



Duplicación de la porción larga del músculo bíceps, una variante poco descrita

Duplicity of the long portion of the biceps, an anatomical variant poorly described

Carolina Martínez Ovis^{*,‡} María de Guadalupe Gómez Pérez^{*,§}

Citar como: Martínez OC, Gómez PMG. Duplicación de la porción larga del músculo bíceps, una variante poco descrita. Acta Med GA. 2025; 23 (2): 183-184. <https://dx.doi.org/10.35366/119487>

Resumen

El dolor articular es un motivo de consulta frecuente y entre ellas el hombro es una de las causas más comunes. Las alteraciones estructurales pueden causar confusión durante el diagnóstico para los médicos radiólogos y para los médicos ortopedistas en procedimientos quirúrgicos como artroscopia. Se presenta el caso de un paciente que acude para realizar una resonancia magnética simple de hombro izquierdo en la que se observan múltiples hallazgos entre los que resalta la duplicidad de la porción larga del bíceps braquial.

Palabras clave: tendón, largo, bíceps, variante.

Abstract

Articular pain is one of the most common reasons for a medical consultation because shoulder pain is frequent. Anatomical variants may cause confusion during diagnosis among radiologists and surgical treatment for trauma doctors. We will talk about a patient who comes for a magnetic resonance without contrast of the shoulder, for which we found many pathologies, such as the duplicity of the long head of the biceps.

Keywords: tendon, long, biceps, variant.

INTRODUCCIÓN

El dolor articular es un motivo de consulta relativamente común. Incluso se reporta que es causa de incapacidades laborales médicas largas o prolongadas siendo de hasta 545 días.¹ El hombro es una de las articulaciones con mayor movilidad y, por esta misma razón, es una articulación propensa a lesiones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 73 años de edad previamente sano. Acude con médico ortopedista refiriendo dolor en el hombro izquierdo desde hace 45 días, niega caídas o traumatismos. Sin antecedentes quirúrgicos. El dolor empeora a la ab-

ducción, supinación y pronación de la mano, con mejoría durante el reposo. Se solicita resonancia magnética simple de hombro izquierdo.

Se realiza resonancia magnética de hombro izquierdo observando tendinosis del músculo supraespinoso, artrosis glenohumeral, tenosinovitis del músculo supraescapular, artrosis acromioclavicular, lesión de Bankart asociado a quiste parameniscal, así como lesión en SLAP tipo III y tendinitis de la porción larga del bíceps a considerar tendón bífido.

DISCUSIÓN

Existen varios métodos de estudio para la valoración de los músculos que conforman el hombro. El método inicial continúa siendo la radiografía convencional, seguido de la

* Hospital Angeles Pedregal. Ciudad de México, México.

‡ Residente de Alta Especialidad en Resonancia Magnética de Cuerpo Completo. ORCID: 0000-0001-6793-0171

§ Titular del Curso de Alta Especialidad en Resonancia Magnética de Cuerpo Completo y Musculoesquelético.

Correspondencia:

Carolina Martínez Ovis
Correo electrónico: carolinamovis@hotmail.com

Recibido: 07-03-2024. Aceptado: 17-06-2024.



tomografía computada, ultrasonido y resonancia magnética. Dependiendo de la presentación clínica de los pacientes, será el orden a seguir de los métodos diagnósticos. La resonancia magnética permanece como el mejor método de diagnóstico por imagen para los tejidos superficiales y profundos, así como de los planos musculares debido a la alta capacidad para caracterización tisular.

En un breve repaso anatómico, la porción corta del músculo bíceps braquial dos cabezas se origina del proceso coracoides y la porción larga se origina del tubérculo supraglenoideo, de la región anterosuperior del *labrum* en la glenoides recorriendo sobre la cabeza del húmero, por último descendiendo por la escotadura bicipital insertándose en la tuberosidad del radio (*Figura 1*).^{2,3} La inervación del músculo braquial en ambas porciones es a través del nervio musculocutáneo de las ramas con origen a nivel de C5 y C6. La vascularidad se realiza a partir de ramas de la arteria humeral y bicipitales. Su función principal es flexión del antebrazo a nivel del codo, flexor accesorio del brazo a nivel de la articulación glenohumeral, contribuyendo a la estabilidad en ésta última.²

