



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



## CASO CLÍNICO

# Rehabilitación tras rotura completa de los músculos isquiotibiales: a propósito de un caso

M.T. Ortiga-Pifarré<sup>a,\*</sup>, L. Mambro-Girón<sup>a</sup>, M. Castellano-Del Castillo<sup>b</sup> y E. Sisteré-Coll<sup>c</sup>

<sup>a</sup> Departamento Servicio de Rehabilitación, Hospital Universitario Santa María de Lleida, Lleida, España

<sup>b</sup> Equipo de valoración y orientación (EVO) de la discapacidad, Consorci Sanitari de l'Anoia, Vilanova i la Geltrú, Barcelona, España

<sup>c</sup> Departamento y Servicio de Rehabilitación, Universitat de Lleida (UdL), Lleida, España

Recibido el 22 de agosto de 2017; aceptado el 11 de diciembre de 2017

### PALABRAS CLAVE

Isquiotibiales;  
Rotura total  
muscular;  
Rehabilitación

**Resumen** Las lesiones de los músculos isquiotibiales ocurren más frecuentemente en actividades en las que se combinan la contracción excéntrica y velocidad. Su biomecánica es compleja debido a su condición biarticular que hace que participen en la estabilización de la pelvis, rodilla de forma individual y de ambas articulaciones durante la marcha. Su lesión puede ir de una simple distensión (que conlleva un buen pronóstico de recuperación a corto plazo) a una rotura total de la inserción proximal (asociada más frecuentemente a una recuperación más compleja). Presentamos el caso clínico de una rotura total de la inserción proximal de los isquiotibiales con recidiva a las dos semanas y realizamos una revisión de la literatura.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Hamstrings;  
Total muscle rupture;  
Rehabilitation

### Rehabilitation after total rupture of the hamstrings: Apropos of a case

**Abstract** Hamstring injuries occur more frequently in activities combining eccentric contraction and speed. The biomechanics of these injuries are complex due to their bi-articular status, as the hamstrings are involved in the stabilization of the pelvis, knee individually, and both joints during gait. Hamstring injuries can range from a simple strain (which has a good prognosis for recovery in the short term) to total rupture of the proximal insertion (most frequently associated with more complex recovery). We present the clinical case of a total rupture of the proximal insertion of the hamstring that relapsed within two weeks and provide a review of the literature.

© 2018 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. All rights reserved.

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [maiteortiga44@gmail.com](mailto:maiteortiga44@gmail.com) (M.T. Ortiga-Pifarré).

## Introducción

La avulsión proximal completa de los isquiotibiales (IT) es una lesión relativamente infrecuente entre la población activa. Se produce predominantemente en deportistas jóvenes que practican actividades físicas en las que se combinan velocidad, contracción excéntrica e impacto como rugby, esquí acuático, etcétera... Esta lesión produce un deterioro funcional importante en la biomecánica de la extremidad inferior afecta. El mecanismo lesional puede producirse de dos formas. Una, puede ser un gesto abrupto en hiperflexión de la cadera con extensión simultánea de rodilla, donde se produce una caída hacia delante con el pie fijado en el suelo. Y por otra parte, debido a una hiperextensión forzada de cadera junto a una flexión de rodilla (sprint o disparo). Clínicamente da lugar a un dolor agudo, referido como un dolor lacerante, súbito, que precede a una impotencia funcional importante en dicha extremidad. A las 48 h puede aparecer un gran hematoma en la parte posterior del muslo, pudiendo ser inter- o intramuscular dependiendo de la gravedad de la lesión. En la exploración física, si solicitamos una flexión activa de rodilla al paciente, se evidencia «el signo de la cuerda de arco» o «bowstring sign»<sup>1</sup>. Además, en la parte proximal, podemos palpar el «gap» o muñón de los tendones de los IT afectados a cierta distancia del isquion.

La rotura completa de la inserción proximal de los tendones IT está presente en el 0,9% de las lesiones que involucran a este grupo muscular. Dentro de estas la menos frecuente es la que compromete a los tres tendones (semitendinoso, semimembranoso y la cabeza larga del bíceps femoral). Cabe destacar que, el riesgo de recidiva de esta lesión es muy considerable, llegando a poder alcanzar el 70% de los casos, según las series. Los factores de riesgo<sup>2</sup> para la lesión de los MI son: realizar competición (mayor incidencia que durante el entrenamiento), disminución de la flexibilidad del cuádriceps (arco de la *compliance* disminuido), incremento de la edad (aumento en rigidez y aumento de peso), amplia zancada, fatiga muscular<sup>3</sup> y falta de estiramiento previo al deporte.

Estas lesiones, como se refleja en la literatura, son muy proclives a provocar complicaciones<sup>4</sup>, entre las cuales encontramos el síndrome compartimental, afección del nervio ciático (ya sea por compresión o fibrosis durante la reparación) o miositis osificante por calcificación ectópica del hematoma.

En la actualidad, revisando la literatura apreciamos una falta de consenso y estudios de calidad sobre las intervenciones terapéuticas a realizar en las lesiones agudas de los IT. Sí podemos afirmar que su diagnóstico es totalmente clínico y la confirmación debería ser mediante ecografía muscular y/o resonancia magnética (RM) (fig. 1). Una vez confirmada la patología, se determina por un tratamiento conservador (rehabilitación) o por un tratamiento quirúrgico.

## Caso clínico

Mujer de 50 años sin antecedentes clínicos de interés, que en el contexto de un accidente casual sufrió una compresión de un minuto de duración de la masa muscular isquiotibial de la extremidad inferior derecha con resultado de un dolor intenso e impotencia funcional. En una unidad de urgencias

se le administró un antiinflamatorio intramuscular y posteriormente se le prescribió la medicación vía oral cada 8 h. Se recomendó marcha en descarga con dos bastones ingleses (BI). Se le dio de baja en actividad laboral y se aconsejaron medidas (reposo, hielo, compresión y elevación). En la primera valoración médica se objetivó un gran hematoma intramuscular en la parte posterior del muslo con unas dimensiones de 12x8 cm, diagnosticado mediante ecografía. Clínicamente se observó una posible desinserción de los músculos semitendinoso y semimembranoso por lo que se solicitó estudio mediante RM. En el transcurso de los 15 días posteriores, la paciente sufrió una nueva caída por deslizamiento de la misma extremidad, con diagnóstico de rotura de los IT que se trató mediante descarga de la extremidad afecta durante 2 semanas (deambulación con BI), media de compresión intermedia para el control del hematoma, aplicación de crioterapia local y tratamiento antiinflamatorio oral.

Se volvieron a repetir los estudios por la imagen mediante ecografía y RM, confirmándose en la ecografía una desinserción proximal total de los músculos semimembranoso, semitendinoso y porción larga de bíceps femoral, más gran hematoma intramuscular de 15,4 x 3,7 x 3,9 cm y objetivándose en la RM un descenso por retracción de la masa muscular de 17,8 cm respecto a isquion, con un diámetro transversal 6,8 cm y anteroposterior de 6,7 cm. A nivel de tratamiento farmacológico se le prescribió de nuevo AINE vía oral cada 8 h. A nivel de tratamiento ortopédico se le recomendó el uso de una media ortopédica de compresión intermedia durante 10 h al día y el uso de los BI para descarga total de la extremidad durante 2 semanas. Posteriormente, apoyo progresivo con dos BI durante 2 semanas más. Al mes de la segunda lesión dejó de usarlos. Inició el tratamiento fisioterápico al mes de la primera lesión. En la exploración física inicial se visualizó un gran hematoma intramuscular con equimosis. Presentaba un dolor a la movilización activa y pasiva en cadera y rodilla de 9 sobre 10 en escala visual analógica del dolor (EVA). En la medición del balance articular mediante goniometría se apreciaba una movilidad activa de flexión de cadera de 65°, extensión de cadera de 10°, una abducción de 15° y la flexión de rodilla de 20°. El balance muscular (escala Oxford) fue el siguiente: semimembranoso (2/5), semitendinoso (2/5), bíceps femoral (2/5), glúteo mayor (1/5), glúteo mediano y menor (4/5), psoas ilíaco y aductores (4/5) cuádriceps (4/5) y abdominales (4/5). En la exploración de la sensibilidad, la paciente describió una hipoestesia táctil y algésica en la cara posterior e interna del muslo derecho. A nivel lumbopélvico no se apreciaban más lesiones y/o déficits. La exploración vascular de la extremidad reflejaba una gran coelección de líquido vascular con equimosis (fig. 2) y empastamiento de la zona afecta. Se pautó tratamiento fisioterápico a diario durante 20 sesiones con la siguiente pauta: magnetoterapia de 30 min, onda corta pulsante en la región IT, alterno con hot pack 20 min, drenaje linfático manual combinado con presoterapia de la extremidad afecta y corrientes analgésicas continuas (electroestimulación transcutánea a dosis de 100 Hz) en zona de dolor. Tras control por traumatología se le aconsejó continuar tratamiento y se le añadió ejercicios activos-asistidos suaves y excéntricos de cadera, rodilla y columna lumbar así como reeducación de la marcha en paralelas. Posteriormente añadimos ejercicios propioceptivos bipodales en

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8802696>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8802696>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)