

Tendinosis calcificante de tríceps en paciente joven levantador de pesas: a propósito de un caso

G. Gálvez Márquez (1), F. Ladero Morales (2)

1. Hospital de Segovia

2. Hospital Universitario del Tajo (2)

OBJETIVOS

Mostrar el caso de un paciente levantador de pesas que fracasó en el tratamiento conservador y los programas de rehabilitación, y se recuperó con buenos resultados funcionales después de la cirugía.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente masculino de 29 años, levantador de pesas profesional, que es referido a nuestra clínica por dolor desde hace 4 años, molestias en codo derecho con extensión y masa palpable de 4 cm aproximadamente en parte posterior de codo. Ya había realizado un programa de rehabilitación de 12 semanas y tomado varios antiinflamatorios sin éxito. Niega incidente traumático. Sin síntomas constitucionales.

Examen físico: masa palpable de 4x3 cm cerca de inserción del tríceps con molestias al tacto, rango de movilidad pasivo y activo completo con dolor en los últimos 20 grados contra resistencia. Resultado negativo con test de Thompson modificado. Se realiza radiografía AP y lateral. (Imagen 1)

Se propone escisión quirúrgica y se acepta. Bajo anestesia general y posición supina, se realiza abordaje posterior e incisión longitudinal sobre peritenon de 3cm, visualizando la calcificación. (Imagen 2) posterior a la escisión, se repara peritenon, tejido subcutáneo y piel. Se recomienda flexo-extensión completa y pronosupinación desde el postoperatorio inmediato.

RESULTADOS

Después de 6 semanas se inicia ejercicio activo progresivo con pesas. 12 semanas después el paciente realiza ejercicios y rutinas normales sin molestias. (Imagen 3)

DISCUSIÓN

La tendinopatía del tríceps es la tendinopatía más rara del codo (1). La mayoría de estos casos se tratan de forma conservadora con una inmovilización corta (flexión máxima de 30°) y rehabilitación posterior para evitar la rigidez (2). Las inyecciones de corticoides pueden ser un factor de riesgo de roturas (3,4). La escisión quirúrgica puede ser una opción cuando el resto de tratamientos han fallado. Las complicaciones postoperatorias incluyen bursitis olecraniana secundaria y un déficit de flexión persistente de hasta 20° . (2)

