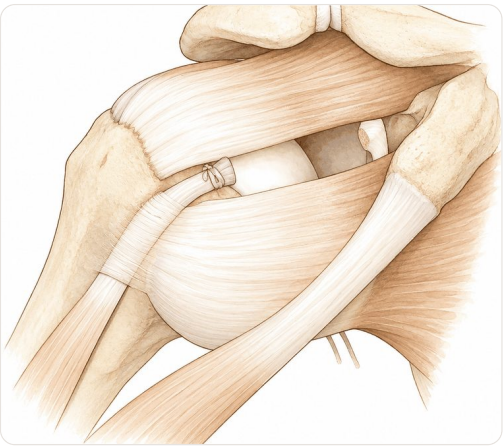
CQ HAND + UPPER LIMB
SPECIALIST ORTHOPAEDIC SURGEON

INFORMACIÓN Y CONSENTIMIENTO

Tenodesis del bíceps

La cabeza larga del tendón del bíceps: se fija en la parte superior de la glenoide y es una causa frecuente de dolor, tratada mediante tenodesis.

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.

Recuperación en un vistazo. Datos obtenidos de 85 estudios publicados; su propio ritmo de recuperación puede variar.

TAREAS LIVIANAS Trabajo de oficina, conducción, tareas cotidianas	LA MAYORÍA DE LAS ACTIVIDADES COTIDIANAS Trabajo manual, deporte, gimnasio	PLATÓ EN EL RESULTADO FINAL Dolor y fuerza
2-6 weeks	**5-8 months**	**13 months**
Por lo general, los pacientes pueden volver a realizar trabajo de oficina y actividades livianas entre 2 y 6 semanas después de la cirugía, llevando el cabestrillo durante unas 3 a 4 semanas.	La mayoría de los pacientes logran resultados clínicamente significativos y retoman sus niveles previos de actividad entre los 5 y 8 meses postoperatorios.	Los resultados clínicamente significativos suelen alcanzarse a los 13 meses postoperatorios, momento en el cual la función alcanza su nivel máximo y se estabiliza.

¿Por qué se ha recomendado esta operación?

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidad superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza por proponer las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. 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. En su consulta, tomamos su historia clínica, exploramos su hombro y solicitamos estudios de imagen si son necesarios para averiguar qué está causando su dolor.

La tenodesis del bíceps es una operación que vuelve a fijar la cabeza larga del tendón del bíceps —el tendón situado en la parte frontal del hombro— en un nuevo punto del hueso del brazo. Normalmente la proponemos

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

cuando un tratamiento más sencillo, como cambios en las actividades y fisioterapia, no le ha aportado suficiente mejoría, o cuando ya se va a someter a otra operación de hombro y el tendón del bíceps forma parte del problema. La mayoría de las personas alcanzan una mejoría importante entre 5 y 8 meses después de la operación, y a los 13 meses los resultados se mantienen estables. El objetivo es aliviar su dolor y ayudar a que su hombro vuelva a funcionar con normalidad.

Antes de la operación

Antes de su operación, la planificamos a partir de pruebas de imagen como radiografías, resonancia magnética o ecografía, que es posible que ya hayamos solicitado en su primera consulta. En la semana previa a la cirugía, nuestro equipo le dará instrucciones claras. Tendrá que dejar de comer y beber siete horas antes de su operación. Pedimos siete horas en lugar de un plazo más corto para que su operación pueda adelantarse si la lista de quirófano va antes de lo previsto. Infórmenos de todos los medicamentos que toma, incluidos los anticoagulantes, y traiga una lista por escrito el día de la intervención. Algunos medicamentos deben suspenderse antes de la cirugía, y le indicaremos cuáles y cuándo. Organice que alguien lo lleve a casa después. Use ropa holgada y cómoda. Si padece otras enfermedades, es posible que necesite análisis de sangre o una consulta con el anestesista, el médico que le administra la anestesia, pero la mayoría de las personas no necesitan ninguna de las dos cosas.

El día de la intervención

El día de su operación, acudirá a la unidad de admisiones quirúrgicas del hospital. Nuestro equipo le registra y le prepara para el quirófano. El anestesista se reunirá con usted antes de la intervención y le explicará ambos procedimientos. Esta operación se realiza bajo anestesia general combinada con un bloqueo nervioso regional. A continuación, se le lleva al quirófano, donde se realiza la operación.

Cuando termina la operación, despertará en la sala de recuperación. Allí las enfermeras lo vigilan mientras la anestesia va desapareciendo. Una vez que su estado sea estable, será trasladado a la planta de hospitalización o volverá a casa, según la operación que se le haya realizado y cómo vaya su recuperación.

Descripción del procedimiento quirúrgico

Se trata de una cirugía artroscópica. Su cirujano realiza varias incisiones pequeñas alrededor del hombro, incluida una en la parte posterior, y trabaja con una pequeña cámara dentro de la articulación. A través de estas incisiones, el cirujano localiza la cabeza larga del tendón del bíceps, el tendón de la parte frontal del hombro que le ha estado causando dolor.

