

REINSERCIÓN ENDOSCÓPICA DE TENDÓN PROXIMAL DE ISQUIOTIBIALES: A PROPÓSITO DE UN CASO

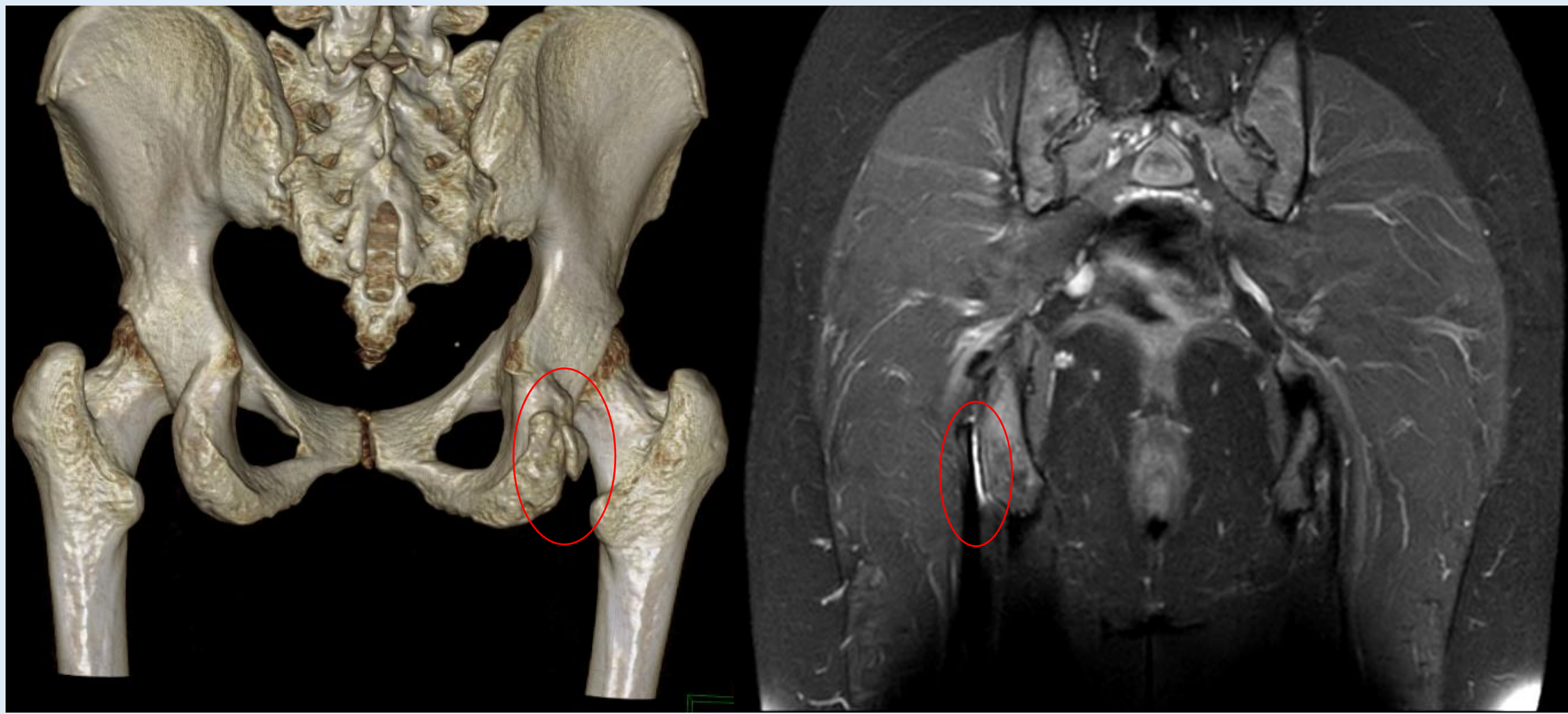
Armesto Guzón, Pablo; Galindo Rubín, Carlos; Azpeitia Coscarón, Julen;
Fernández Zavala, Cristina; Garrido Garzón, Pedro.
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander



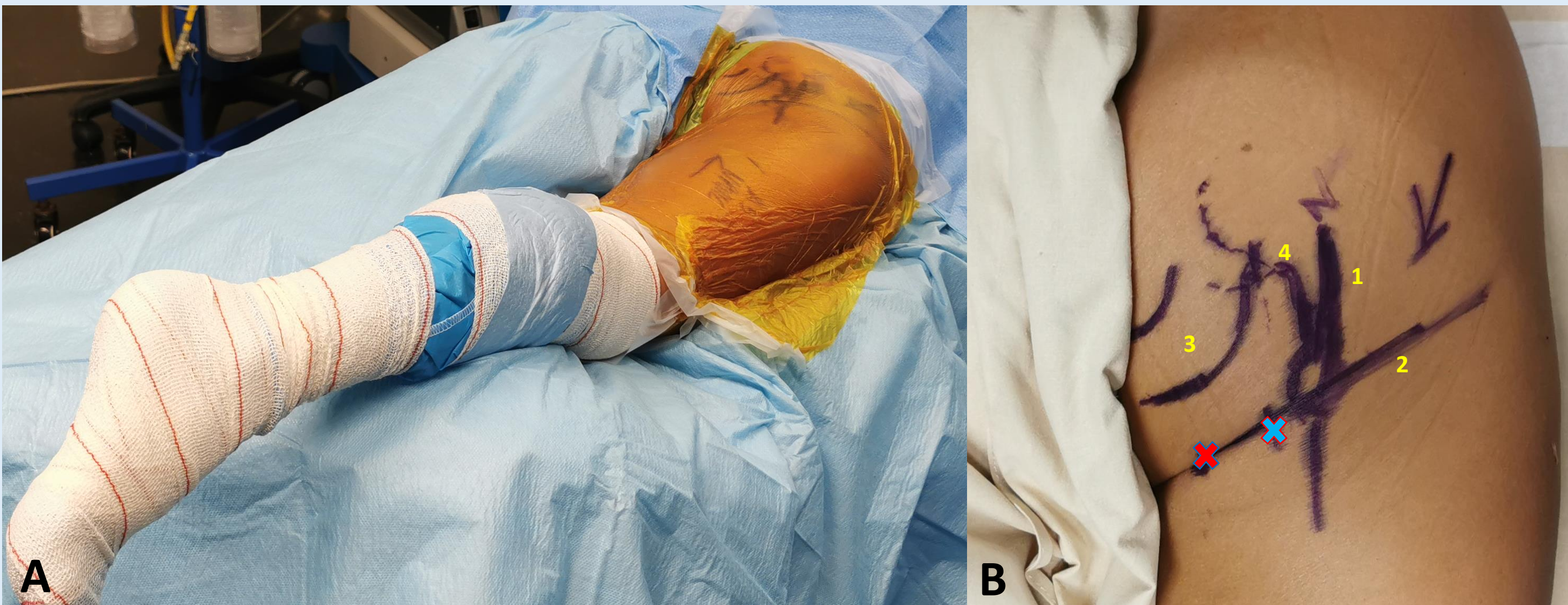
INTRODUCCIÓN

La **avulsión proximal de los isquiotibiales** es una **lesión poco frecuente**, aunque, en el paciente **deportista**, puede generar **disfunción persistente** y presenta cierto riesgo de **rerrotura**. En esta población el **tratamiento quirúrgico está cobrando relevancia**. La **reparación endoscópica** presenta ciertas **ventajas** frente a la convencional, como pueden ser una **menor morbilidad postoperatoria** y un **menor riesgo de lesión del paquete glúteo inferior**. Como principal contraindicación esta la retracción tendinosa importante (>5cm); además, la curva de aprendizaje es elevada y los nervios ciático y femorocutáneo posterior pueden ponerse en riesgo, sobre todo en avulsiones crónicas. Presentamos y describimos un caso de **reparación mediante técnica endoscópica de avulsión crónica de tendón proximal de isquiotibiales sin retracción en una paciente deportista**.

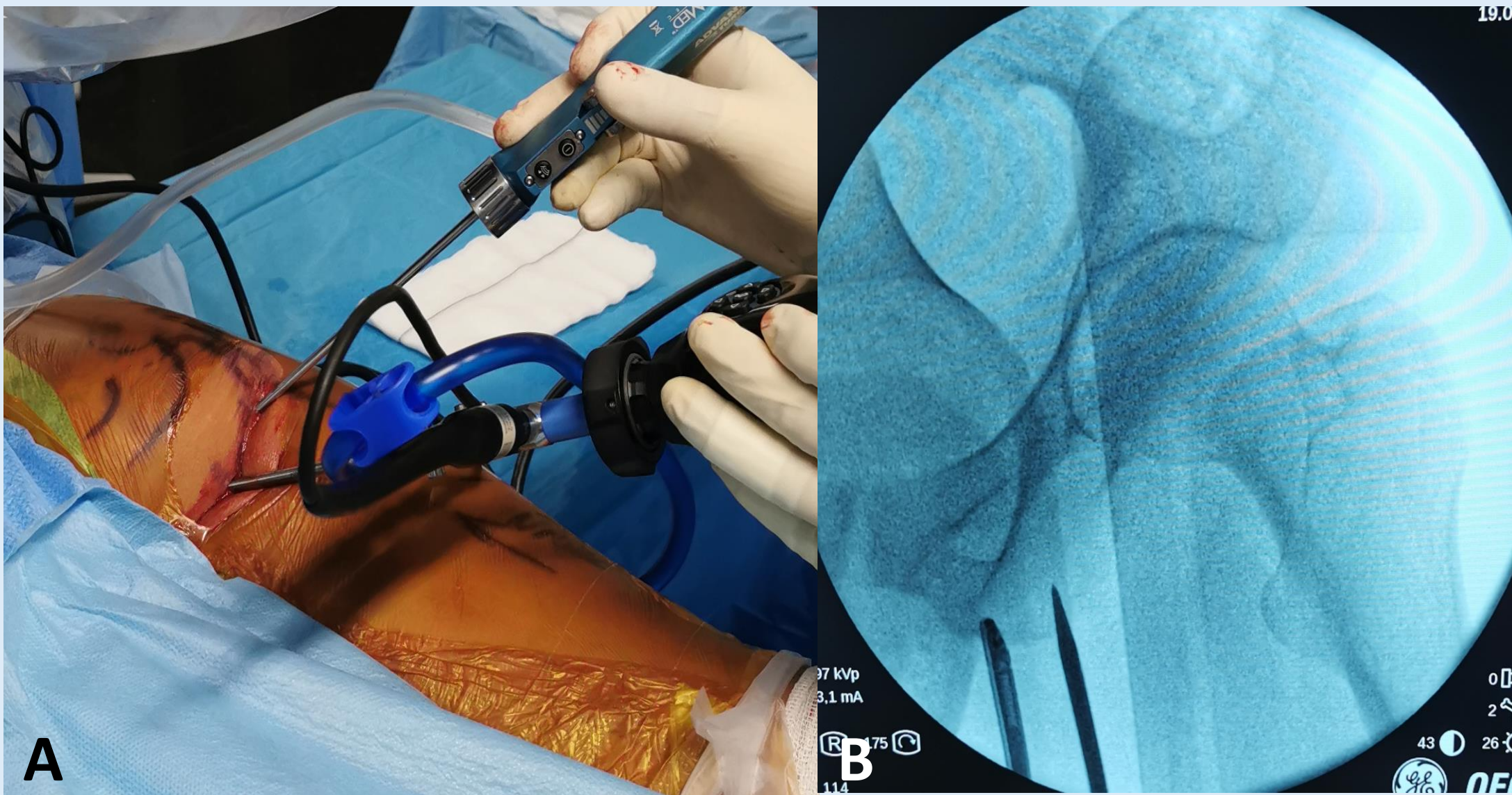
MATERIAL Y METODOLOGÍA



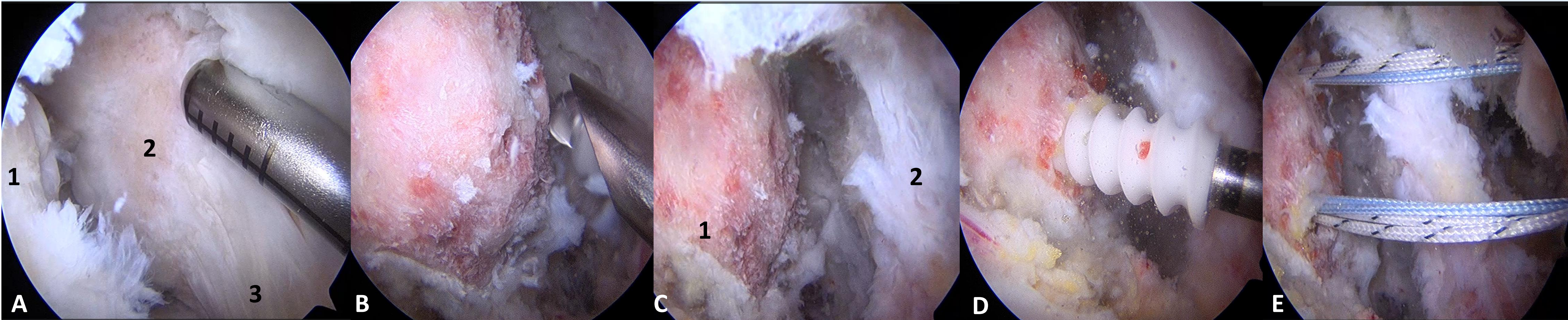
Mujer, 48 años. Corredora y deportista habitual. Clínica de **2 años de evolución**, refractaria a tratamiento conservador. **RNM: avulsión con fragmento óseo** crónica de la tuberosidad isquiática sin desplazamiento. Se decide intervención quirúrgica.



- A. Anestesia general, decúbito prono; miembro a intervenir libre para manipulación durante cirugía. Cadera en ligera flexión para facilitar identificación de T. Isquiática.
- B. Previamente, mediante ecografía, se identifica y marca el trayecto del nervio ciático (1) También se marca el pliegue glúteo (2) y mediante control de escopia, la tuberosidad isquiática (3) y el borde inferior de cuello y cabeza) femoral (4). ✕Portal PM. ✕Portal PL.



- A. Dos portales: Postero-medial (visión) y Postero-lateral (trabajo); este último se realiza bajo visualización directa y control de nervio ciático. Ayuda de escopia.
- B. Esta técnica permite acceso al espacio bajo el arrancamiento óseo isquiático sin necesidad de despejar todo el fragmento.



- A. Identificación de tuberosidad isquiática (1) y avulsión ósea (2) con tendón proximal de isquiotibiales (3). Se realiza desbridamiento de fragmento óseo hasta dejar libre el tendón.
- B. Preparación de área insercional de tendón proximal en tuberosidad isquiática.
- C. Visión general previa al reanclaje: huella isquiática de inserción (1) y tendón proximal de isquiotibiales (2).
- D, E. Reanclaje: microfracturas y uso de arpones x2 (Corkscrew, Arthrex) en la huella de inserción. Sutura mattress de configuración horizontal y 2ª hilera. Infiltración de PRPs de forma local.

RESULTADOS

A los **8 meses, no dolor. Fuerza de isquiotibiales 5/5**. Funcionalidad completa para vida diaria y deportiva (correr, bicicleta y gimnasio, de forma intensiva).

CONCLUSIONES

La **avulsión proximal de isquiotibiales** es una lesión de **baja frecuencia**, pero en algunas ocasiones, con **importantes consecuencias**. Avulsiones **completas**, con **fragmentos óseos**, o **refractarias** a tratamiento conservador pueden ser susceptibles de **tratamiento quirúrgico**; la **reparación endoscópica** muestra resultados semejantes a las técnicas convencionales, y puede estar indicada en casos de retracción tendinosa ausente o moderada (<5cm), con una **menor morbilidad y riesgo vasculonervioso**, aunque presenta una **curva de aprendizaje elevada**.