

Rotura aguda del tendón distal del tríceps: ejercicio físico y uso de esteroides

Nogales Peláez, J; Del Monte Bello, G; Ortega Carnero, A

Complejo Hospitalario Universitario Badajoz, Hospital Asepeyo Coslada (Madrid)

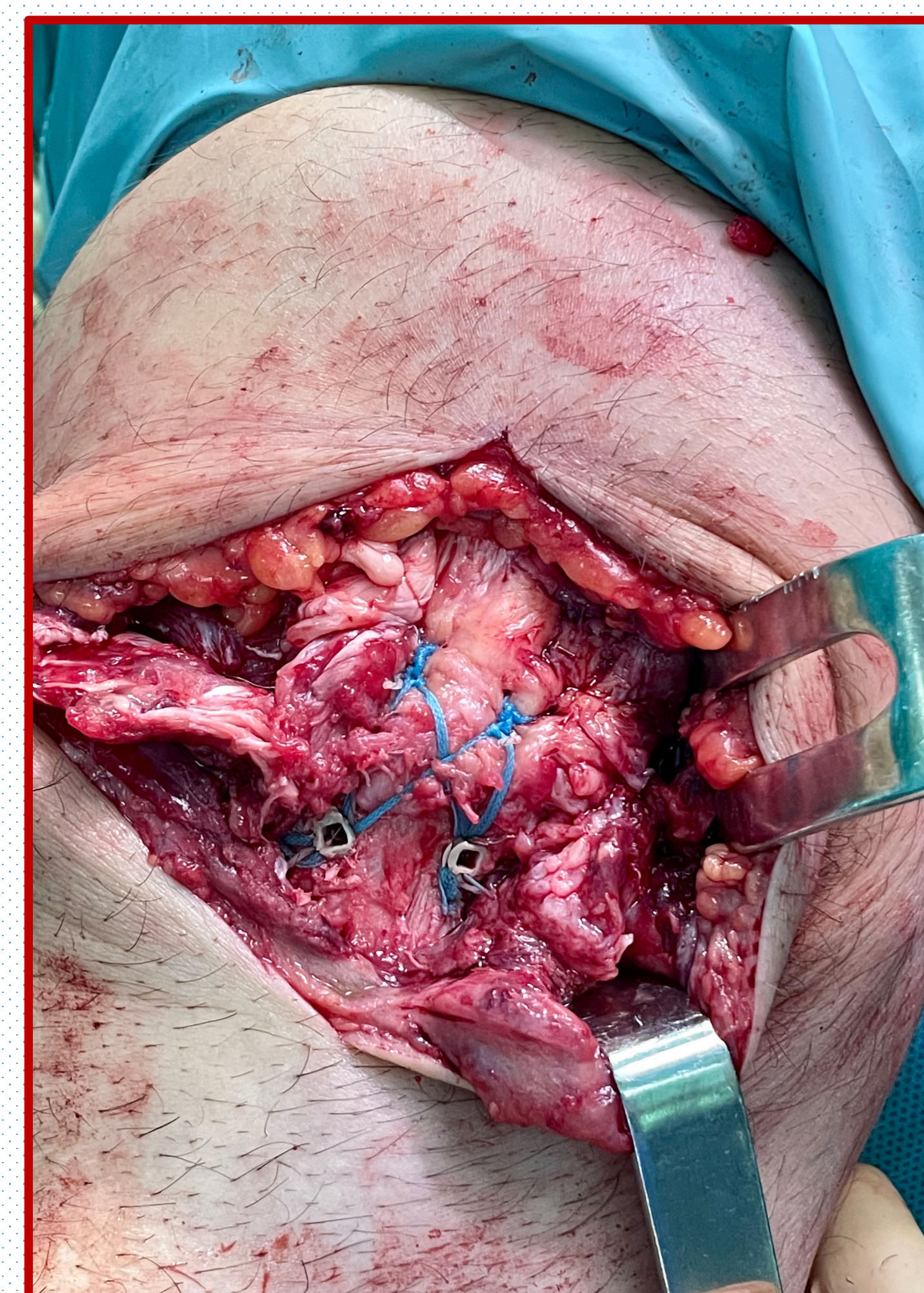
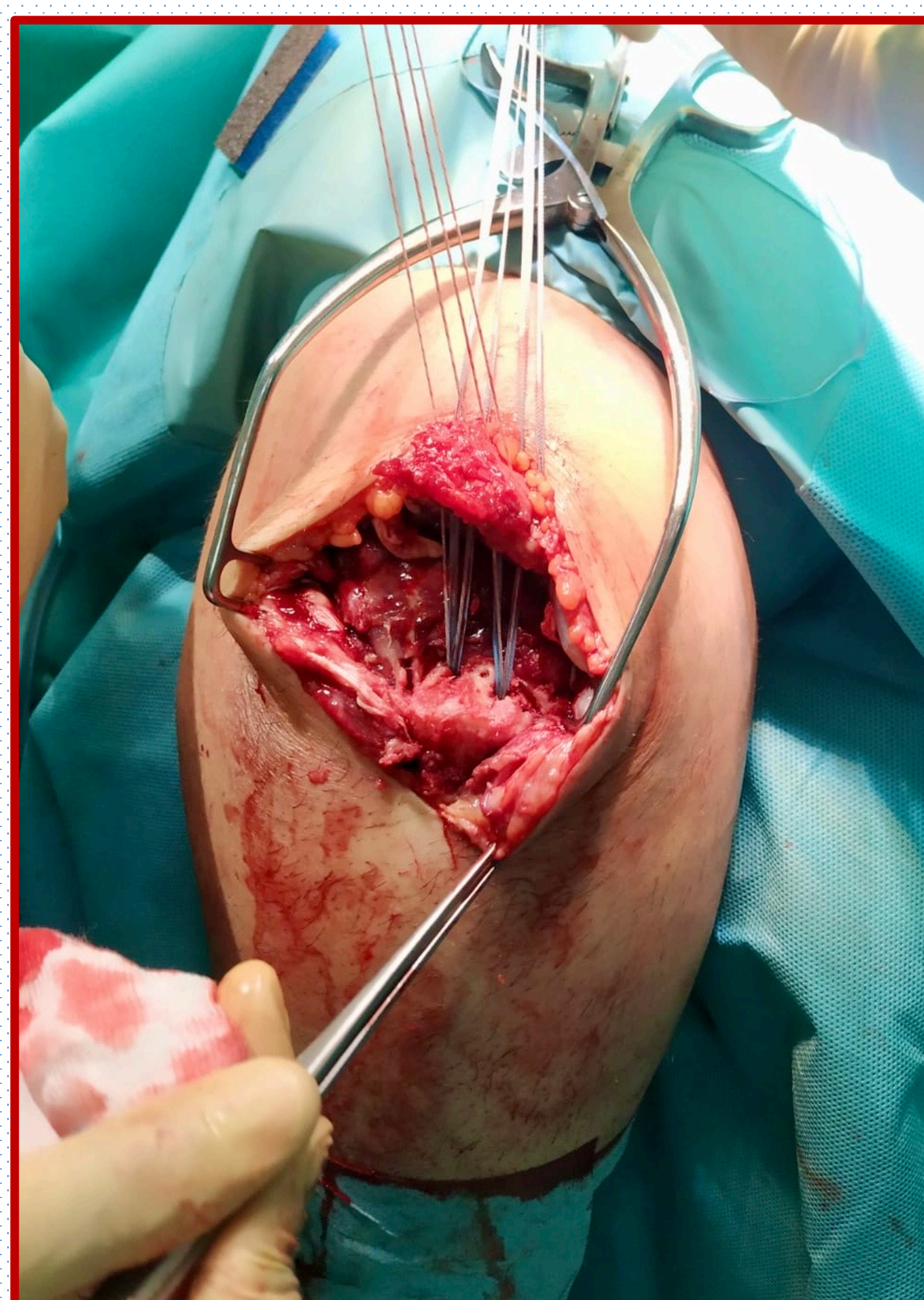
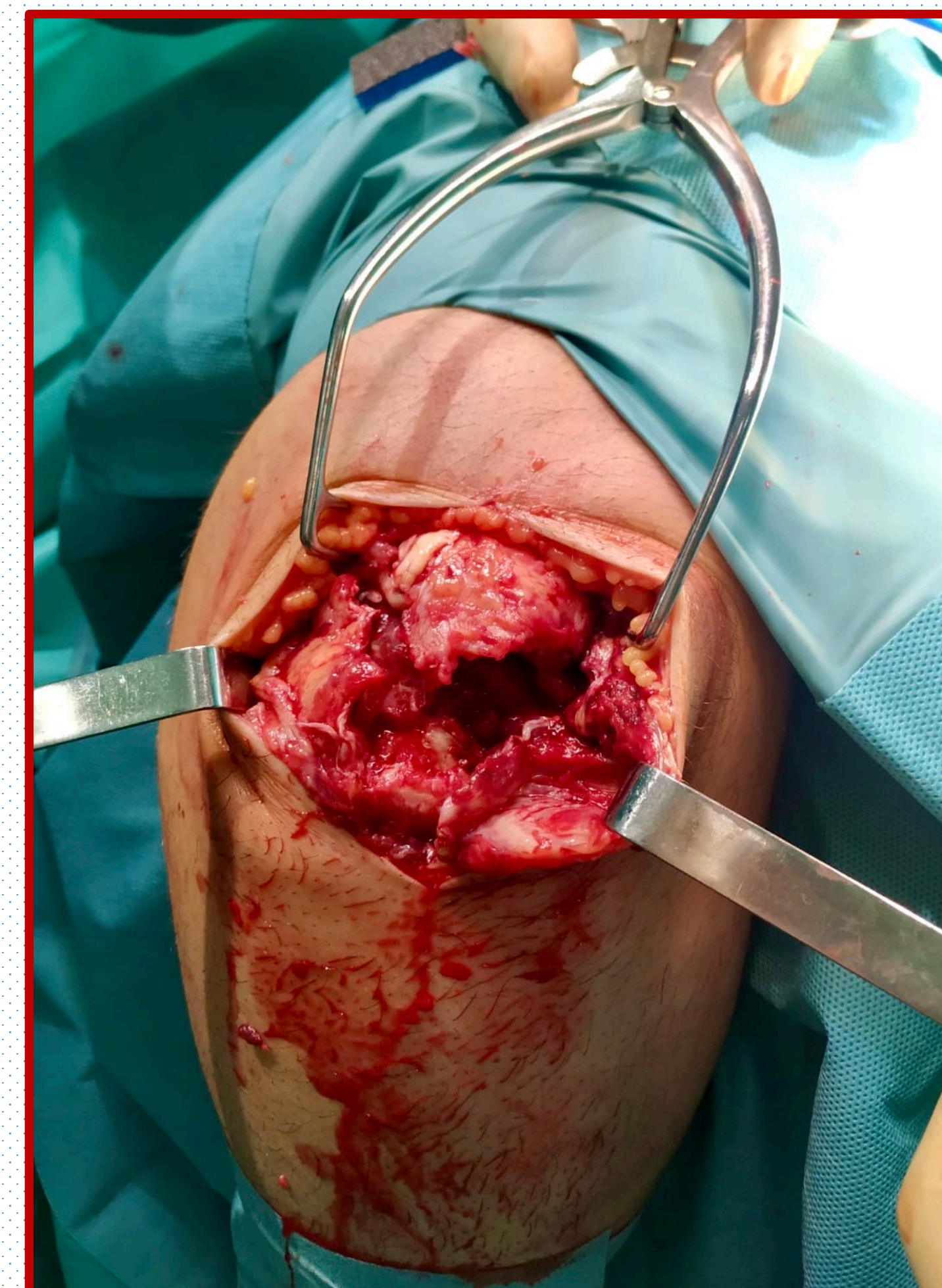
Introducción

La lesión del tendón distal del tríceps braquial está íntimamente relacionada con la actividad deportiva y el uso de anabolizantes. Aunque se trata de una entidad infrecuente, suele observarse en varones que practican culturismo, levantadores de peso y fútbol americano. Es importante un diagnóstico y tratamiento precoces, puesto que los resultados funcionales son excelentes en comparación con las rupturas crónicas

Material y métodos

Varón de 46 años, de profesión entrenador personal, cuyo antecedente de mayor interés es la toma de esteroides anabolizantes de forma esporádica. Sufre un fuerte dolor súbito tras sobreesfuerzo con sensación de desgarró en la cara posterior del codo y debilidad para la extensión activa. A la exploración se observa tumefacción y hematoma, gap a nivel olecraneano y la prueba de Thompson modificada por Viegas no constata extensión pasiva contragravedad. Con la ECO y RMN de codo se aprecia rotura completa del tendón distal del tríceps con un defecto de espesor completo de 2 cm y retracción del cabo proximal sin avulsión ósea.

Se propone intervención quirúrgica y se lleva a cabo, mediante un abordaje posterior en decúbito prono, una reinserción anatómica con implantes en configuración transósea equivalente más sutura de la fascia del ancóneo a la expansión lateral del tríceps. Se inmoviliza 2 semanas con férula en flexión de 45°. Posteriormente inicia ejercicios de movilidad autopasivos durante 4 semanas para finalizar con trabajos de fuerza activos



Resultados

A los 3 meses postcirugía presenta un BA activo de 140° de flexión y extensión -5° con discreta debilidad a la sollicitación contrarresistencia. 5 meses después retoma su práctica deportiva con normalidad

Conclusiones

La toma de esteroides degenera progresivamente el tejido y puede provocar su lesión. El diagnóstico es eminentemente clínico, aunque se puede apoyar de imágenes complementarias. Resulta fundamental tener en cuenta el mecanismo lesional y los antecedentes personales para no subestimar la lesión y que difiera el tratamiento quirúrgico. El pronóstico de las lesiones agudas con reparación anatómica de la huella es generalmente muy bueno