



I CASO CLÍNICO

Tratamiento quirúrgico de la entesopatía cuadriceps distal

Surgical treatment of the distal quadriceps enthesopathy

Ramberde J.

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Hospital Comarcal del Ripollès. Campdevàdol, Girona.

Resumen

Objetivo: Se describe el tratamiento quirúrgico realizado en un caso de entesopatía cuadriceps distal.

Caso clínico: Varón de 31 años que presenta una entesopatía cuadriceps distal resistente al tratamiento conservador, por ello se propone tratamiento quirúrgico.

Discusión: La entesopatía cuadriceps distal responde generalmente al tratamiento conservador y solo ocasionalmente requiere un tratamiento quirúrgico, pero ningún autor describe la técnica quirúrgica.

Conclusión: De forma similar a lo que haríamos en una entesopatía rotuliana distal persistente se realizan tenotomías longitudinales de la inserción distal del tendón cuadriceps y perforaciones del polo superior de la rótula. A los 9 meses de la cirugía el paciente no presenta dolor y ha vuelto a practicar deporte.

Palabras clave:

Rodilla, cuádriceps, entesopatía, caso clínico, cirugía.

Abstract

Objective: The surgical treatment made in a case of distal quadriceps enthesopathy is described.

Case report: Man 31 years old who presents a distal quadriceps enthesopathy resistant to conservative treatment, for that reason is proposed a surgical treatment.

Discussion: The distal quadriceps enthesopathy responds usually to the conservative treatment and it requires only rarely a surgical treatment, but the authors doesn't describe the surgical technique.

Conclusion: Of similar form to which we would do in a persistent distal patellar enthesopathy we made longitudinal tenotomies of the distal insertion of the quadriceps tendon and perforations of the upper pole of the patella. To the 9 months of the surgery the patient does not present pain and has returned to practice sport.

Key words:

Knee, quadriceps, enthesopathy, case report, surgery.

I Introducción

La sobrecarga provoca rupturas microscópicas del tendón asociadas con inflamación que raramente progresan hacia rupturas macroscópicas del tendón parciales o completas [1][2].

Las entesopatías del aparato extensor de la rodilla son frecuentes [3] y se engloban bajo la denominación de rodilla de saltador, una lesión por sobrecarga funcional típica de deportistas que someten el aparato extensor de la rodilla

a tensiones intensas y repetidas. Se afectan, en orden de frecuencia, la inserción del tendón patellar en la rótula (65%), la inserción del tendón del cuádriceps en la rótula (25%) y la inserción del tendón patellar a la tuberosidad tibial anterior (10%) [1][4-6]. Provoca dolor mecánico en la cara anterior de la rodilla, a una altura variable según la estructura lesionada [1][6].

I Caso clínico

Varón de 31 años que consulta por dolor en rodilla derecha habitual desde hace meses que se ha agudizado en las últimas semanas. Aumenta con su actividad laboral (lavado de coches) y al arrodillarse. Refiere tumefacción ocasional. Toma antiinflamatorios no esteroides (AINE) con alivio

Correspondencia

J. Ramerde Macía
Del riu 18. 17530 Campdevàdol (Girona)
jramerde@terra.es

temporal. No refiere trauma actual ni antecedentes patológicos relevantes.

En la exploración física se apreció un dolor localizado, a punta de dedo, en zona suprapatelar externo. El cepillo y la báscula rotulianos son positivos. Las radiografías muestran una patela alta y un espolón infrapatelar (Figura 1). El dolor suprapatelar externo aumentó progresivamente a pesar del tratamiento con AINEs, reposo, infiltraciones y rehabilitación y, a veces, persistía con el reposo nocturno. Se solicitó una RMN que fue informada como condropatía de la faceta interna de la rótula grado IV y patela alta (Figura 2).

