CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

PATIENT INFORMATION — IN DEPTH

# Ruptura del bíceps distal

Ruptura del tendón distal del bíceps en el codo.

Kieran Hirpara 4.0

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

## Qué está sintiendo

La rotura del bíceps distal se produce en un único momento, no a lo largo de meses. Suele deberse a una fuerza repentina e inesperada que estira un brazo doblado a 90 grados, por ejemplo al atrapar algo pesado que se cae o al agarrar con fuerza mientras le tiran del brazo hasta estirarlo. Muchas personas sienten u oyen un chasquido en la parte frontal del codo cuando ocurre. Normalmente, el tendón se arranca de su punto de anclaje en uno de los huesos del antebrazo. Puede notar que la forma del músculo cambia, porque se recoge hacia arriba por el brazo y se abulta cerca de la mitad.

De inmediato, es probable que la parte frontal del codo le duela y esté hinchada. Los hematomas son frecuentes y pueden aparecer alrededor del codo y del antebrazo durante el día o los dos días siguientes. Doblar y girar el brazo duele, por lo que puede que se encuentre evitando levantar el hervidor, girar el pomo de una puerta o agarrar con firmeza el volante. Girar la palma hacia arriba contra resistencia, como al usar un destornillador, suele ser el movimiento más difícil. Algunas personas todavía pueden doblar el codo porque otros músculos ayudan a hacerlo, lo que puede hacer que la lesión parezca menos grave de lo que es.

En los primeros días y semanas, el dolor suele empeorar con el movimiento y puede doler por la noche. Va disminuyendo poco a poco a medida que el cuerpo empieza a cicatrizar alrededor del tendón roto. La hinchazón y los hematomas mejoran en un par de semanas, pero la pérdida de fuerza no se recupera por sí sola, porque el tendón se ha desprendido del hueso y no puede volver a fijarse por sí mismo en su lugar.

Algunas señales de alarma requieren actuar con rapidez. Acuda al servicio de urgencias el mismo día si la mano o los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azules, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento de la mano después de la lesión. Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si el dolor no disminuye, empeora con el paso de las semanas o le despierta por la noche.

**CQ HAND + UPPER LIMB**
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

## ¿Qué está ocurriendo realmente?

El músculo bíceps recorre la parte frontal del brazo y se convierte en un cordón fuerte, el tendón, justo antes del codo. Ese tendón se ancla en una pequeña protuberancia de uno de los huesos del antebrazo, el radio. Su función es girar el antebrazo para que la palma quede hacia arriba y ayudar a doblar el codo.

Cuando el tendón se rompe, se desprende de esa protuberancia del hueso y se retrae hacia arriba por el brazo. El músculo sigue sano, pero ya no está unido al hueso que mueve, por lo que su fuerza de tracción no llega a ninguna parte. Girar la palma hacia arriba es el movimiento que más se resiente, porque ningún otro músculo puede asumir esa función. Doblar el codo suele recuperarse mejor, porque un segundo músculo situado debajo del bíceps ayuda a hacerlo.

Piense en una cuerda anclada a un cabrestante. Si la cuerda se suelta del tambor, el motor del cabrestante sigue funcionando, pero nada gira. La cuerda no vuelve sola a su sitio ni se ata por sí misma. Hay que volver a fijarla.

Si se deja sin tratar, el extremo roto no vuelve a unirse al hueso en su lugar. En cambio, el espacio se rellena de tejido cicatricial, que mantiene las estructuras unidas pero no restablece la fuerza. La cirugía vuelve a fijar el extremo del tendón a su punto de anclaje original para que la unión pueda volver a cicatrizar de forma sólida.

La rotura suele producirse en el brazo dominante de hombres de entre cuarenta y sesenta y tantos años, la mayoría de las veces durante un único esfuerzo intenso con el brazo doblado y la palma hacia arriba, como al levantar pesas. El tendón casi siempre se arranca por completo del hueso en lugar de abrirse a lo largo, aunque también pueden producirse desgarros parciales en los que una parte del tendón sigue unida.

## Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, adapta el tratamiento a la lesión específica que usted presenta. Algunos desgarros del bíceps distal pueden tratarse sin operación, y otros necesitan cirugía poco después de producirse, por lo que es importante una valoración rápida. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En la clínica, tomamos su historia clínica, examinamos ambos codos y solicitamos estudios de imagen cuando resultan útiles. La radiografía es la primera prueba habitual, y una resonancia magnética puede confirmar si el tendón está roto y en qué medida.

La cirugía se recomienda desde el principio en caso de rotura completa, cuando el tendón se ha desprendido totalmente del hueso. Suele ser la opción adecuada para personas cuyo trabajo o deporte exige girar el antebrazo con fuerza, como los trabajadores manuales y los deportistas. La operación vuelve a fijar el tendón a su punto de anclaje original para que la fuerza y la función puedan recuperarse. La reparación con una pequeña fijación tipo botón restablece una fuerza y una función casi normales, y la cirugía tiene una baja tasa de complicaciones graves. La mayoría de los problemas leves después de la reparación son zonas de entumecimiento que mejoran con el tiempo. La reparación funciona mejor poco después de la lesión, idealmente en un plazo de unas 3 semanas, porque el tendón se retrae hacia arriba por el brazo y el espacio del que procede se llena de cicatriz. A

veces es posible una reparación tardía, pero es mucho más compleja y puede requerir un injerto de tendón para recuperar la longitud.

En el caso de un desgarro parcial, en el que una parte del tendón sigue unida, el tratamiento no quirúrgico es a veces una opción razonable. Consiste en dejar el brazo en reposo en un cabestrillo o una férula, proteger el desgarro mientras cicatriza y volver al movimiento por etapas con su terapeuta de la mano. Esta opción sacrifica algo de fuerza a cambio de evitar la cirugía, y ese equilibrio es una decisión compartida de verdad entre usted y nosotros. Si la debilidad al girar la palma hacia arriba no fuera aceptable para su trabajo o su vida diaria, la cirugía puede convenirle más.

Sea cual sea la opción que elija, las primeras semanas tienen los mismos aspectos básicos. Control del dolor, protección del brazo mientras cicatriza y terapia de la mano en el momento adecuado. Después de la cirugía, su terapeuta de la mano dirige su recuperación y le confecciona cualquier férula que necesite; la rehabilitación con Ruby Doolan en Extend Rehabilitation comienza poco después de la operación, y el movimiento suave temprano se tolera bien.

## Qué esperar

La recuperación tras una rotura del bíceps distal es un proceso lento y progresivo, no una solución rápida. El tendón necesita tiempo para volver a unirse al hueso, y la fuerza se recupera poco a poco a lo largo de meses, no de días. En las primeras semanas, el objetivo es proteger el brazo mientras cicatriza, y el dolor y la hinchazón van disminuyendo de forma muy parecida a como lo hicieron en los primeros días tras la lesión.

Si se opera, la mayoría de las personas vuelven al trabajo sin ningún cambio en sus funciones, y el tiempo medio hasta la vuelta al trabajo es de unas 14 semanas. El deporte lleva más tiempo. Alrededor del 95 % de los deportistas vuelven a practicar su deporte, y el 82 % recupera el nivel de competición que tenía antes de la lesión, hacia las 40 semanas según el deporte. La fuerza para doblar y girar el brazo puede recuperar niveles casi normales. Algunas personas notan una pequeña diferencia en comparación con el brazo antes de la lesión, sobre todo con giros repetidos.

Si su desgarro se trata sin cirugía, el brazo se deja en reposo en un cabestrillo o una férula mientras cicatriza, y usted recupera el movimiento por etapas con su terapeuta de la mano. Esta opción deja cierta debilidad permanente al girar la palma hacia arriba, que es el equilibrio del que se habló antes en esta página.

La mayoría de las personas se recuperan bien, pero es honesto saber qué puede salir mal. Los principales riesgos después de la reparación son la lesión nerviosa, que la mayoría de las veces es una zona de entumecimiento que mejora con el tiempo, la rigidez del codo y una nueva rotura de la reparación. La probabilidad de que la reparación vuelva a romperse es baja, del 1,5 %, y cuando ocurre suele ser dentro de las 3 semanas posteriores a la cirugía. A veces puede formarse hueso nuevo a través del antebrazo que limita el giro, aunque cuando esto ocurre la fuerza puede mantenerse sin ninguna diferencia medible.

Algunas señales requieren actuar con rapidez. Acuda al servicio de urgencias el mismo día si la mano o los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azules, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento de la mano después de la lesión. Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si el dolor o la rigidez no disminuyen, empeoran con el paso de las semanas o le impiden usar el brazo.

**CQ HAND + UPPER LIMB**
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

# ¿Cuándo consultar a un especialista?

Busque atención urgente si el brazo se ve claramente deformado, si hay una herida abierta sobre la lesión o si no puede usar la extremidad en absoluto. Acuda al servicio de urgencias el mismo día si la mano o los dedos se ponen pálidos, fríos, blancos o azules, o si pierde de repente la sensibilidad o el movimiento de la mano después de la lesión. Estas señales se explican antes en esta página.

Para todo lo demás, empiece por su médico de cabecera. Consulte a su médico de cabecera o solicite una valoración por un especialista si el dolor no disminuye, o si la hinchazón, la movilidad o la fuerza no mejoran semana tras semana a medida que avanza la cicatrización. Un chasquido repentino en la parte frontal del codo con un cambio en la forma del músculo merece una valoración sin demora, porque la reparación funciona mejor en un plazo de unas 3 semanas tras la lesión.

# En profundidad

Esta sección va más allá de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La rotura del bíceps distal merece una lectura adicional, pues es una de las pocas lesiones de este sitio en las que la cirugía restaura de forma demostrable algo que la curación sin ella no recupera; esto hace que el equilibrio entre beneficios y riesgos sea inusualmente concreto, y que las cifras de complicaciones resulten inusualmente relevantes.

### EN ESTE CASO, LA CIRUGÍA SÍ MODIFICA LA FUNCIÓN

En la mayoría de las comparaciones publicadas en este sitio se concluye que “no hay diferencia significativa”; esta no. Al analizar a **2,481** pacientes, el tratamiento quirúrgico arrojó **mejores resultados en cuanto a la fuerza y resistencia del codo y el antebrazo**, además de puntuaciones superiores en las escalas DASH y Mayo Elbow Performance, en comparación con el tratamiento no quirúrgico [1].

La razón es de índole anatómica, no estadística. El bíceps distal es el principal supinador del antebrazo, es decir, el músculo encargado de girar la palma de la mano hacia arriba contra resistencia. Cuando el tendón se desprende del radio, se retrae hacia arriba por el brazo y el músculo ya no puede generar ese movimiento de rotación, independientemente de lo que cicatrice a su alrededor. La flexión del codo cuenta en parte con el apoyo del músculo braquial, por lo que esta función se recupera razonablemente bien; sin embargo, no existe ningún músculo equivalente para la supinación.

Por eso la pérdida funcional se manifiesta con mayor claridad en la **resistencia**, más que en un único esfuerzo máximo. Giro repetido de la mano, uso de un destornillador, manipulación de una manija o manejo del volante durante un largo trayecto son situaciones en las que esta diferencia se percibe claramente.

### LA TASA DE COMPLICACIONES CONSTITUYE EL OTRO FACTOR CLAVE PARA LA DECISIÓN

Una intervención quirúrgica que restaura de manera fiable la fuerza sigue siendo una operación, y esta en particular cuenta con un perfil de complicaciones bien definido. En el análisis más amplio, que incluyó a **3,091** pacientes, **la tasa de complicaciones graves fue del 4,6%** [2].

**CQ HAND + UPPER LIMB**
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

La mayoría de las complicaciones son leves y temporales; el entumecimiento en la parte posterior del antebrazo, causado por la tracción sobre un pequeño nervio sensorial, es el más frecuente y suele resolverse por sí solo. Las complicaciones graves, en cambio, determinan la elección de la técnica quirúrgica: lesión nerviosa permanente, osificación heterotópica (formación de hueso nuevo a través del antebrazo que limita la rotación) y re-ruptura.

