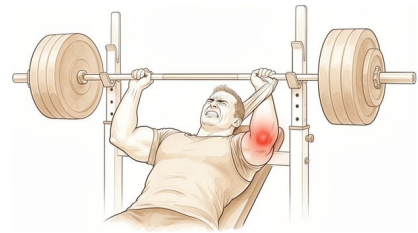


Ruptura distal del tendón del tríceps

Ruptura distal del tríceps: el tendón del tríceps se desgarran en la parte posterior del codo, generalmente durante una fuerza de empuje intensa o una caída.

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

El tríceps es el músculo grande que se encuentra en la parte posterior del brazo. Su tendón se fija en la punta del codo (el olécrano) y es el encargado de permitir que usted estire el brazo. Cuando ese tendón se desprende del hueso, la lesión suele ocurrir en un solo instante: a menudo al caerse sobre la mano extendida, o al levantar o empujar algo pesado que de repente cede.

En el momento de la lesión, es posible sentir un dolor agudo o un “chasquido” en la parte posterior del codo. Posteriormente, esa zona se hincha y presenta hematomas; además, la zona posterior del codo se vuelve sensible al tacto. El signo más revelador es la debilidad al intentar estirar el brazo contra la gravedad o alguna resistencia: abrir una puerta, levantarse de una silla o realizar levantamientos por encima de la cabeza pueden resultar difíciles o imposibles. En ocasiones, usted (o su médico) puede percibir una especie de hendidura o depresión en el tendón, justo por encima de la punta del codo. Si solo una parte del tendón se ha desgarrado, es posible que aún conserve cierta capacidad para estirar el brazo, aunque seguirá sintiendo dolor y debilidad.

Se trata de una lesión poco frecuente (el tríceps es el tendón del cuerpo que menos se rompe), y eso explica en parte por qué a veces no se detecta en la primera evaluación.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El tendón del tríceps se ha desprendido, parcial o totalmente, de su inserción en el olécranon. Un desgarramiento completo significa que el músculo ya no está firmemente unido al hueso, por lo que la fuerza que genera no puede transmitirse para estirar el codo. Un desgarramiento parcial deja algunas fibras adheridas, de modo que aún se conserva cierta fuerza.

Estos desgarros ocurren casi siempre cuando el tendón soporta carga mientras el músculo se contrae con fuerza: por ejemplo, cuando el brazo se ve obligado a doblarse justo en el momento en que se intenta estirarlo o mantenerlo recto. Hay varios factores que aumentan la probabilidad de que el tendón se rompa: es mucho más frecuente en hombres, especialmente en quienes levantan pesas; el uso de esteroides anabólicos debilita los tendones y constituye un riesgo reconocido; además, las inyecciones de esteroides alrededor del codo, la bursitis recurrente del olécranon y ciertas enfermedades médicas, como la insuficiencia renal crónica, pueden hacer que el tendón sea más frágil. En ocasiones, un pequeño fragmento óseo se desprende junto con el tendón; esto, de hecho, ayuda a los médicos a confirmar el diagnóstico mediante radiografía.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara es cirujano de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton y dirige nuestro enfoque para el tratamiento de esta afección. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido que nos consulte, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. Comenzamos con una evaluación clínica que incluye la historia clínica, el examen físico y, cuando es necesario, estudios por imagen, para establecer el diagnóstico.

El primer paso es confirmar el diagnóstico. Además del examen físico, se realiza una radiografía para buscar esa característica “esquirla” ósea; asimismo, se suele emplear ecografía o resonancia magnética para determinar si el desgarró es parcial o completo y hasta qué punto el tendón se ha retraído.

El tratamiento depende, entonces, de la extensión del desgarró tendinoso y del grado de uso que usted haga del brazo:

- En el caso de **desgarros parciales pequeños** (menos de la mitad del tendón) en personas con bajas exigencias físicas, a menudo se puede tratar sin cirugía: se utiliza una férula con el codo ligeramente flexionado durante un tiempo, seguido de una recuperación gradual de la movilidad y el fortalecimiento muscular.
- Los **desgarros completos**, los desgarró parciales que provocan debilidad, y aquellos que se presentan en personas activas o con alta demanda física se tratan mejor mediante cirugía para volver a fijar el tendón al hueso. Esto se logra pasando suturas resistentes a través de pequeños túneles óseos o anclando el tendón a su sitio original con implantes especiales. Repararlo a tiempo, antes de que el tendón cicatrice y se acorte, produce los mejores resultados.

Qué esperar

Cuando se repara a tiempo un tendón del tríceps desgarrado, los resultados suelen ser muy buenos: la mayoría de los pacientes recuperan una extensión del codo fuerte y fiable, y pueden volver a su trabajo y a la práctica deportiva. Tras la cirugía, el codo se mantiene protegido durante unas pocas semanas y luego se va movilizándolo gradualmente; posteriormente se inician los ejercicios de fortalecimiento. Por ello, la vuelta completa a

actividades que requieran levantar pesos tarda unos meses en lugar de semanas. Su equipo médico le guiará en el ritmo adecuado.

Como ocurre con cualquier intervención quirúrgica, existen ciertos riesgos que debe conocer. Los principales son la reaparición de la rotura del tendón, motivo por el cual es fundamental la protección temprana y una recuperación progresiva de la carga; también pueden surgir problemas de cicatrización en la piel de la zona del codo, donde el tejido es muy delgado. La rigidez y la debilidad temporal mientras el músculo se regenera son parte normal del proceso de recuperación.

