

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 tendón del bíceps distal ocurre de forma repentina, no a lo largo de meses. Generalmente sucede cuando el brazo extendido soporta de golpe una carga pesada o recibe un tirón brusco, mientras el codo está doblado en ángulo recto. Puede ocurrir al intentar sostener algo pesado, o al apoyarse en el brazo para no caerse. Muchas personas sienten o escuchan un chasquido o “pop” en la parte frontal del codo en ese momento.

De inmediato, la parte frontal del codo se vuelve dolorosa. En el transcurso del día siguiente suelen aparecer hinchazón y hematomas. El músculo bíceps puede abultarse en la zona media del brazo, ya que el tendón que lo fija cerca del codo se ha desprendido del hueso. Es probable que evite usar ese brazo; además, las actividades cotidianas que requieren rotar el antebrazo —como girar un picaporte, usar un destornillador o verter líquido de una tetera— le resultarán débiles o incómodas.

En los primeros días y semanas, el dolor suele intensificarse al mover el codo, e incluso puede impedirle dormir por la noche. Con el paso de las semanas, el dolor disminuye a medida que el cuerpo inicia el proceso de curación. Sin embargo, la debilidad para girar y levantar objetos persiste hasta que el tendón se repara y fortalece nuevamente.

Esta lesión es mucho más frecuente en hombres que en mujeres; suele ocurrir entre los 40 y 60 años, y casi siempre afecta al brazo dominante. Las mujeres representan un porcentaje reducido de casos; cuando sufren esta lesión, suele tratarse de un desgarro parcial, en el que solo una parte del tendón resulta dañada, en lugar de una rotura completa.

Si el desgarro es parcial, los síntomas pueden ser más leves y difíciles de identificar. En estos casos, los estudios de imagen resultan útiles. La resonancia magnética muestra claramente una rotura completa, y también sirve para descartarla. No obstante, su precisión disminuye en casos de desgarros parciales; por ello, su cirujano

combinará los resultados de la resonancia con su historia clínica y el examen físico para determinar exactamente qué parte del tendón se ha dañado.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El bíceps es el músculo situado en la parte frontal del brazo. Un fuerte cordón llamado tendón lo fija a una pequeña protuberancia ósea cerca del codo, en la cara interna del hueso del antebrazo. En una ruptura, ese tendón se desprende del hueso. Por lo general, se separa completamente del hueso, aunque a veces se rompe dentro del propio tendón o más arriba, donde este se une al músculo.

El bíceps tiene dos funciones principales: flexionar el codo y girar el antebrazo de modo que la palma de la mano quede orientada hacia arriba, como al girar un destornillador o un pomo de puerta. Es en este movimiento de torsión donde realiza su mayor esfuerzo. Cuando el tendón desaparece, el músculo no tiene nada a lo que tirar. Imagínese una cuerda atada a una puerta pesada: si la cuerda se rompe en el punto de anclaje, tirar con más fuerza del extremo suelto no moverá la puerta. Por eso la torsión resulta débil y el músculo se abulta en el brazo, sin ningún anclaje que lo mantenga cerca del codo.

El tendón no vuelve a crecer y unirse al hueso por sí solo. Una vez que se ha desprendido, se retrae hacia la parte superior del brazo y la separación no se cierra de forma espontánea. Si no se interviene, la debilidad en la torsión suele persistir. Por ello se suele optar por la reparación quirúrgica: la cirugía vuelve a fijar el tendón al hueso para que pueda cicatrizar en su sitio y recuperar su función de tracción.

La rotura parcial es distinta: solo una parte del tendón se ha roto, por lo que parte de su anclaje sigue intacto. Las fibras restantes pueden irritarse al rozar contra el hueso cercano; por eso las roturas parciales a veces provocan molestias continuas en lugar de una debilidad repentina.

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. 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 esa primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su codo y solicitamos estudios de imagen cuando resulten útiles.

Algunos desgarros son parciales, es decir, solo una parte del tendón resulta dañada. En estos casos, es posible que recomendemos primero un tratamiento no quirúrgico: un cabestrillo o férula para mantener el brazo en reposo, analgésicos durante las primeras semanas y fisioterapia en el momento adecuado para recuperar fuerza y movilidad. El tratamiento no quirúrgico para desgarros parciales resulta eficaz en aproximadamente el 47% de los pacientes, y la terapia inyectiva brinda el alivio más rápido. Si esto no produce mejoría suficiente, la cirugía sigue siendo una opción viable para los desgarros parciales.

En el caso de una ruptura completa, el tendón se ha desprendido totalmente del hueso y no se volverá a unir por sí solo. Por lo general, recomendamos la cirugía desde el principio, especialmente si usted es una persona activa,

realiza trabajo físico o desea volver a practicar deportes. La intervención consiste en volver a fijar el tendón al hueso para que cicatrice en su posición original y recupere su función. En la medida de lo posible, la reparación se realiza dentro de las 2 semanas posteriores a la lesión; sin embargo, incluso si la intervención se retrasa más de 21 días, se pueden obtener resultados funcionales similares. La decisión se toma en conjunto: algunas personas prefieren evitar la cirugía, y analizaremos con usted qué implicaciones tendría eso para su fuerza y sus actividades diarias antes de decidir.

Independientemente del camino que elija, las primeras semanas son parecidas en ambos casos. Los analgésicos le mantendrán cómodo mientras el cuerpo se recupera. Se protege el brazo y se sigue un programa gradual de movilización mediante fisioterapia. Tras la reparación, el movimiento temprano se tolera bien, y la mayoría de los pacientes recuperan casi toda la amplitud de movimiento, así como fuerza y funcionalidad.

Qué esperar

La cicatrización comienza en el momento en que se reanuda la continuidad del tendón; en el caso de algunos desgarros parciales, ocurre una vez que el brazo ha sido mantenido en reposo y protegido. Las primeras semanas se centran en el confort y la protección: alivio del dolor, uso de un cabestrillo o férula, y movimientos suaves según lo indique el cirujano. Tras la reparación, el movimiento temprano se tolera bien, y la mayoría de las personas recuperan casi toda la amplitud de movimiento.

El regreso al trabajo ocurre antes que el retorno al deporte. La mayoría vuelve a su puesto laboral; el 89 % regresa sin necesidad de modificar sus funciones. Esto suele suceder en un promedio de 14 semanas. Para volver al deporte se necesita más tiempo: alrededor del 95 % de los pacientes vuelven a practicar deporte, y el 82 % recupera el nivel que tenía antes de la lesión. Generalmente esto ocurre a las 40 semanas, dependiendo del tipo de deporte.

También se recupera la fuerza. La reparación permite recuperar una fuerza casi normal para flexionar el codo y rotar el antebrazo. Si la reparación se realiza después de un retraso superior a 21 días, aún se pueden esperar resultados funcionales similares a los obtenidos con reparaciones tempranas.

La cirugía conlleva ciertos riesgos que conviene conocer. El más frecuente es la irritación nerviosa cerca del codo; afecta a aproximadamente el 3 % de los casos de reparación mediante una sola incisión y suele resolverse por sí sola. Existe la posibilidad de que el tendón se vuelva a desgarrar; esto ocurre en el 1,5 % de las reparaciones y casi siempre dentro de las primeras 3 semanas, motivo por el cual es fundamental proteger el brazo durante ese período. Algunas personas desarrollan rigidez y requieren tratamiento adicional para recuperar la movilidad del codo. En total, alrededor del 5 % de las reparaciones presentan alguna complicación grave.

Si usted y su cirujano optan por un tratamiento no quirúrgico para un desgarro parcial, el objetivo es lograr confort y funcionalidad mientras las fibras tendinosas restantes realizan su labor. Como ya se mencionó, este enfoque funciona para algunas personas pero no para todas; la cirugía sigue siendo una opción si no se logran los resultados deseados.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a urgencias si su brazo parece deformado o fuera de su forma normal, si hay una herida abierta, si siente entumecimiento u hormigueo, o si no puede utilizar la extremidad en absoluto. Estos síntomas requieren evaluación inmediata.

De lo contrario, comience por consultar a su médico de cabecera. Solicite una valoración especializada si el dolor no mejora, o si la hinchazón, la movilidad y la capacidad para realizar actividades cotidianas no muestran mejoría semana tras semana durante el proceso de curación. Una rotura que no evoluciona como debería es más fácil de tratar si se detecta a tiempo; su médico de cabecera podrá gestionar la derivación y, si es necesario, solicitar estudios de imagen.

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 en esa zona en las que la cirugía logra restaurar algo que no se recupera mediante la curación espontánea; esto hace que la relación costo-beneficio sea especialmente clara y que las cifras de complicaciones resulten sumamente 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 es el caso. 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, este se retrae hacia el brazo, impidiendo que el músculo genere ese movimiento de rotación, independientemente de lo que se repare a su alrededor. La flexión del codo sí cuenta 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].

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 en el antebrazo que limita su movilidad) y re-ruptura.

DOS ENFOQUES, Y EL EQUILIBRIO ENTRE ELLOS ES REALMENTE IMPORTANTE

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 de un resultado menos grave del mismo problema.

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>

[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>