## DOS ABORDAJES, Y LA DISYUNTIVA ES REAL

La reparación se realiza ya sea mediante una única incisión en la parte anterior del codo o mediante dos incisiones más pequeñas, una en la parte anterior y otra en la posterior. Ambas llegan al mismo hueso desde direcciones distintas, y cada una evita un riesgo diferente.

En **2,622** pacientes no se observaron **diferencias significativas en las puntuaciones funcionales**. El enfoque de una sola incisión permitió mayor amplitud de movimiento en flexión y pronación, además de **menor riesgo de osificación heterotópica y reoperación**; en cambio, el enfoque de dos incisiones resultó más favorable en otros aspectos [3]. Un metaanálisis de 2025 realizado con **2,833** pacientes arrojó resultados similares: la incisión única se asoció con mejor función objetiva y menos complicaciones estructurales, mientras que la incisión doble implicó **menor riesgo de ciertas lesiones de nervios sensoriales** [4].

En conjunto, la elección se reduce a optar entre proteger el nervio situado en la parte anterior o el hueso en la posterior. Ninguno de los dos enfoques es incorrecto, y ambos grupos de autores abogan por la realización de ensayos aleatorizados de mayor calidad antes de dar por resuelta la cuestión.

## ¿POR QUÉ EL MOMENTO EN QUE SE ACTÚA ES MÁS IMPORTANTE QUE EN OTROS CASOS?

Dado que el tendón se retrae y el espacio que ocupaba queda cicatrizado, toda demora dificulta su reinserción; cuando ya no es posible la reparación directa, se hace necesaria la reconstrucción mediante injerto. Esta es la razón práctica por la cual una ruptura distal del bíceps se trata con mayor urgencia que la mayoría de las lesiones tendinosas. También explica por qué un “chasquido” doloroso y repentino en la parte anterior del codo, acompañado de un cambio visible en la forma del músculo, merece una evaluación inmediata en lugar de esperar para observar su evolución.

El tratamiento no quirúrgico sigue siendo una opción válida, especialmente para personas cuyo brazo no se somete a grandes demandas y para quienes no necesitan realizar movimientos de supinación repetidos y con mucha fuerza. Se trata de una decisión consciente de aceptar una disminución medible de la función, no una versión menor del mismo resultado.

## REFERENCIAS

[1] Looney AM, Day J, Bodendorfer BM, Wang D, Fryar CM, Murphy JP, et al. Tratamiento quirúrgico versus no quirúrgico de las rupturas del bíceps distal: una revisión sistemática y metaanálisis. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(4):e169-e189. https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.12.001

[2] Amarasooriya M, Bain GI, Roper T, Bryant K, Iqbal K, Phadnis J. Complicaciones tras la reparación del tendón del bíceps distal: una revisión sistemática. Am J Sports Med. 2020;48(12):3103-11. https://doi.org/10.1177/0363546519899933

**CQ HAND + UPPER LIMB**
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au

[3] Castioni D, Mercurio M, Fanelli D, Cosentino O, Gasparini G, Galasso O. Técnica de incisión única versus doble para el tratamiento de las rupturas del tendón del bíceps distal: una revisión sistemática y metaanálisis de estudios comparativos. Bone Joint J. 2020;102-B(12):1608-17. https://doi.org/10.1302/0301-620X.102B12.BJJ-2020-0822.R2

[4] Awad G, Boutros M, Hajj Youssef M, Elhassan B. Comparación entre las técnicas de incisión única y doble en la reparación del tendón del bíceps distal: una revisión sistemática y metaanálisis. Shoulder Elbow. 2025. https://doi.org/10.1177/17585732251399838

**CQ HAND + UPPER LIMB**
Dr Kieran Hirpara — Specialist Orthopaedic Surgeon
Suite 2, Level 1, Mater Private Hospital Rockhampton, 31 Ward Street, The Range, QLD 4700
Phone 07 4863 6556 · office@cqupperlimb.com.au · cqupperlimb.com.au