Cuándo consultar a un especialista

- **Dolor súbito o un “chasquido” en la parte posterior del codo** tras una caída o al levantar un peso, seguido de hinchazón y moretones. Es necesario realizar una evaluación de inmediato.
- **Dificultad o debilidad para estirar el codo** contra la gravedad o resistencia, o la imposibilidad de empujarse hacia arriba desde una silla usando ese brazo.
- Un **espacio blando o hendidura** que se puede palpar justo por encima de la articulación del codo.
- Dolor y debilidad persistentes en la parte posterior del codo que no mejoran, incluso si aún se puede estirar el brazo; una rotura parcial puede manifestarse de esta manera. Una evaluación temprana brinda más opciones de tratamiento y mejores resultados.

En profundidad

Esta sección profundiza más de lo necesario para que usted tome sus propias decisiones terapéuticas. La rotura distal del tríceps merece ser leída con mayor detenimiento por una razón poco común en este sitio: es lo suficientemente rara como para que la base de evidencia científica sea escasa; conocer ese grado de escasez resulta útil a la hora de evaluar la información que se le proporcione.

LA EVIDENCIA ES ESCASA, Y SE REPORTA ASÍ DE MANERA HONESTA

La revisión sistemática más amplia sobre el tratamiento quirúrgico abarca a **560** pacientes [1]. Se determinó que los pacientes sometidos a reparación presentan mejoras en los resultados; sin embargo, se reporta un **riesgo moderado de re-ruptura o complicaciones**. Además, la heterogeneidad en los patrones de ruptura, los procedimientos quirúrgicos y las medidas de resultado dificulta **determinar cuál técnica es superior** [1].

En comparación, para las afecciones de hombro y rodilla que se describen en este sitio se han analizado poblaciones combinadas de decenas de miles de pacientes. En este caso, toda la literatura disponible se basa en apenas unos pocos cientos de pacientes con diversos patrones de lesión. Eso no implica que los tratamientos no sean eficaces; simplemente indica que no existen fundamentos sólidos para afirmar que haya pequeñas diferencias entre ellos, por lo que tales afirmaciones deben abordarse con escepticismo.

LOS RESULTADOS OBTENIDOS CON LA REPARACIÓN ESTÁN BIEN DOCUMENTADOS

Donde la evidencia resulta más consistente es en la pregunta principal. En un total de **318** pacientes —compuestos mayoritariamente por personal militar en servicio activo, atletas y trabajadores de diversas profesiones—, **más del 90%** volvió a practicar deportes o a desempeñar sus funciones laborales tras someterse a una reparación del tríceps distal [2].

Esta población es relevante para la interpretación de los resultados. Se trata de personas con ocupaciones físicamente exigentes, cuyo regreso a sus actividades puede verificarse objetivamente, en lugar de basarse en declaraciones subjetivas; por ello, esta cifra resulta más significativa que una estadística similar obtenida de la población general.

UNA COMPARACIÓN TÉCNICA SÍ ARROJÓ DIFERENCIAS

A pesar de que, en general, no se pueden distinguir las distintas técnicas, una comparación sí mostró diferencias. En **56** pacientes, los resultados reportados por los propios pacientes fueron favorables tanto para la reparación con anclajes de sutura como para la reparación mediante túnel transóseo; sin embargo, **la reparación con anclajes de sutura arrojó resultados significativamente mejores en las pruebas de fuerza isométrica, en las tasas de complicaciones y en las tasas de re-desgarro** [3].

El tamaño de la muestra es reducido, por lo que este hallazgo debe interpretarse más como una señal potencial que como una conclusión definitiva; esto es precisamente lo que destaca la revisión más amplia respecto a toda esta literatura.

¿POR QUÉ ES IMPORTANTE EL DIAGNÓSTICO PRECOZ EN ESTE CASO?

El tríceps es el único músculo que permite extender el codo contra resistencia; por ello, una ruptura completa tiene una importancia funcional que no tiene una lesión parcial. Las rupturas completas se tratan de forma óptima mediante reparación quirúrgica, **especialmente cuando se realiza de forma inmediata** [4].

Dos factores hacen que esta lesión pase desapercibida con facilidad. En primer lugar, a menudo se conserva cierta capacidad de extensión gracias a los restos de inserciones musculares, por lo que el brazo no parece completamente inútil; en segundo lugar, la hinchazón y los hematomas en la parte posterior del codo pueden atribuirse a la propia caída. El examen práctico consiste en intentar la extensión resistiendo la gravedad: el hecho de no poder mantener el brazo estirado al ejercer una presión descendente, y no simplemente sentir dolor, es el hallazgo clave.

REFERENCIAS

[1] Alnaji O, Erdogan S, Shanmugaraj A, AlQahtani S, Prada C, Leroux T, et al. Manejo quirúrgico de las rupturas del tendón tricipital distal: una revisión sistemática. J Shoulder Elbow Surg. 2022;31(1):217-24.

<https://doi.org/10.1016/j.jse.2021.06.019>

[2] Johns WL, Miltenberg BH, Baumann AN, Kermanshahi N, Muchintala RR, Cohen SB. Regreso al trabajo, al deporte y a actividades deportivas tras la reparación del tendón tricipital distal: una revisión sistemática. Am J Sports Med. 2025;53(9):2240-7. <https://doi.org/10.1177/03635465241283970>

[3] Tran DV, Yetter TR, Somerson JS. Reparación quirúrgica de la ruptura del tendón tricipital distal: una revisión sistemática de resultados y complicaciones. JSES Rev Rep Tech. 2022;2(3):332-9. <https://doi.org/10.1016/j.xrrt.2022.04.001>

[4] Walker CM, Noonan TJ. Lesiones del tendón tricipital distal. Clin Sports Med. 2020;39(3):673-85. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2020.03.003>