El cirujano libera el tendón dañado de la zona desgastada y lo vuelve a fijar en un nuevo punto, más abajo en el hueso del brazo. Se mantiene en esa posición mediante un pequeño anclaje o tornillo colocado en el hueso. Así el tendón dispone de un punto nuevo y sano sobre el que cicatrizar, algo parecido a trasladar una cuerda

deshilachada a una parte más resistente del poste. El tendón sigue unido al hueso, de modo que el músculo bíceps conserva su forma y su fuerza.

Si se le va a realizar otra operación de hombro al mismo tiempo, como una reparación del manguito rotador, el trabajo sobre el bíceps se hace a través de las mismas incisiones artroscópicas mientras ya está en el quirófano. Su cirujano lo hablará con usted de antemano.

Al final, se retiran los instrumentos y las pequeñas incisiones se cierran con puntos de sutura. Los puntos quedan bajo un vendaje, del que nuestro equipo se ocupará junto con usted. Volverá a casa con instrucciones por escrito sobre el vendaje y sus primeros días.

La forma exacta de fijar el tendón puede variar, y su cirujano elige el método que mejor se adapta a su hombro y a su situación. Lo que no cambia es el objetivo: la parte dolorida del tendón se saca de la articulación y se ancla a un hueso firme, para que pueda calmarse y deje de doler.

Después de la operación

La mayoría de los pacientes permanecen una noche en el hospital tras esta operación, aunque algunos pueden volver a casa el mismo día. Despertará en la sala de recuperación, donde las enfermeras lo vigilarán y le darán medicamentos para mantenerlo cómodo. Su brazo descansa en un cabestrillo sencillo como soporte, que se retira para lavarse y para hacer los ejercicios. Organice que alguien se quede con usted durante las primeras 24 horas. Dejamos el vendaje puesto durante unos 10 días; por favor, no lo retire antes de ese plazo a menos que se lo indiquemos. Lo cambiamos o lo retiramos cuando venga a la consulta. Podrá moverse por la casa desde el primer día, pero no debe conducir durante al menos seis semanas. Una vez que su cirujano lo autorice, normalmente en la revisión de las seis semanas, podrá volver a conducir. Consulte Conducción tras una cirugía de miembro superior para más detalles.

Recuperación

Durante los primeros días, el hombro le dolerá y podría notarlo hinchado. Esto se calma a lo largo de las semanas siguientes. Los analgésicos, el reposo y el hielo le ayudan a estar cómodo. Su brazo descansa en un cabestrillo sencillo, que se retira para lavarse y para hacer los ejercicios.

Podrá moverse por la casa desde el primer día. Su fisioterapeuta le guiará primero en movimientos suaves y, después, irá aumentando su fuerza a medida que el tendón cicatriza. Los ejercicios de fortalecimiento que cargan el bíceps, como doblar el codo contra resistencia o levantar el brazo recto hacia delante, se posponen hasta que el tendón haya cicatrizado firmemente. Una vez que su cirujano lo autorice, normalmente en la revisión de las seis semanas, podrá volver a conducir. Consulte Conducción tras una cirugía de miembro superior para más detalles.

Las tareas diarias ligeras son lo primero que se recupera. Notará que el dolor se alivia con el paso de las semanas, y los movimientos cotidianos, como vestirse o alcanzar objetos, se vuelven más fáciles. El trabajo pesado, el deporte y el gimnasio se retoman más adelante, cuando su fuerza y su movilidad hayan mejorado y su

fisioterapeuta y su cirujano estén satisfechos con su evolución. Al principio puede resultar incómodo dormir; dormir semiincorporado en un sillón o boca arriba suele ayudar hasta que el hombro se calma.

La recuperación varía de una persona a otra. Sus plazos pueden ser diferentes, y su cirujano y su fisioterapeuta le guiarán en cada paso del proceso.

Qué puede salir mal

La mayoría de los pacientes evolucionan bien, pero en ocasiones pueden surgir problemas. Su cirujano y el equipo lo vigilarán de cerca para detectar cualquier incidencia a tiempo.

La infección es un riesgo en cualquier operación. Puede notar un enrojecimiento que se extiende desde la herida, salida de líquido o pus de la herida, o fiebre. Si esto ocurre, llame a la clínica el mismo día. La mayoría de las infecciones de la herida se resuelven con cuidados de la herida o antibióticos, pero algunas requieren tratamiento adicional.

Hay nervios que pasan cerca de la zona de la operación, por lo que un nervio puede irritarse durante la cirugía. Esto puede notarse como entumecimiento, hormigueo o debilidad en el brazo o la mano. Es esperable y normal tener algo de entumecimiento y debilidad durante las primeras 24 horas tras el bloqueo nervioso. Una vez que el efecto del bloqueo haya desaparecido, a las 24 horas aproximadamente, llame a la clínica si el brazo, la mano o los dedos siguen entumecidos, o si no puede moverlos.

El hombro puede volverse rígido tras esta operación. Puede que le cueste levantar el brazo, llevarlo detrás de la espalda o separarlo hacia un lado, y los movimientos pueden notarse tensos o bloqueados. Coméntelo en su próxima revisión, ya que moverlo pronto con su fisioterapeuta ayuda a soltarlo.

El tornillo o el anclaje que sujeta el tendón puede causar algún problema en ocasiones. El tendón puede dañarse en el punto donde está sujeto, o la reparación puede fallar, lo que puede notarse como un chasquido repentino, una debilidad nueva al doblar el codo o que el bíceps se abulte formando una bola cerca de la parte frontal del hombro. En raras ocasiones, el hueso de la parte superior del brazo también puede fracturarse cerca de donde está el implante, lo que provoca un dolor repentino e intenso, hinchazón y un cambio en la forma del brazo. Acuda al servicio de urgencias si el brazo cambia de forma de repente o no puede usarlo en absoluto. Si nota un chasquido o una debilidad nueva, llame a la clínica.

Algunas personas siguen teniendo dolor en la parte frontal del hombro, o calambres en el músculo bíceps, incluso después de la cicatrización. Coméntelo en su revisión. Si el dolor persiste, a veces es necesaria otra operación.

En la tabla de complicaciones de esta página se detallan las tasas habituales; si desea conocer los datos específicos, puede consultarla.

¿Cuándo debemos ser contactados?

La mayoría de los problemas aparecen en las primeras semanas. Saber qué vigilar le ayuda a actuar a tiempo.

Acuda al servicio de urgencias si tiene hinchazón o dolor en la pantorrilla, o dificultad para respirar o dolor en el pecho. Pueden ser signos de un coágulo de sangre. Acuda también si los dedos o la mano se ponen pálidos, fríos, blancos, azulados u oscuros, o si el brazo cambia de forma de repente y no puede usarlo en absoluto.

Llame a la clínica el mismo día si tiene fiebre, un enrojecimiento que se extiende alrededor de la herida, o salida de líquido o pus de la herida. Llame también el mismo día si el dolor sigue empeorando a pesar de los analgésicos.

Es esperable y normal tener algo de entumecimiento y debilidad durante las primeras 24 horas tras el bloqueo nervioso. Una vez que el efecto del bloqueo haya desaparecido, a las 24 horas aproximadamente, llame a la clínica si el brazo, la mano o los dedos siguen entumecidos, o si no puede moverlos.

Si no puede contactar con la clínica fuera del horario de atención o durante el fin de semana, acuda al servicio de urgencias más cercano.

¿Dónde leer más sobre esta afección?

Esta página trata sobre la operación en sí. La afección que se trata con ella, incluyendo lo que demuestran las evidencias sobre cuándo la cirugía es útil y cuándo no, se explica con mayor detalle en la página Tendinopatía del bíceps y rotura de la cabeza larga.

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

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

Tenodesis del bíceps

Tasas de complicaciones según la literatura publicada

Se han recopilado datos de 85 estudios publicados. Se trata de tasas a nivel poblacional, no de su riesgo individual; su cirujano le explicará qué se aplica en su caso.

COMPLICACIÓN	TASA REPORTADA	NOTAS
Reoperación	**<18%**	Las tasas de reoperación varían considerablemente; la tenodesis del bíceps suele presentar tasas más bajas (0-6%) en comparación con la reparación de lesiones SLAP (3-15%).
Fallo de fijación	**<13%**	El fallo de la fijación de la tenodesis o la retracción del tendón ocurren en un pequeño porcentaje de pacientes, dependiendo del método de fijación empleado.
Hematoma	**<10%**	En algunas cohortes se ha reportado la formación de hematomas; sin embargo, rara vez requieren intervención quirúrgica.
Dolor en el bíceps	**5-17%**	El dolor o calambres persistentes en el surco bicipital constituyen una complicación frecuente, especialmente tras una tenotomía o en ciertos grupos de pacientes sometidos a fijación.
Rigidez	**3-26%**	Se han reportado casos de rigidez postoperatoria que requieren intervención (liberación de adherencias o manipulación bajo anestesia); las tasas son más altas en técnicas artroscópicas suprapectorales.
Infección	**<2%**	Las tasas de infección superficial son bajas (0-2%); las infecciones profundas son muy poco frecuentes.
Deformidad "Popeye"	**1-23%**	La incidencia de esta deformidad varía según la técnica de fijación y la población de pacientes, oscilando entre el 1,0 % y el 23,0 %.
Lesión nerviosa	**<1%**	Las lesiones nerviosas transitorias o neurapraxias se presentan en menos del 1 % de los casos.
Complicaciones de la herida	**<1%**	Los problemas superficiales de la herida, como eritema o dehiscencia, son poco frecuentes.

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

He leído esta información y he tenido la oportunidad de hacerle preguntas al Dr. Hirpara acerca del procedimiento, de la recuperación esperada y de las complicaciones mencionadas anteriormente.

PACIENTE — NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)	FIRMA	FECHA

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