

LESIONES PROXIMALES Y DISTALES DEL TENDÓN DEL BÍCEPS BRAQUIAL: REVISIÓN CLÍNICA Y ECOGRÁFICA

PROXIMAL AND DISTAL BICEPS BRACHII TENDON INJURIES: CLINICAL AND ULTRASOUND REVIEW

INTRODUCCIÓN

El tendón del bíceps tiene unas características anatómicas especiales dado que proximalmente dispone de dos porciones tendinosas, una intraarticular y otra extraarticular que confluyen para formar un músculo con una inserción tendinosa distal única. En general, las roturas suceden de forma traumática en varones de edad media¹, cuando realizan un movimiento excéntrico con el codo en flexión, lo que habitualmente provoca un chasquido doloroso.

Sin embargo, mientras que las roturas del bíceps proximal son más frecuentes y requieren un tratamiento habitualmente conservador, las disrupciones del tendón distal son menos comunes y por el contrario requieren en general un tratamiento quirúrgico.

La ecografía de alta resolución se ha convertido en el método de elección para la evaluación de este tipo de lesiones tendinosas, permitiendo el diagnóstico inicial y facilitando al cirujano ortopédico la información necesaria que le permita decidir un tratamiento quirúrgico reparador. En el caso del tratamiento conservador, esta técnica será también muy útil para el seguimiento evolutivo y por lo tanto, para decidir el momen-

to exacto del retorno a la actividad laboral o deportiva.

En este artículo revisamos el examen ecográfico de los tendones del músculo bíceps braquial así como la patología que asienta en sus inserciones proximales y distales.

RECUERDO ANATÓMICO

El músculo bíceps braquial se encuentra junto al músculo coracobraquial y dispone de dos cabezas. La cabeza larga que es la más externa se origina en el tubérculo supraglenoideo del omóplato y pasa sobre la cabeza del húmero dentro de la cápsula, introduciéndose en el canal intertroquiteriano, hasta alcanzar las fibras musculares. Además el ligamento glenohumeral superior está implicado en los mecanismos de estabilización de la parte intraarticular de este tendón y desempeña un papel importante en la variedad de trastornos clínicos que ocurren dentro del intervalo de los rotadores². En muchos casos, existen variantes anatómicas en forma de cabezas accesorias en esta inserción proximal del tendón³.

Por otra parte, la cabeza corta es más interna y se origina en la apófisis coracoides junto al

Fernando Jiménez Díaz¹

Henry Goitz²

Antonio Bouffard²

¹Grupo de Investigación Actividad Física y Salud, Laboratorio de Rendimiento y Readaptación Deportiva Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Castilla la Mancha, Toledo, España
²Detroit Medical Center - Sports Medicine Institute, Detroit (MI) USA

CORRESPONDENCIA:

Fernando Jiménez Díaz
Laboratorio de Rendimiento y Readaptación Deportiva
Facultad de Ciencias del Deporte de la Universidad de Castilla la Mancha, Toledo, Universidad de Castilla la Mancha,
Avda. Carlos III s/n. C.P. 45071 Toledo, ESPAÑA
E-mail: josefernando.jimenez@uclm.es

Aceptado: 18.04.2011 / Revisión nº 233