

AVULSIÓN DEL TENDÓN CONJUNTO ISQUIOTIBIAL Y FIBROSIS PERI-CIÁTICA. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Horcajo Sanz, Daniel; Torrejón De La Cal, Maria Del Carmen; Casado Castillo, Ariadna; Sebastián Pérez, Victoria; Guinea Luengo, Pablo.

Hospital Universitario Fundación Alcorcón

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las avulsiones del tendón conjunto de la tuberosidad isquiática, aunque infrecuentes, son el tipo más grave de lesión de los músculos isquiotibiales en el campo de la medicina deportiva. Estas lesiones suelen diagnosticarse de manera tardía o incluso errónea. Describimos el manejo realizado en nuestro centro de un caso de avulsión del tendón conjunto isquiotibial.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

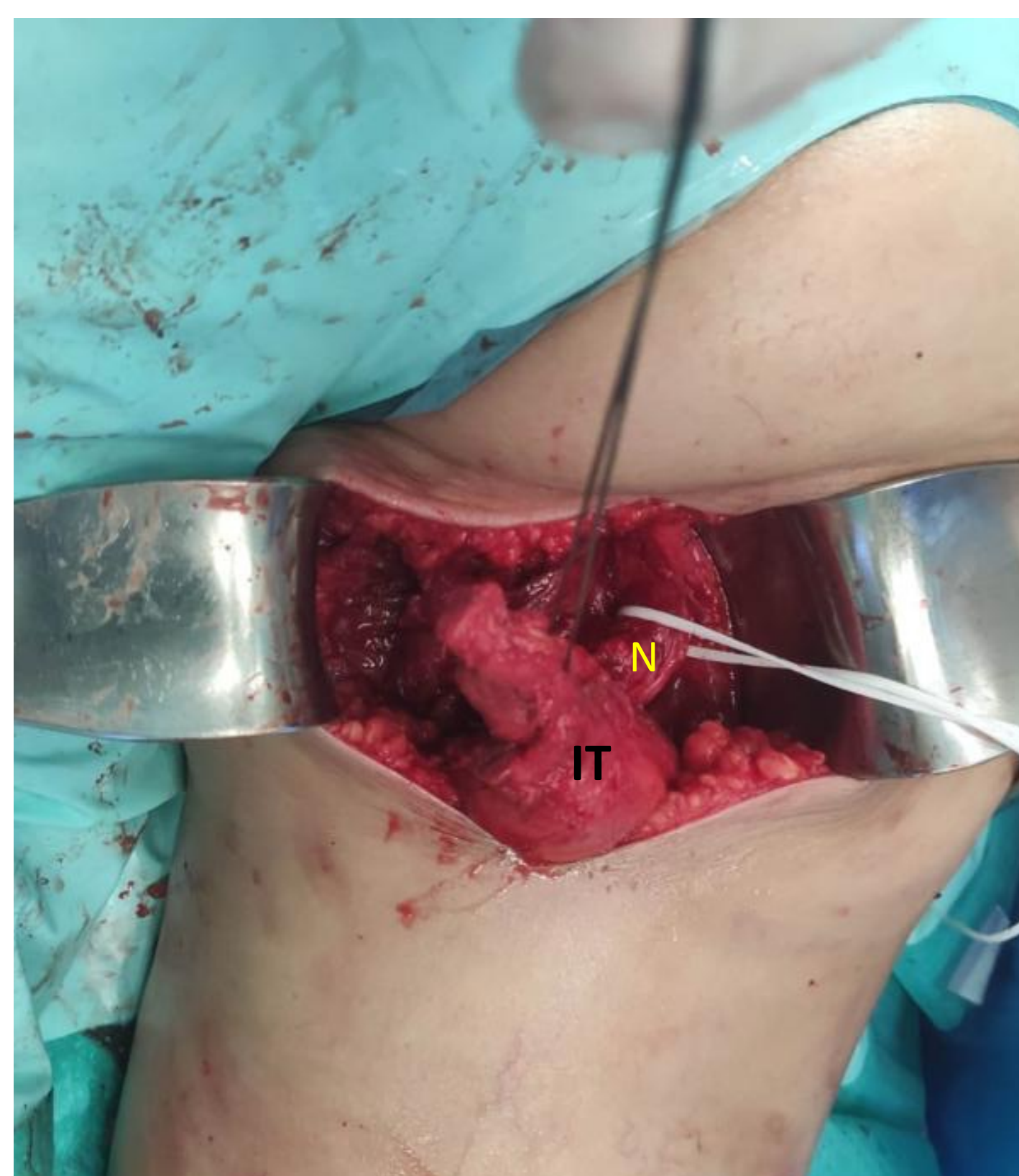
Se presenta el caso de una mujer de 52 años, diagnosticada de manera tardía de una lesión traumática del tendón conjunto isquiotibial, tipo 5 de Wood (avulsión insercional completa y retracción tendinosa). Intervenida en el Hospital Universitario Fundación Alcorcón, con seguimiento posterior de 7 meses.

