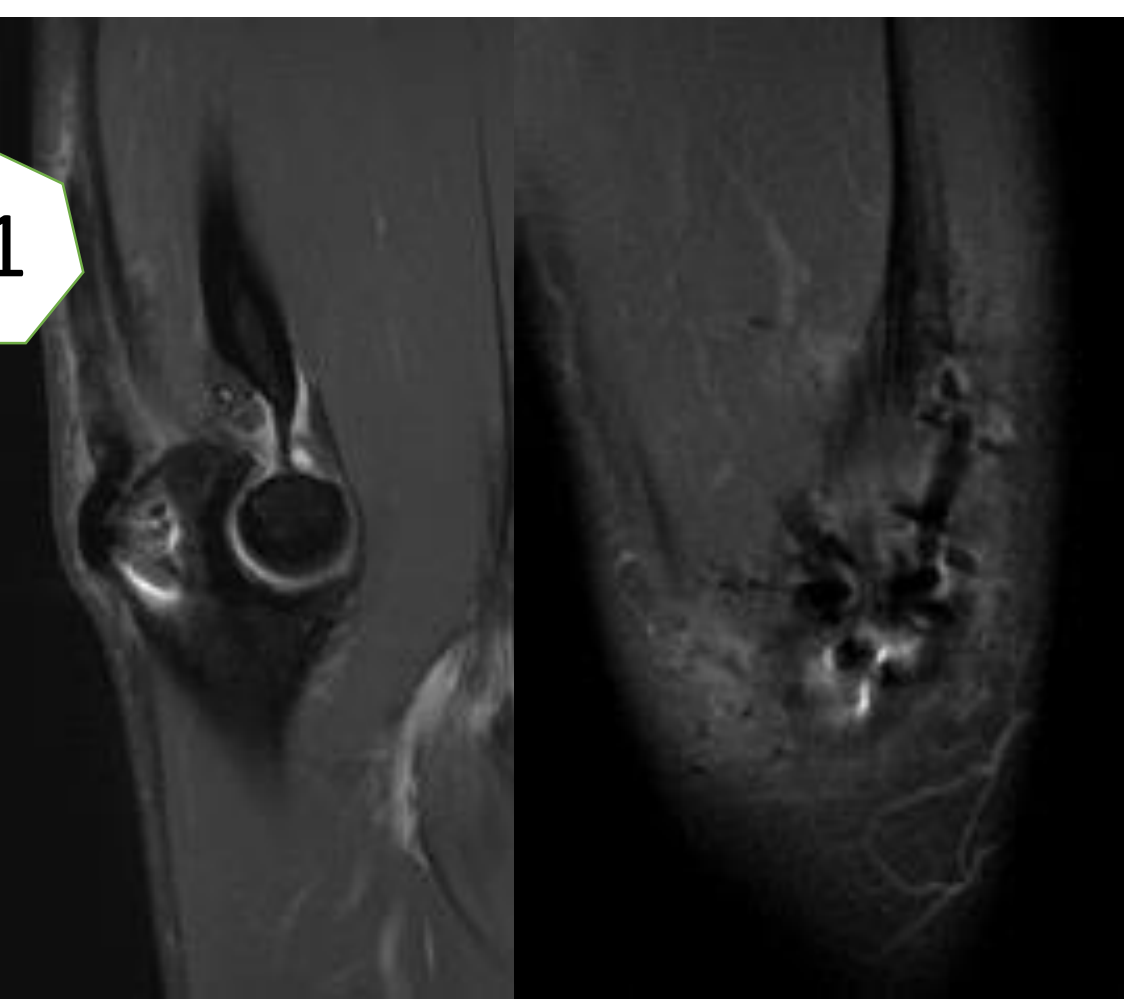
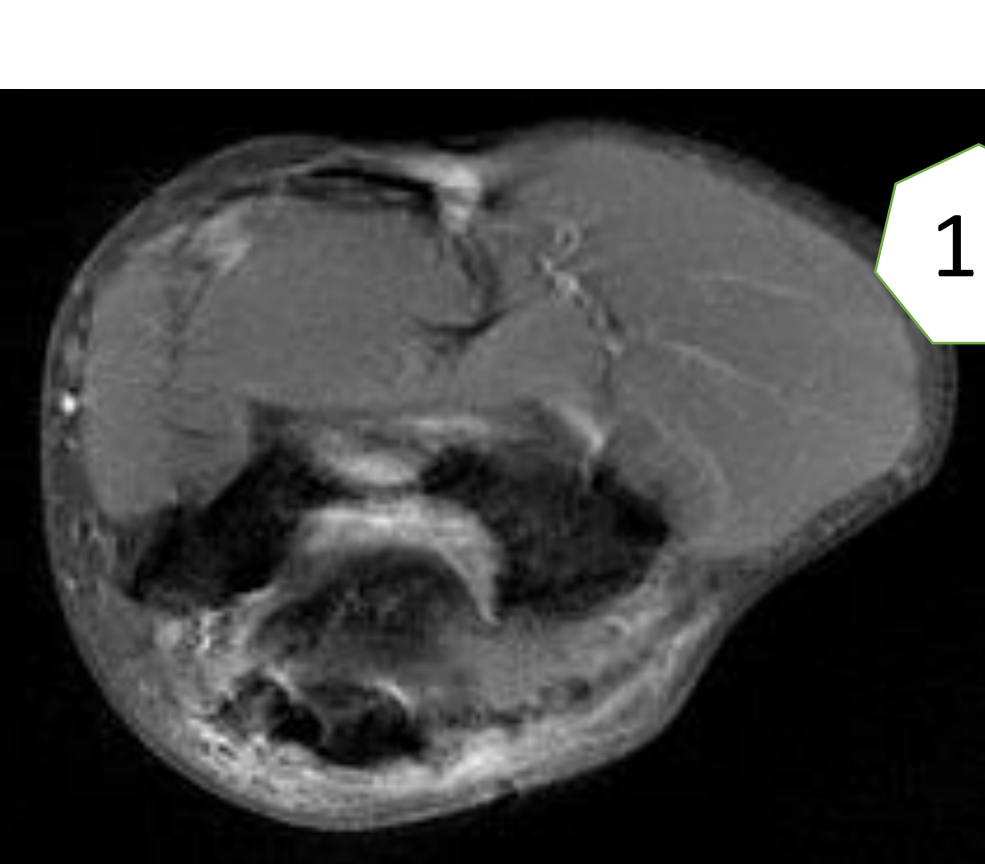
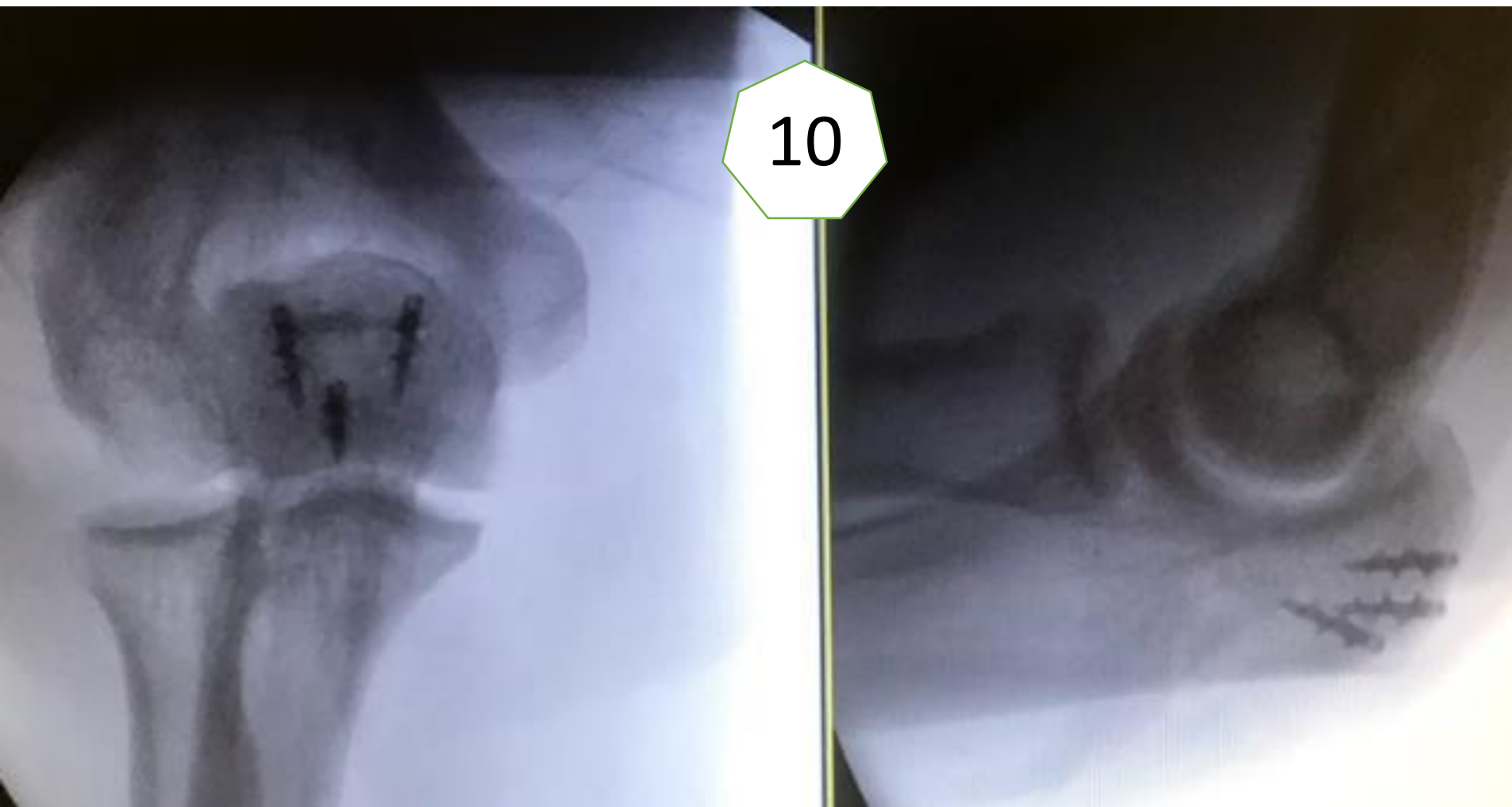
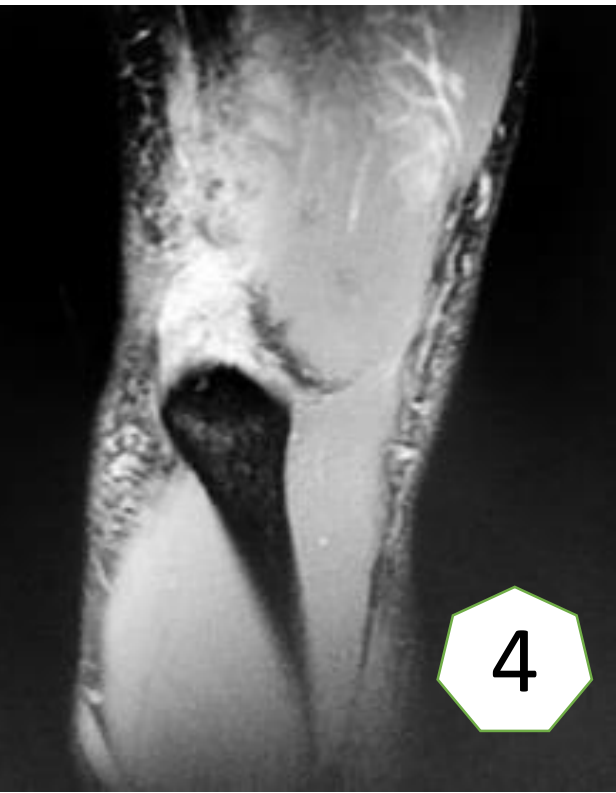
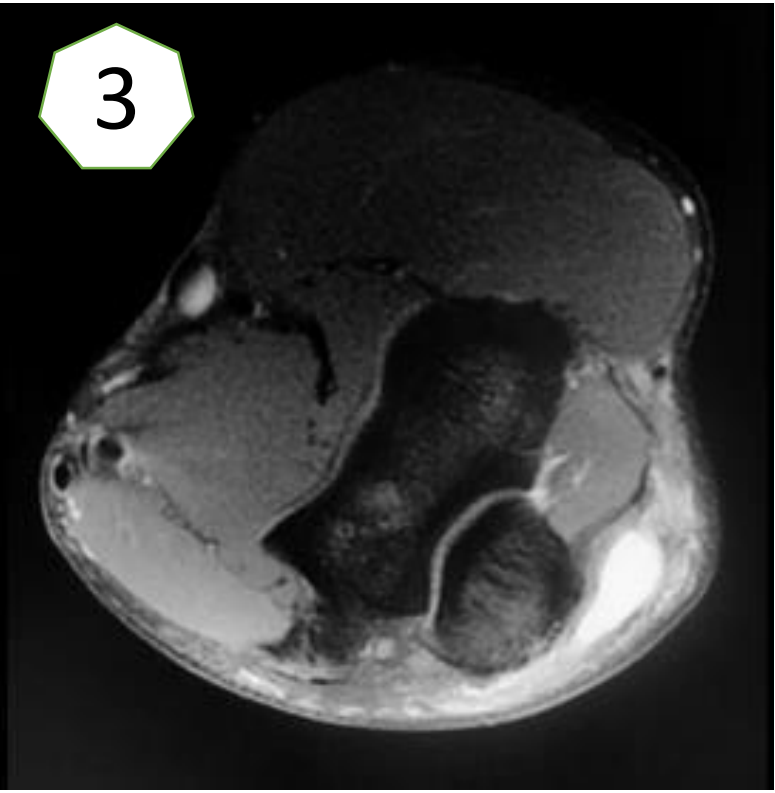
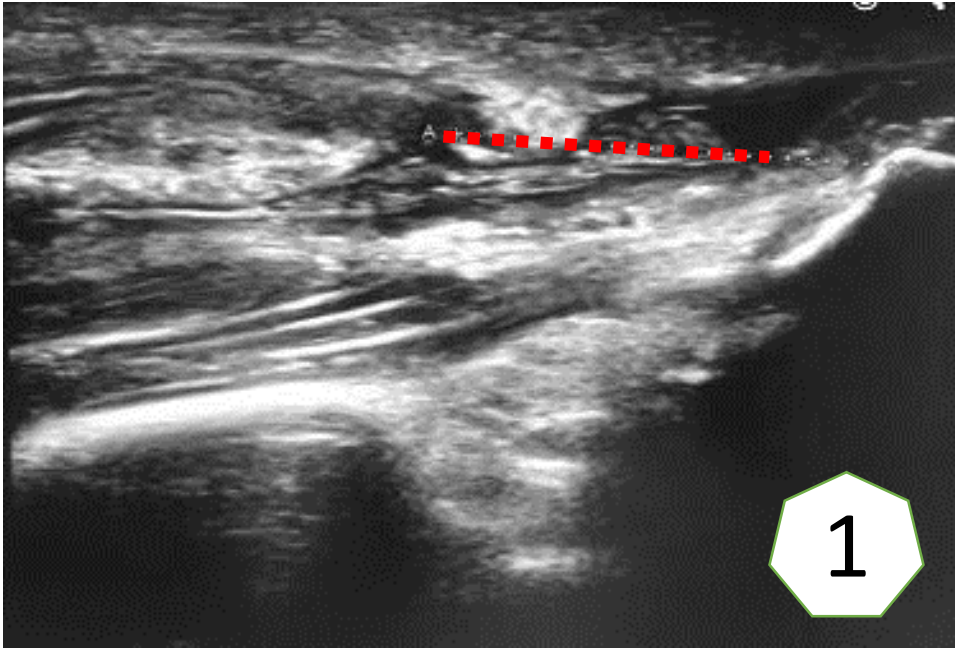
- Dolor a la palpación
- Signo de hachazo +
- Debilidad para la extensión de antebrazo contraresistencia y contragravedad

EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS: ECO y RNM (1-2-3-4)



MÉTODOS

- Inicialmente, se procedió al **desbridamiento de la fibrosis peritendón** (5) para poder identificar los bordes sanos del tendón nativo y posterior **medición del defecto tendinoso: 6cm.** (60° flex) (6-7)
- A continuación se prosiguió con la **preparación de la huella olecraneana** mediante desbridamiento de restos tendinosos, fresado de los bordes y realización de perforaciones hasta obtener un lecho sangrante.
- El injerto fue suturado proximalmente al tendón nativo mediante sutura continua no reabsorbible y distalmente se realizó un **anclaje mediante técnica en doble hilera transósea equivalente, a 60° de flexión de codo** (7-8)

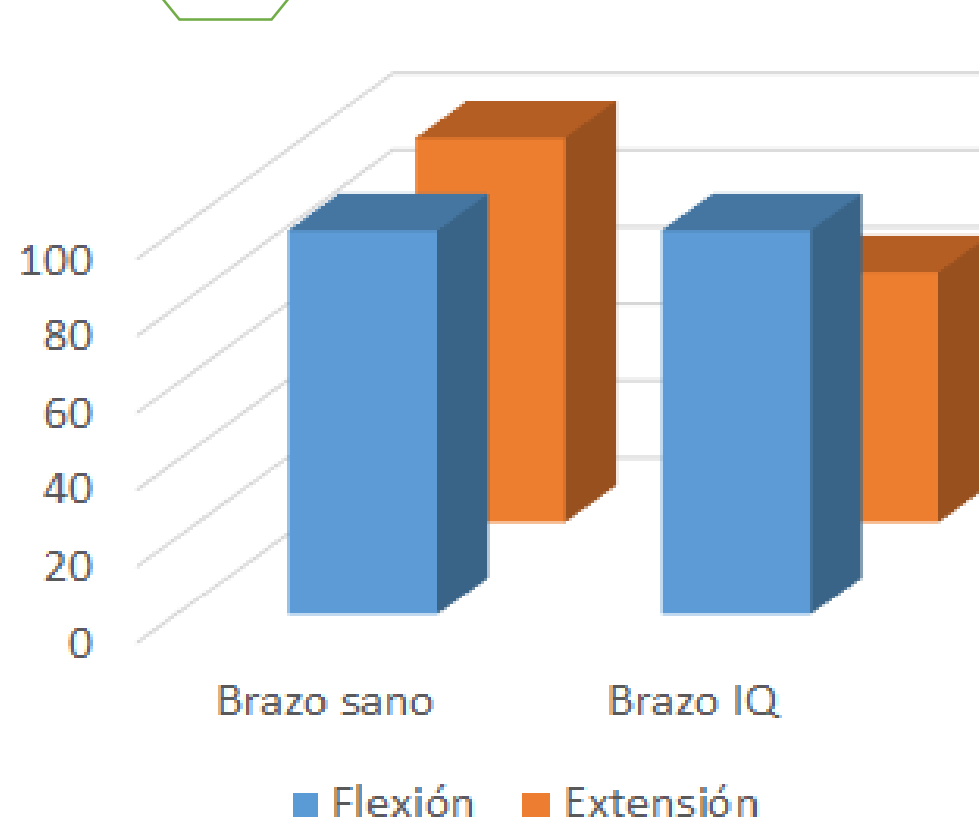


14

BALANCE ARTICULAR	DERECHO	IZQUIERDO (PLASTIA)
FLEXIÓN	131°	131°
EXTENSIÓN	0°	0°
SUPINACIÓN	80°	80°
PRONACIÓN	80°	80°

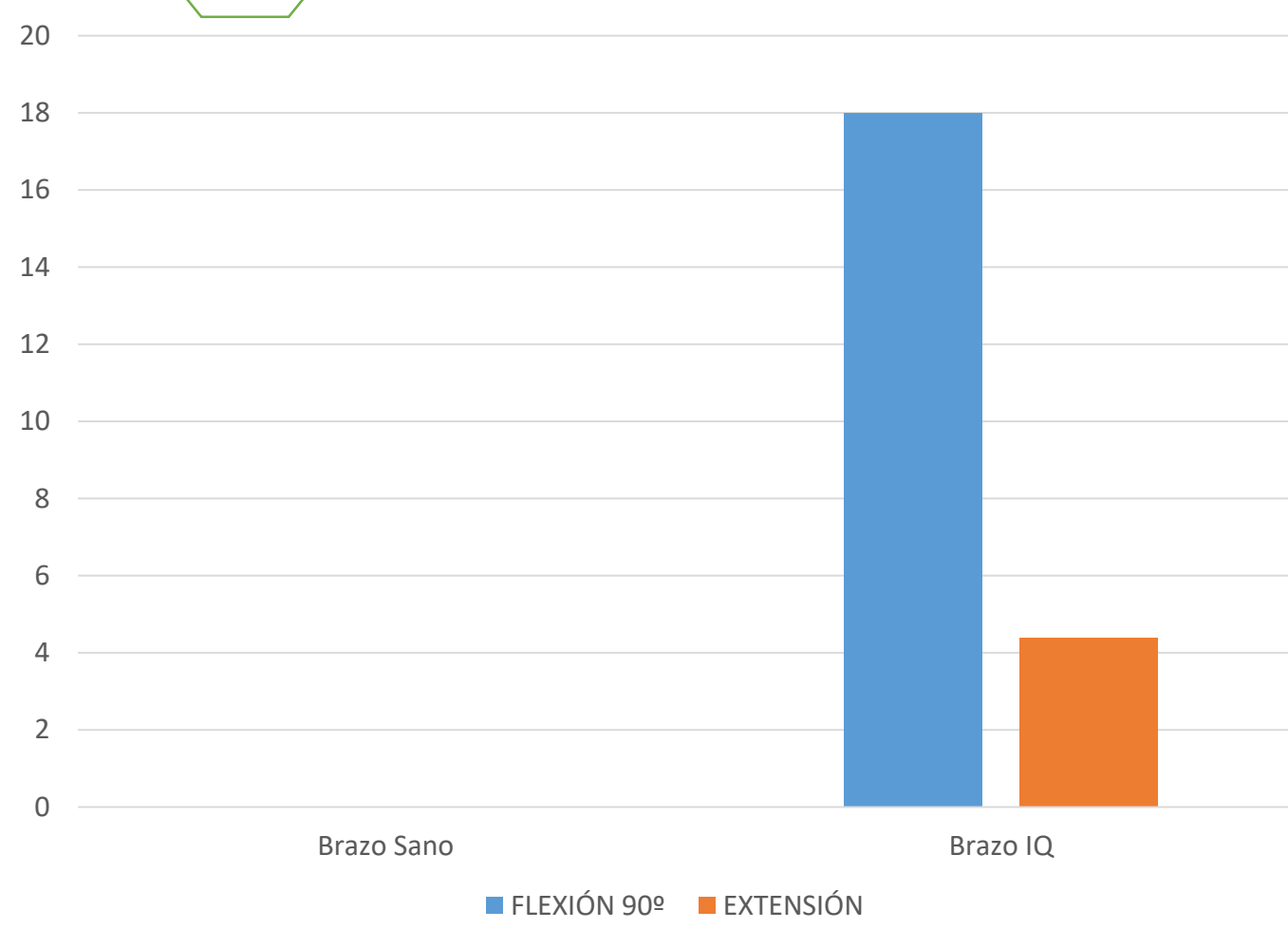
15

Balance Muscular



16

Índice de Pérdida de Fuerza



DISCUSIÓN

Hasta la fecha sólo existen 2 estudios comparativos sobre roturas del tríceps:

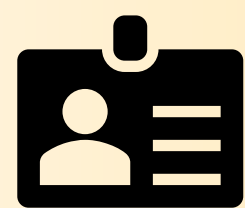
- **Van Riet et al** (1) 23 pacientes, compara la reparación in situ (14 pax) vs. la reconstrucción con aloinjerto (9 pax). **Conclusión:** ambas técnicas consiguen un BA funcional. En roturas > 3 semanas de evolución recomienda la reconstrucción con aloinjerto pero teniendo en cuenta que se debe avisar de una pérdida de fuerza pico y un menor retorno a las actividades previas.
- **Sánchez-Sotelo et al** (2) 7 pacientes, compara la reconstrucción con Flap de Anconeus vs Reconstrucción con aloinjerto de Aquiles en roturas crónicas. **Conclusión:** ambas técnicas tienen resultados excelentes en 6 pacientes (1 fracaso con Flap de Anconeus) y recomienda que en roturas con grandes defectos y tendones dañados la técnica de elección sea la Reconstrucción con aloinjerto.

Sólo existe un artículo publicado de características similares a las nuestras donde se publique los resultados obtenidos biomecánicamente y medición de fuerzas:

AUTORES	AÑO	PACIENTE	TÉCNICA	RESULTADOS
Nikolaidou et al (3)	2014	H, 28 años. Culturista	Reconstrucción con Tendón sintético "TOW"	BA completo. No pérdida de fuerza (18 meses)

BIBLIOGRAFÍA

1. R.P. van Riet, B. F. Morrey, E. Ho, S.W. O'Driscoll. "Surgical Treatment of distal triceps ruptures" *Journal of Bone and Joint Surgery A*, vol. 85, no. 10, pp. 1961-67, 2003.
2. J. Sanchez-Sotelo, B. F. Morrey. "Surgical Techniques for Reconstruction of chronic insufficiency of the triceps" *Journal of Bone and Joint Surgery A*
3. ME Nikolaidou, I. Banke, T. Laos, K. Petsogiannus, A. Mourikis. "Synthetic Augmented Suture Anchor Reconstruction for a Complete Traumatic Distal Triceps Tendon Rupture in a Male Professional Bodybuilder with Postoperative Biomechanical Assessment" *Case Reports in Orthopedics*. Vol 2014, 1-6, 2014.
1. M. Demirhan, A. Ersen. "Distal Triceps Ruptures". *EFORT Open Reviews* 2016;1:255-259.
2. Sollender JL, Rayan GM, Barden GA. "Triceps Tendon Ruptures in weightlifters". *J Shoulder Elbow Surg* 1998;7:151-3.
3. Yeh PC, Dodds SD, Smart LR, Mazzoca AD, Sethi PM. Distal Triceps Rupture. *J AM Acad Orthop Surg* 2010;18:31-40.



DATOS DE CONTACTO:
KARLA RGUEZ-BASCONES
doctorakarlalopez@gmail.com