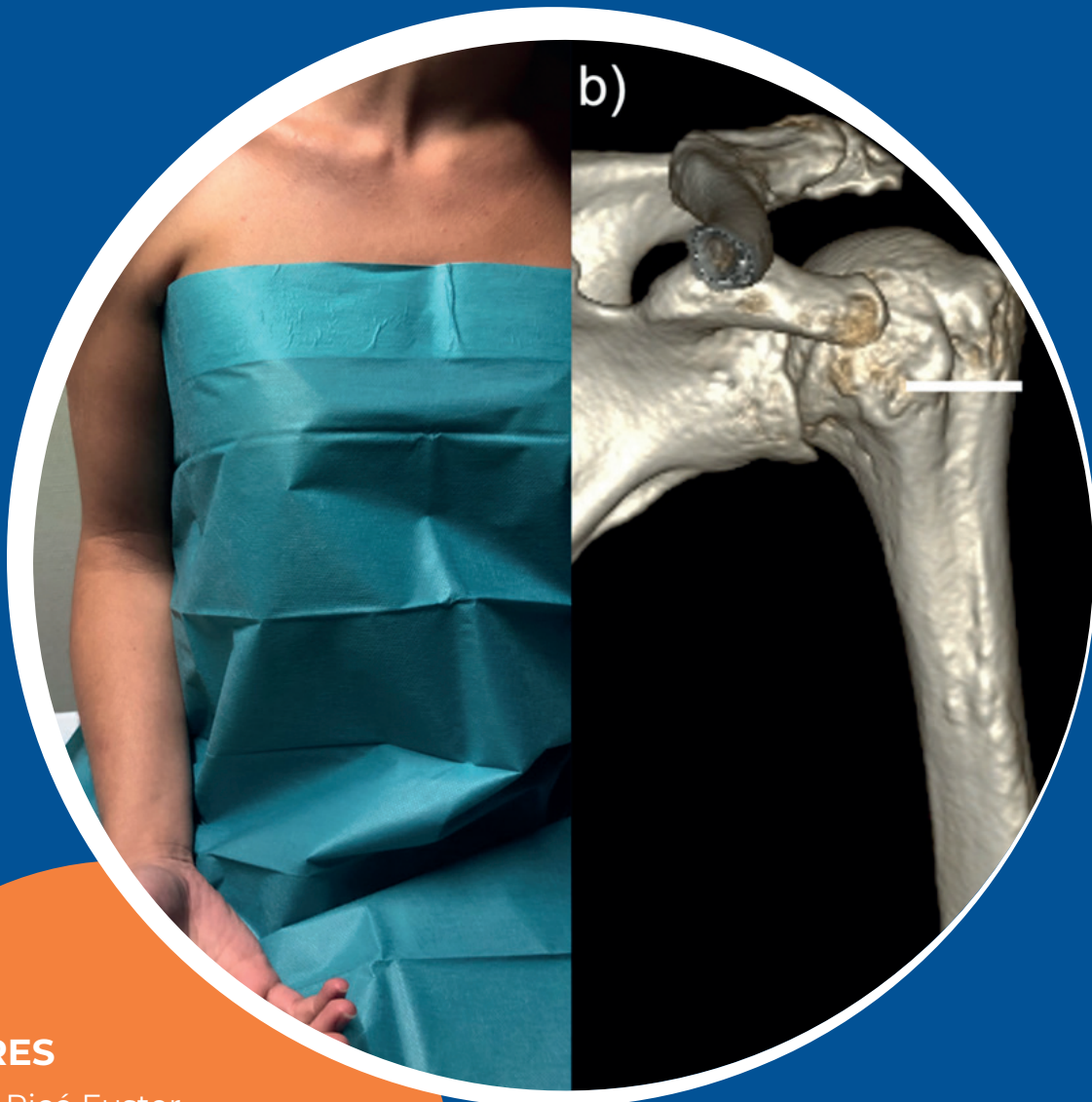




CAPÍTULO 6

TRATAMIENTO DE LA TENDINOPATIA DE LA PORCIÓN LARGA DEL BÍCEPS



AUTORES

M. Luisa Picó Fuster
Silvia Martín Martín
Marta Llopis Pardo

Concepto

El tendón de la porción larga del bíceps braquial (TPLB) se origina en la tuberosidad supraglenoidea donde forma parte del rodete glenoideo superior y desciende por la corredera bicipital, entre la tuberosidad mayor y menor del húmero proximal. Se diferencian dos áreas con un abordaje diagnóstico-terapéutico diferente, la región de la polea del bíceps y la zona de la corredera bicipital, en la que se centrará este apartado.

El TPLB está rodeado por una vaina tendinosa que se origina en la capsula articular glenohumeral por lo que comunica de forma directa con la articulación.

