

Avulsión crónica de tendones isquiotibiales proximales: Reconstrucción con autoinjerto de semitendinoso y recto interno ipsilaterales

Alberto Abad Arevalillo, Sandra Bazaga Díaz, Pablo Herrera Mera

INTRODUCCIÓN

- Varón de 59 años, bombero de profesión.
- Consulta por dolor en región posterior del muslo e impotencia funcional de miembro inferior derecho tras caída hace 3 meses.
- A la exploración presenta dolor a la palpación sobre tuberosidad isquiática y al flexionar la cadera, limitación para la flexión activa de la rodilla y atrofia muscular generalizada en dicho miembro.
- RM diagnóstica rotura crónica de isquiotibiales a nivel de la inserción en la tuberosidad isquiática, con retracción del tendón de 16cm.

En un primer momento se remite a rehabilitación. Tras 3 meses sin mejoría, se propone tratamiento quirúrgico con el objetivo de reconstruir el tendón y recuperar la funcionalidad de los músculos isquiotibiales.

MATERIAL Y MÉTODOS

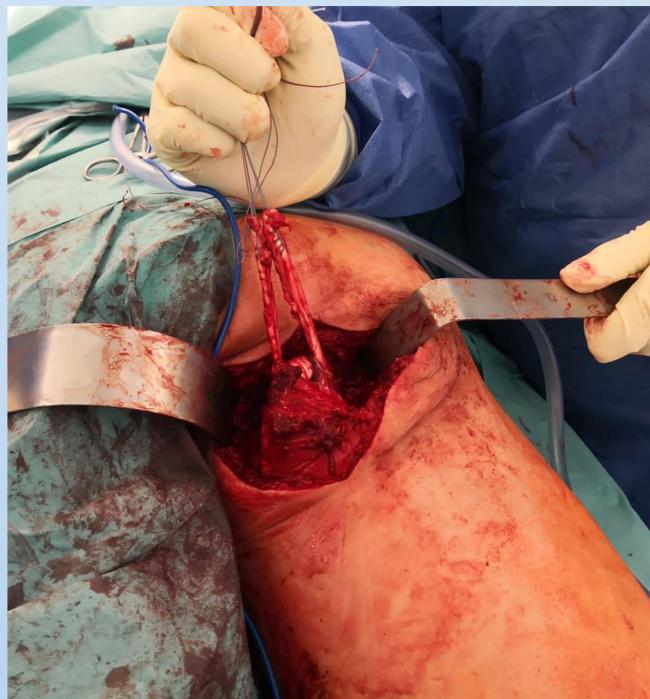
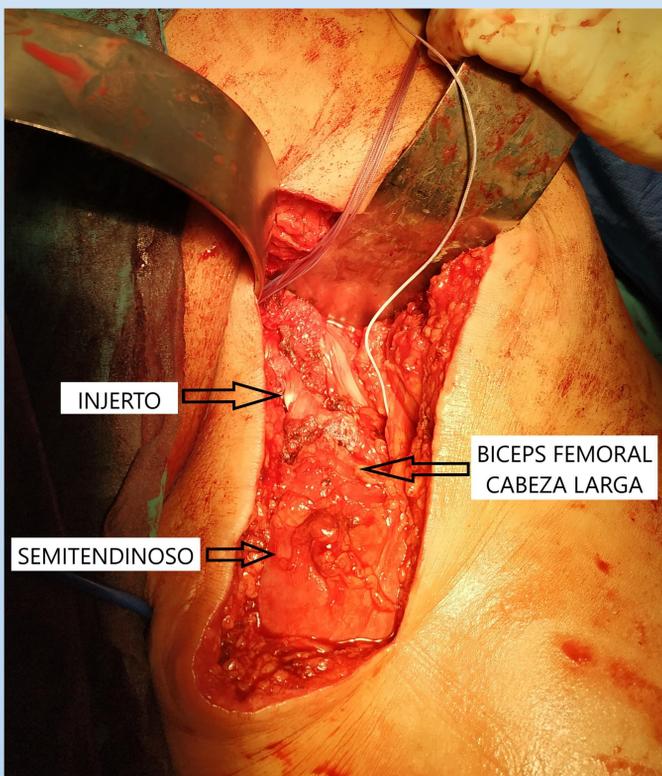
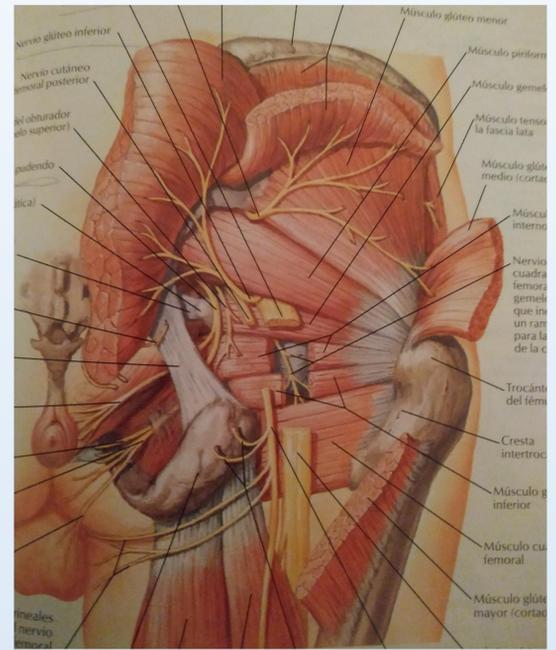
La cirugía se realiza a los 10 meses de la lesión inicial.

En decúbito supino, procedemos a la extracción de tendones Semitendinoso y Recto interno ipsilaterales.

Posteriormente, en decúbito prono realizamos abordaje longitudinal desde la tuberosidad isquiática hasta el muñón de músculos isquiotibiales.

Identificamos el nervio ciático que se protege, y procedemos a liberar el muñón muscular y eliminar todo el tejido cicatricial de la zona.

Atravesamos la masa del muñón muscular con el autoinjerto y anclamos a la huella en la tuberosidad isquiática con dos implantes Bio Swive Lock (Arthrex) de 4,7 mm.



RESULTADOS

Durante el postoperatorio, se mantiene ortesis inmovilizadora de cadera a 0° y de rodilla a 30° de flexión durante un mes. A partir del mes se permite carga parcial con muletas según tolerancia y remitimos a fisioterapia.

A los 3 meses de evolución el paciente camina sin muletas, es capaz de flexionar la rodilla contra gravedad y contrarresistencia y se palpa injerto funcionante.

Al año de la cirugía, el paciente se reincorporó a su actividad laboral previa.



CONCLUSIONES

Existe poca bibliografía sobre esta patología. Se describen otras técnicas quirúrgicas con aloinjerto de cadáver. Consideramos que esta técnica obtiene un buen resultado funcional, asegurando una buena integración del injerto.