

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ENTESOPATÍA INSERCIONAL DE CUADRICEPS



Grande Caballero, ML; Rodríguez Matute, A; Gumersindo Godoy, F
Hospital General Básico Santa Ana, Motril

MATERIAL Y METODOLOGÍA

El caso que nos ocupa se trata de un varón de 49 años derivado a consulta por gonalgia derecha de un año y medio de evolución, con focalización de dolor en polo superior de rótula. En la exploración se objetivó movilidad completa con dolor al flexionar, fuerza 5/5, y estabilidad articular. La radiografía mostraba una calcificación de la inserción del cuádriceps sin otras lesiones ni signos degenerativos. Se amplió el estudio mediante TAC y RMN, encontrándose una tendinosis en la inserción distal del tendón cuadriceps y la presencia de un entesofito, permitiendo establecer el diagnóstico de entesopatía insercional del cuádriceps.

Inicialmente se instauró un tratamiento con AINES y se derivó a rehabilitación. En la revisión a las 12 semanas el paciente refería ligera mejoría clínica pero persistencia de dolor que le incapacitaba para sus actividades habituales, por lo que se propuso para intervención quirúrgica.

Se realizaron tenotomías longitudinales sobre el tendón del cuádriceps distal, resección del entesofito y perforaciones en polo superior de la rótula mediante abordaje directo sobre el tendón. Se autorizó la carga parcial desde el inicio con apoyo de muletas



Fig. 1 Radiografía lateral en la que se aprecia entesofito en polo superior de la rótula

OBJETIVOS

Plantear una opción de manejo quirúrgico de la entesopatía insercional de cuádriceps, un proceso manejado habitualmente de manera conservadora.

RESULTADOS

En la primera revisión a los 10 días, se inició protocolo de rehabilitación con potenciación de cuádriceps. A las 8 semanas el paciente presentaba una movilidad completa, fuerza cuádriceps 5/5 y resolución de la clínica dolorosa.



Fig 2 Resonancia Magnética donde se observa tendinosis en la inserción del tendón del cuádriceps

CONCLUSIONES

La clínica de las entesopatías inflamatorias suele cursar con dolor y debilidad palpable en la zona. Dada la baja especificidad de estos signos, las pruebas de imagen tienen gran importancia en el diagnóstico, siendo la ecografía y la resonancia magnética útiles para detectar cambios inflamatorios tempranos. El tratamiento inicial de este tipo de patologías se basa en terapia antiinflamatoria y rehabilitación, consiguiendo la mejoría clínica en la mayoría de ocasiones. No obstante, cuando el tratamiento conservador fracasa se plantean tratamientos quirúrgicos mediante diversas técnicas, como la realización de tenotomías longitudinales y perforación del polo superior de la rótula con resultados satisfactorios.

C O N G R E S O
SECOT58

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA