

RESORTE LATERAL DE RODILLA: PATOGENIA Y TRATAMIENTO DE LA ANOMALÍA INSERCIONAL DEL BICEPS FEMORAL

López Álvarez B, Sierras Cristia A, Rubín Capalbo C.
Hospital Santa Ana. Motril.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

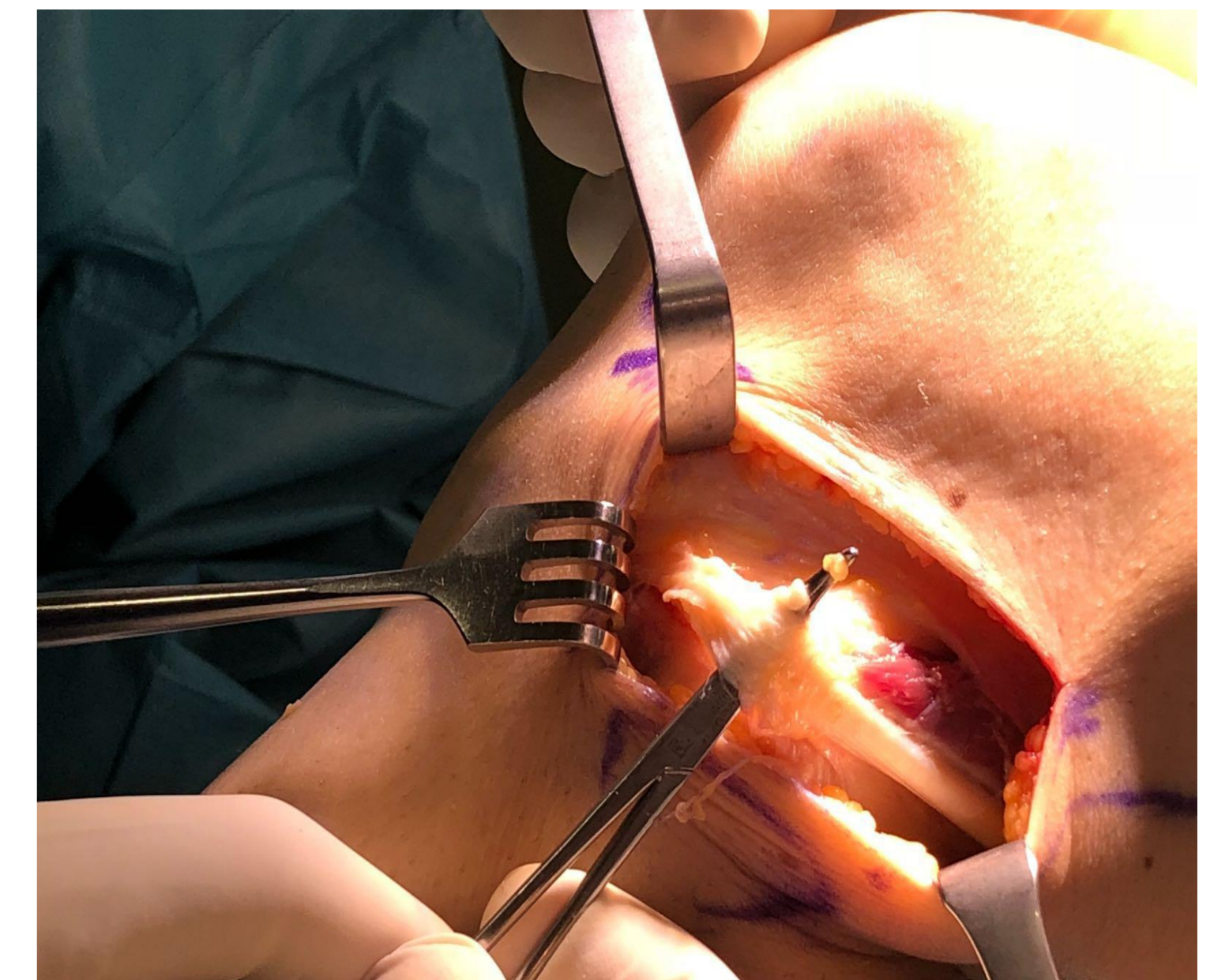
Paciente con resorte lateral doloroso de rodilla izquierda secundario a una inserción anómala de la porción larga del bíceps femoral tratado quirúrgicamente.
Estudio de un caso acaecido en nuestro hospital.

RESULTADOS

Tratamiento conservador sin mejoría. Realizamos tratamiento quirúrgico mediante abordaje lateral y disección de tejidos. Se identifica inserción anómala en tibia. Se realiza desinserción del haz tibial y tenodesis al haz directo (inserción posterolateral de peroné). Se comprueba la resolución del resorte.
Inmovilización durante 10 días y, posteriormente, movilidad activa limitada a 90° de flexión. A partir del mes movilidad completa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón 38 años, dolor crónico en lateral de rodilla izquierda sin traumatismo. Exploración con chasquido a flexión de >90°, resorte visible, se incrementa con rotación tibial interna. Clínica similar en rodilla contralateral. No dolorosa



CONCLUSIONES

El resorte lateral de rodilla es una patología poco prevalente. La mayoría de los casos se deben a patologías relacionadas con la cintilla iliotibial. Existe poca bibliografía sobre aquella producida por afectación de la porción larga del bíceps femoral. La inserción tendinosa de éste es compleja, se divide en dos haces: uno directo, se inserta en la porción posterolateral de la cabeza del peroné, y otro anterior, se inserta a nivel lateral de la misma. Se han descrito prolongaciones de la fascia hacia la cara anterior y distal de tibia. Una de las causas del resorte del bíceps femoral es una alteración anatómica de las estructuras descritas, ya sea una inserción del haz anterior a nivel de la tibia, una bifurcación muy distal de ambos haces o la prominencia de la cabeza del peroné. Además de éstas, puede estar causado por patología traumática, incluso podemos encontrarlo en una rodilla sin alteración aparente. En cualquier caso, el tratamiento inicial es conservador, procediendo al tratamiento quirúrgico si éste falla. En bibliografía, se recomienda desinserción del haz anterior o, el patológico, y su reinserción en la cabeza del peroné, ya sea solidarizándolo con el haz directo o mediante arpones. Si existe prominencia de la cabeza del peroné, se recomienda su regularización o resección parcial. Imprescindible comprobación intraoperatoria de la resolución del resorte para decidir si el paciente requiere otros procedimientos