A los 4 meses de una evolución no satisfactoria se propuso tratamiento quirúrgico. Dada la discrepancia entre la clínica y la RMN se optó por una artroscopia de rodilla, hallando una sinovitis de fondo de saco subcuadricipital e intercóndilo, condromalacia de la faceta interna de la rótula grado III y plica femoro-patelar interna. Se realizó una si-

novectomía, pliquectomía y desbridamiento de la faceta interna de la rótula. Concluida la artroscopia, a través de un abordaje longitudinal suprapatelar antero-externo se realizaron tenotomías longitudinales de la mitad externa del tendón del cuádriceps distal y perforaciones en el ángulo supero-externo de la rótula.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria y sin complicaciones. A los 9 meses de la cirugía el paciente no presentó dolor y volvió a practicar deporte.

Discusión

El tendón del músculo cuádriceps se halla sometido a grandes solicitaciones mecánicas, tanto de tipo concéntrico como excéntrico, las últimas son las más frecuentes y, generalmente, responsables de las lesiones miotendinosas [3].

La entesopatía cuadricipital distal puede producirse por un estiramiento agudo o por contracciones excéntricas repetidas del músculo. El dolor se localiza en la inserción del tendón cuadricipital en el polo superior de la rótula, sobre todo, en la parte lateral. Aumenta al ponerse en cuclillas o al levantarse de una posición agachada. A veces aparecen signos inflamatorios locales. También puede haber impotencia funcional parcial y rigidez y suele ser unilateral [4][7].

La exploración física revela dolor a la presión sobre la inserción del cuádriceps en la rótula, a veces, también crepitación. El dolor aumenta con la flexión pasiva mantenida o la extensión contra resistencia [4][7].

La radiografía simple es normal en las fases precoces, pero en casos avanzados puede revelar erosión ósea, hiperostosis (exostosis o espolón óseo), fragmentación y calcificaciones. Por su parte, la ecografía muestra engrosamiento fusiforme con lesiones hipoeoicas en la inserción del tendón cuadricipital, pero se han encontrado hallazgos idénticos en tendones de saltadores asintomáticos [6][8] aunque la RMN es la exploración complementaria más sensible y específica.

El diagnóstico diferencial puede plantearse con la condropatía rotuliana, las plicas patológicas, las fracturas de estrés de la rótula, la enfermedad de Hoffa y las osteocondrosis de crecimiento [6].

La mayoría de las lesiones se pueden resolver con tratamiento conservador, si se aplica precozmente y con perseverancia además de cambiar el método de entrenamiento o modificar la actividad. La cirugía está indicada solo ocasionalmente en aquellos raros casos rebeldes que no mejoran tras 3-6 meses de tratamiento adecuado [6][7].

En nuestro caso, ante el fracaso del tratamiento conservador, valoré un tratamiento quirúrgico, pero no tenía expe-

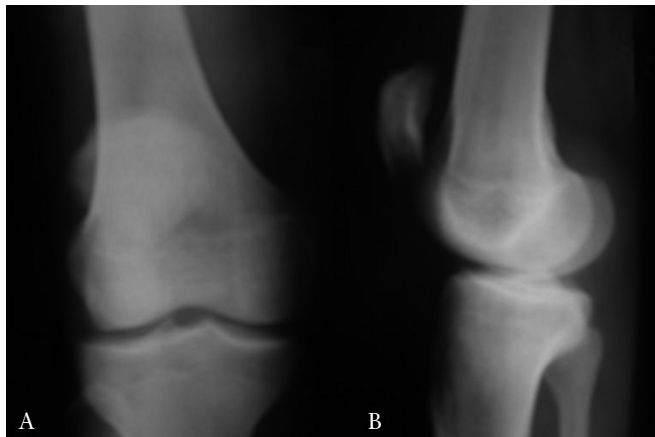


Fig. 1. RX: A) antero-posterior. B) lateral.

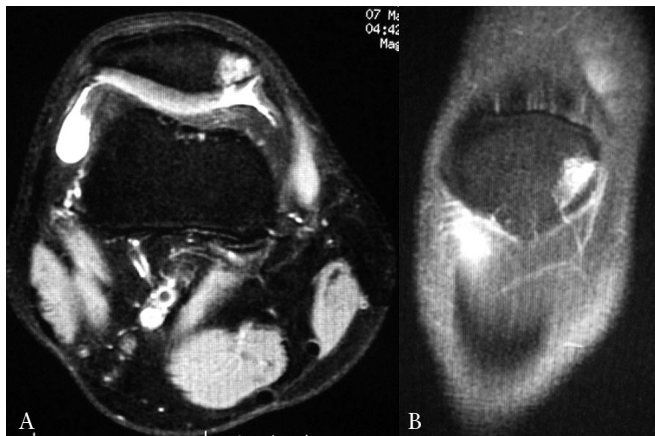


Fig. 2. RMN: A) corte axial. B) corte frontal.



riencia quirúrgica en casos como éste. Consulté la bibliografía, pero ningún autor explicaba su técnica quirúrgica en estos casos. Me planteé hacer un tratamiento similar al que se utiliza en las entesopatías rotulianas distales y en el que tenía una experiencia positiva utilizando tenotomías longitudinales del tendón rotuliano, extirpación del osículo y exostosectomía más perforaciones de la tuberosidad tibial anterior. En este caso, me proponía realizar tenotomías longitudinales del tendón cuadriceps distal y perforaciones del polo superior de la rótula. El tratamiento ha sido efectivo, si bien se debe considerar la variable que supone la artroscopia concomitante para tratar una patología femoropatelar que no parecía sintomática. ■

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Scuderi GR, Scott WN, Insall JN. Injuries of the knee: Acute and chronic disorders of the patella. En: Rockwood and Green's. Fractures in Adults. 4th ed [CD-ROM]. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers; 1996.
2. Maddox PA, Garth WP Jr. Tendinitis of the patellar ligament and quadriceps (jumper's knee) as an initial presentation of hyperparathyroidism. A case report. *J Bone Joint Surg (Am)* 1986; 68-A:288-92.
3. Merchán EC, Fernández J. Lesiones tendinosas. En: Manual SECOT de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Madrid: Editorial Médica Panamericana SA; 2003. p. 365-74.
4. Galiano D. La rodilla del saltador. En: Álvarez A, Barragán A, Centeno RA, Galiano D, Gallardo F, Omenac I, Pesquera R (eds). *Saludínámica 4. El baloncesto: antecedentes, lesiones más frecuentes y mecanismo de prevención. Comunicaciones Menarini en salud y deporte.* p. 51-8.
5. Arnheim DD. Rodilla y estructuras relacionadas. En: Arnheim DD (ed). *Medicina deportiva. Fisioterapia y entrenamiento atlético. Patología deportiva.* 2ª ed. Madrid: Mosby / Doyma Libros. División de Times Mirror de España, SA; 1994. p. 337-60.
6. Ziegler G, Euller-Ziegler L. Rhumatismes abarticulaires (épaule non comprise). *Encycl. Méd. Chir. (Paris - France), Appareil locomoteur, 14360 A10, 4-1989, 10 p.*
7. Delgado A, Del Castillo MD, Ballesteros R. Patología del aparato extensor de la rodilla del deportista. En: Ballesteros R, Gómez E, Jumilla JL, Castro R (eds). *Traumatología y Medicina Deportiva. Vol. 2.* Almería: Universidad de Almería. Servicio de Publicaciones; 1998. p. 543-53.
8. Benjamin M, Toumi H, Ralphs JR, Bydder G, Best TM, Milz S. Where tendons and ligaments meet bone: attachment sites ('entheses') in relation to exercise and/or mechanical load. *J Anat* 2006; 208:471-90.

Conflicto de intereses

Los autores no hemos recibido ayuda económica alguna para la realización de este trabajo. Tampoco hemos firmado ningún acuerdo por el que vayamos a recibir beneficios u honorarios por parte de alguna entidad comercial. Ninguna entidad comercial ha pagado, ni pagará, a fundaciones, instituciones educativas u otras organizaciones sin ánimo de lucro a las que estamos afiliados.