La patología del TPLB es frecuente y genera dolor anterior de hombro que se exacerba con el movimiento. Aunque puede ser una entidad aislada se asocia de forma habitual a otras patologías del hombro, como las lesiones de los tendones del manguito de los rotadores.

La tendinopatía del TPLB incluye la tenosinovitis inflamatoria y la tendinosis degenerativa y suele tratarse de modo conservador mediante reposo, toma de antiinflamatorios no esteroideos por vía oral y rehabilitación. La infiltración con corticoesteroides del TPLB en la corredera bicipital se utiliza como tratamiento de segunda línea.

El TPLB es accesible por ecografía y permite realizar el diagnóstico diferencial entre la tenosinovitis, la rotura, la luxación y la subluxación del tendón. Una pequeña cantidad de líquido rodeando el TPLB es un hallazgo habitual asintomático y puede asociarse a derrame articular glenohumeral. En casos de tenosinovitis inflamatoria la cantidad de líquido en la vaina que rodea el TPLB es destacable y sintomática, con engrosamiento e hipoecogenicidad del tendón y aumento de la vascularización en el estudio doppler.

Indicaciones

Tratamiento sintomático de la tendinopatía del TPLB.

Requisitos estructurales

Personal

Especialista con experiencia en ecografía musculoesquelética y en técnicas de punción con guía ecográfica.

Personal auxiliar con conocimiento del material necesario y preparación para actuar en caso de reacción vasovagal.

Equipamiento

Ecógrafo convencional equipado con sonda lineal de alta frecuencia (12-18MHz).

Material necesario

- Aguja intramuscular de 20-21G
- Jeringa de 5 ml
- Formula de infiltración (1 mL de triamcinolona o 2 mL de bestametasona acetato).
- Mesa con paño estéril para colocar el material.
- Protector estéril de la sonda
- Guantes y gasas estériles
- Campo estéril: paño estéril, protector estéril de la sonda, guantes y gasas.
- Desinfectante cutáneo: Clorhexidina / povidona yodada.
- Gel ecográfico estéril.

Descripción del procedimiento

Antes del procedimiento

Previo a la realización del tratamiento debe revisarse la historia clínica del paciente y realizar una ecografía de hombro para descartar otras patologías asociadas. El TPLB debe explorarse en toda su extensión e identificar la arteria circunfleja anterior mediante estudio doppler. (Fig 1)

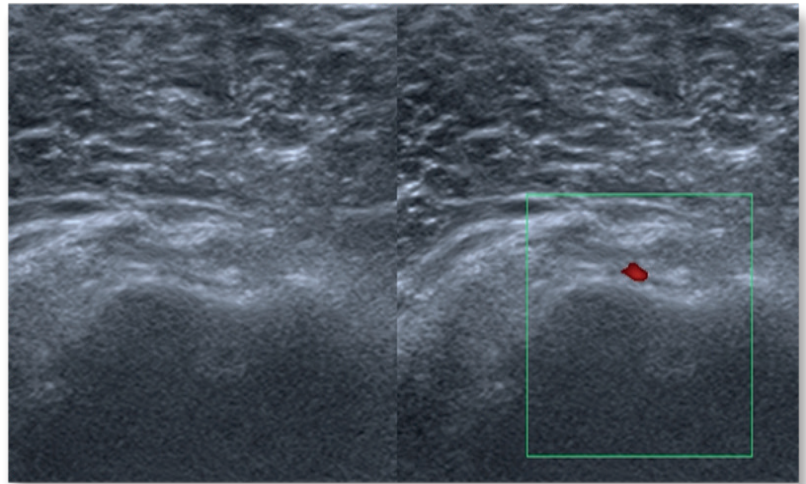
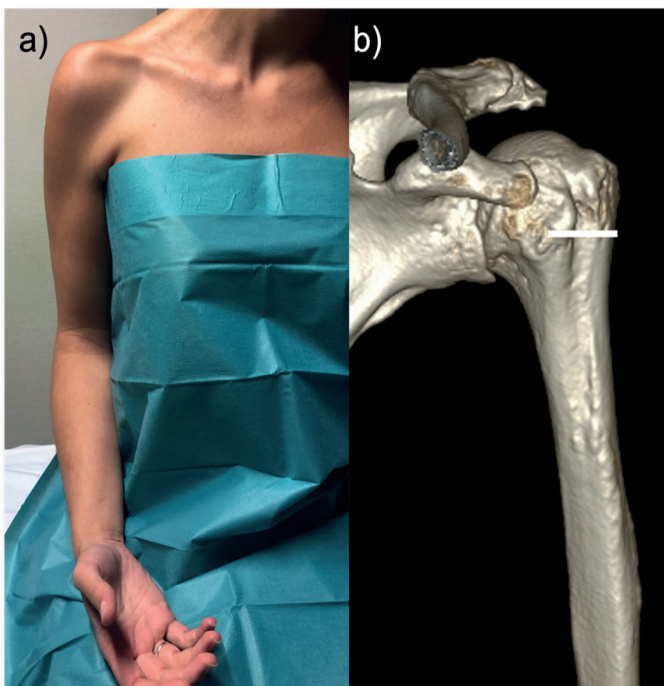


Fig 1. Imagen de ecografía-doppler donde se identifica la arteria circunfleja anterior

Posición del paciente



Paciente sentado mirando hacia el operador o en decúbito supino, con la mano del lado afecto en rotación externa apoyada sobre el muslo del mismo lado. (Fig 2)

Fig 2. : a) posición del paciente para la infiltración de la corredera bicipital

b) Colocación de la sonda en plano transversal para el acceso a la corredera bicipital.

Información

El paciente debe ser informado previamente de forma clara y comprensible sobre el procedimiento, su objetivo y sus posibles complicaciones, y éste debe dar su consentimiento y firmarlo.

Se debe proporcionar al paciente la siguiente información de forma oral inmediatamente antes del procedimiento:

- En qué consiste el tratamiento.
- La eficacia esperada del procedimiento.
- Las posibles complicaciones

Técnica de tratamiento

La sonda se coloca en plano transversal siguiendo el eje largo del brazo. Se identifica el TPLB en la corredera bicipital y la arteria circunfleja anterior. La aguja se introduce en el receso bicipital de lateral a medial, se aspira el líquido peritendinoso si la cantidad es significativa y se procede a infiltrar lentamente viendo la progresiva distensión del receso y evitando la punción directa del tendón. (Fig 3)

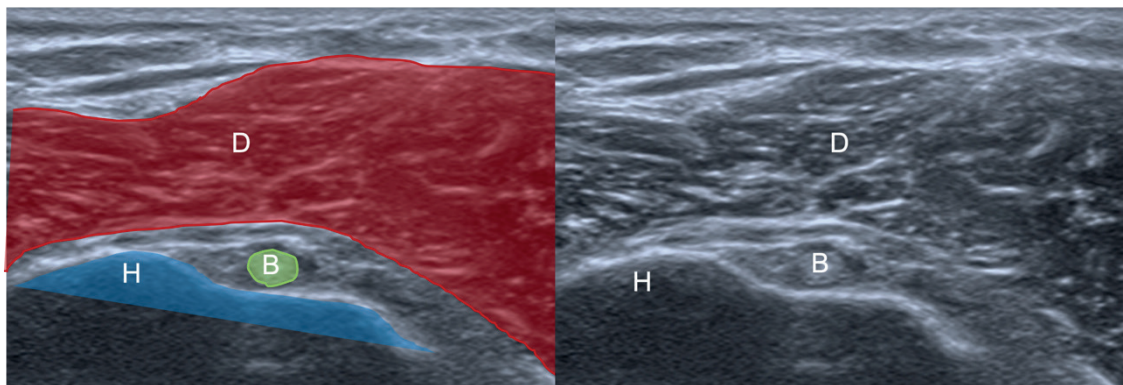


Fig 3.: Imagen ecográfica del TPLB en la corredera bicipital. H, húmero, B, tendón de la porción larga del bíceps; D, deltoides.

Controles postratamiento

Después de extraer la aguja se coloca un pequeño apósito y en caso de molestia, se puede administrar frío local.

El paciente no requiere controles posteriores. Se recomienda reposo relativo las primeras 48h tras el tratamiento y evitar la sobrecarga del brazo afecto durante los próximos 15 días.

Complicaciones

Poco frecuentes. Se incluyen:

- Dolor leve en la zona de punción
- Infección del área de punción.
- Infiltración indirecta de la articulación glenohumeral.
- Atrofia y despigmentación cutánea debido al efecto local de los corticoesteroides.
- Sensación urente por la extensión extraarticular de los corticoesteroides.
- La infiltración peritendinosa del TPLB con corticoesteroides puede predisponer a la rotura tendinosa, aunque no se encuentra debidamente documentado.

Resultados e indicadores de calidad

La infiltración con corticoesteroides puede ayudar a reducir la clínica dolorosa en la fase aguda de las tenosinovitis y es un procedimiento para considerar en caso de no respuesta a tratamientos conservadores.

Bibliografía

Messina C, Banfi G, Orlandi D. Ultrasound-guided interventional procedures around the shoulder. Br J Radiol 2016; 89: 20150372.

Poucho A, Colio S, Hall M. Ultrasound-guided interventional procedures around the shoulder. Phys Med Rehabil Clin N Am 2016; 27: 555-572.

Allen G. M. The diagnosis and management of shoulder pain. J. Ultrason 2018; 18: 234-239.