Cuando se habla de duplicidad de tendón largo del músculo bíceps braquial se observará un fascículo menor proveniente de la superficie del músculo supraespinoso y otro fascículo que proviene de la porción anterosuperior del *labrum*, ambos fascículos retoman el curso de la corredera bicipital (*Figura 2*). En el caso del paciente que se presenta, se asocia a tendinitis de la porción larga, lo que facilita la

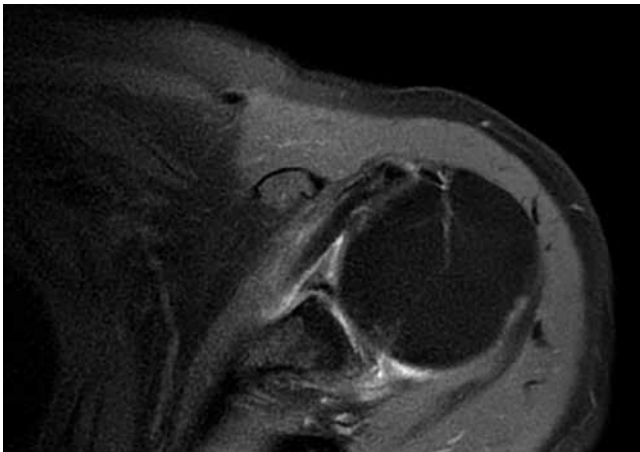


Figura 1: Resonancia magnética de hombro izquierdo en adquisición axial T2 con saturación grasa donde se observa el origen a nivel de la cabeza del húmero del tendón de la porción larga del bíceps.

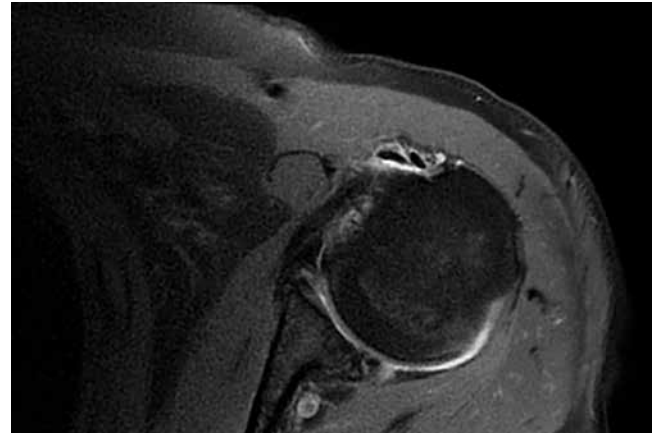


Figura 2: Resonancia magnética de hombro izquierdo en adquisición axial T2 con saturación grasa en la que se observan dos imágenes hipointensas a nivel de la corredera bicipital en probable relación a duplicación de la porción larga del bíceps asociado a incremento en el líquido sinovial en este sitio.

identificación de ambos fascículos por el líquido sinovial que rodea dichas estructuras.⁴

CONCLUSIONES

La correcta identificación de los planos musculares, de lesiones y descripción de variantes anatómicas es importante para la elección terapéutica adecuada de los pacientes, así como de la planeación de procedimientos quirúrgicos advirtiéndolo a los médicos sobre las alteraciones estructurales a las que se enfrentan, por lo que el papel del radiólogo es fundamental.

La duplicación de la porción larga del bíceps braquial es aún una entidad poco descrita, sin saberse aún si esto es debido a la baja incidencia de esta variante, desconocimiento de esta entidad o falta de información adicional.

REFERENCIAS

1. Vicente-Pardo JM. Hombro doloroso e incapacidad temporal. El retorno al trabajo tras larga baja por hombro doloroso. Causalidad del trabajo en el hombro doloroso. *Med Segur Trab*. 2016; 62 (245): 337-359.
2. Drake R, Vogl W, Mitchell A, Tibbits R, Mitchell A. Upper extremity anatomy. In: *Grey's Atlas of Anatomy*. Second edition. Philadelphia, PA: Churchill Livingstone/Elsevier; 2015.
3. Manaster BJ, May D, Disler D. Upper extremity and spine. Shoulder 1: Anatomy and fractures. In: *Musculoskeletal imaging*. Fourth edition. Philadelphia, PA: Mosby Elsevier; 2013. 65-68 p.
4. González Jofré CA, Sanchez Ramos V, Sanchez Alepuz E. Duplicidad de la porción larga del bíceps sintomática. Reporte de caso. *Rev Esp Artroc Cir Articul*. 2015; 22 (3): 141-144.