RESULTADOS

- La paciente no presentaba antecedentes personales de interés. Acudió al servicio de urgencias con impotencia funcional y dolor para flexión de rodilla, tras haber sufrido una caída hace 4 semanas (ya valorada el día de la caída en servicio de urgencias de otro centro, sin un diagnóstico).
- A la exploración, presentaba un déficit completo de fuerza para la flexión de rodilla contra resistencia. Conseguía marcha de puntillas y talones. Asociaba hipoestesia en territorio ciático, sin dolor neuropático. Se realizaron como pruebas complementarias ecografía y RMN que mostraron una desinserción completa del tendón conjunto con una retracción de unos 10 cm.
- Se llevó a cabo la reinserción del tendón conjunto mediante 3 anclajes de 2.3mm y neurolisis del nervio ciático (el principal hallazgo fue una importante fibrosis perineural). Se inmovilizó en extensión de cadera y flexión de rodilla. A las 6 semanas inició un protocolo intensivo de rehabilitación.
- Tras 7 meses, se consiguió un balance articular de rodilla y cadera completos, caminando con buen patrón de marcha y sin dolor. Además, la paciente consiguió alcanzar el mismo nivel de actividad previo a la lesión (3 según la escala de Tegner). No presentaba clínica de déficit sensitivo ni motor ciático.



Se puede apreciar la desinserción completa del tendón conjunto isquiotibial (IT).



Tras la exoneurolisis, el nervio ciático (N) quedó liberado del foco de fibrosis a nivel de la retracción tendinosa.



Reinserción del tendón conjunto (semitendinoso y la porción larga del bíceps femoral) mediante 3 anclajes a su huella en el isquion.

CONCLUSIONES

El diagnóstico de las avulsiones del tendón conjunto isquiotibial puede suponer un reto. Es importante descartar una lesión ciática en estos casos. En desinserciones completas el manejo quirúrgico permite un retorno precoz al nivel funcional previo.

BIBLIOGRAFÍA

- Agre JC. Hamstring injuries: proposed aetiological factors, prevention, and treatment. *Sports Med.* 1985;2:21-33
- Blasier RB, Morawa LG. Complete rupture of the hamstring origin from water skiing injury. *Am J Sports Med.* 1990;18:435-437
- Brucker PU, Imhoff AB. Functional assessment after acute and chronic complete ruptures of the proximal hamstring tendons. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2005;13:411-418
- Chakravarthy J, Ramisetty N, Pinalnerkar A, Mohtadi N. Surgical repair of complete proximal hamstring tendon ruptures in water skiers and bull riders: a report of four cases and review of the literature. *Br J Sports Med.* 2005;39:569-572
- Cohen S, Bradley JP. Acute proximal hamstring rupture. *J Am Acad Orthop Surg.* 2007;15:350-355
- Cross MJ, Vandersluis R, Wood D, Banff M. Surgical repair of chronic complete hamstring tendon rupture in the adult patient. *Am J Sports Med.* 1998;26:785-788



SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA