

QUÉ HACER EN UNA LESIÓN MUSCULAR DE LOS ISQUIOTIBIALES.

¿QUÉ PUEDE PREDISPONER A LA ROTURA?

Los movimientos explosivos rápidos que combinan la flexión ipsilateral de la cadera y la extensión de la rodilla pueden causar lesiones agudas por avulsión tendinosa o desgarros a través de las porciones biomecánicamente susceptibles de los músculos, como el segmento intratendinoso o la unión musculotendinosa.

La cabeza larga del bíceps femoral suele ser la más afectada.

Con menor frecuencia, las lesiones de los isquiotibiales se deben a desgarros crónicos degenerativos debidos a microtraumatismos repetidos y a una mala cicatrización dentro de la porción tendinosa. Estas últimas suelen afectar al tendón proximal libre del semimembranoso.

¿QUÉ SIENTE EL PACIENTE?

Los pacientes suelen presentar un dolor punzante agudo sobre el segmento muscular lesionado, una amplitud de movimiento reducida (ROM) de la cadera y la rodilla, y una incapacidad inmediata para continuar con la actividad deportiva.

¿CUÁNDO VOLVERÁ A COMPETIR MI PACIENTE?

Las lesiones de isquiotibiales de alto grado tienen un pronóstico incierto, con tiempos de rehabilitación variables, retrasos en el retorno al nivel de actividad deportiva previo a la lesión y un alto riesgo de recidiva.

Una lesión previa de los isquiotibiales es un factor de riesgo importante para volver a lesionarse. Las lesiones recurrentes suelen ser de igual o peor gravedad radiológica que la lesión inicial y se asocian a un retraso en el retorno a la actividad deportiva.

Comprender el tratamiento óptimo de las lesiones de isquiotibiales es fundamental para restablecer el nivel de función previo a la lesión, mejorar la fuerza de los isquiotibiales, aumentar la amplitud de movimiento y minimizar el riesgo de complicaciones.

PRUEBAS DE IMAGEN.

La **RADIOGRAFÍA SIMPLE** debe ser la primera línea de diagnóstico por imagen en pacientes con lesiones agudas. Éstas pueden identificar una lesión por avulsión ósea del origen de los isquiotibiales en la tuberosidad isquiática o su inserción en la tibia o el peroné.

Seguiremos evaluando **ECOGRÁFICAMENTE**, la principal ventaja de la ecografía es que una prueba económica, que proporciona una evaluación dinámica del lugar de la lesión, del patrón fibrilar del músculo, del grado de retracción y del lugar de la lesión.

Si la ecografía no nos da suficiente información, entonces recurriríamos a una **Resonancia Magnética**

HABLEMOS DE LOS TIEMPOS.

TIEMPOS DE RECUPERACIÓN ATENDIENDO A LA IMAGEN.

Utilizando el **sistema de clasificación ecográfica de Peetrons:**

El grado 0 representa un resultado negativo de la exploración, sin ninguna patología.

El grado 1 representa un edema pero sin distorsión arquitectónica.

El grado 2 representa una disrupción que indica un desgarro parcial.

El grado 3 representa una rotura total del músculo o del tendón.

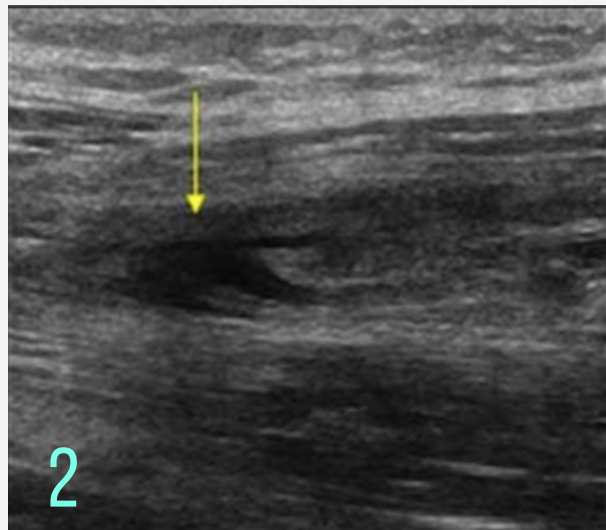
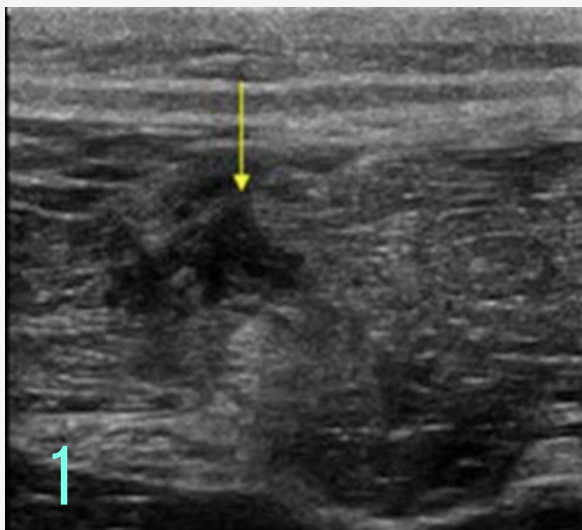
Tiempo transcurrido hasta la vuelta a la actividad deportiva

grado 0: 8 ± 3 días

grado 1: 17 ± 10 días

grado 2: 22 ± 11 días

grado 3: 73 ± 60 días



Ejemplo de rotura muscular del semitendinoso.

Imagen 1 Corte transversal.

Imagen 2 corte longitudinal.

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

CLASIFICACIÓN Y MANEJO.

CLASIFICACIÓN DE LA LESIÓN.

Clasificación británica de lesiones musculares en atletismo (BAMIC). Hay muchas escalas, pero puedes utilizar esta para guiarte.

Grado	Localización	Hallazgos en la RM	Interrupción
0	Nil	Nil	Nil
1: Pequeño desgarro	1a. Miofascial 1b. MTJ	< 10% CSA < 5 cm de largo	1a. < 1 cm de separación 1b. < 1 cm de separación
2: Desgarro moderado	2a. Miofascial 2b. MTJ 2c. Tendón < 50% CSA	10% a 50% CSA De 5 a 15 cm de largo	2a. Hueco de 1 a 5 cm 2b. Hueco de 1 a 5 cm 2c. Sin vacío ni redundancia
3: Desgarro extenso	3a. Miofascial 3b. MTJ 3c. Tendón > 50% CSA	> 50% CSA > 15 cm de largo	3a. > 5 cm de separación 3b. > 5 cm de separación 3c. Redundancia del tendón
4: Desgarro completo retracción	4. Músculo 4c. Tendón	4. Discontinuidad completa del músculo o tendón con retracción	Desgarro muscular completo con retracción 4c. Rotura completa del tendón con retracción

CSA, área de sección transversal; MTJ, unión musculotendinosa.

¿QUÉ DEBO HACER CON MI PACIENTE?

La inmovilización temprana y el soporte de peso protegido pueden ayudar a proteger el tejido lesionado. Se ha demostrado que los ejercicios de estabilización del tronco durante la fase inicial de curación y una vuelta gradual a la carrera, los sprints y los ejercicios pliométricos reducen la tasa de recidiva.

Se ha demostrado que el alivio del dolor en el lugar de la lesión es **clave** para progresar en la rehabilitación. Los criterios de las pruebas de rendimiento sin dolor para informar sobre la vuelta al juego incluyen la **prueba del triple salto, la normalización de la producción de fuerza isocinética de los isquiotibiales dentro del 10% de la extremidad contralateral, el ROM completo en la cadera y rodilla y la capacidad de realizar actividades específicas del deporte.**

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.

EVOLUCIÓN.

¿CÓMO EVOLUCIONA CADA LESIÓN?

Las **lesiones miofasciales de bajo grado (grado 0 a 1)** responden bien al tratamiento no quirúrgico debido a una unión musculotendinosa intacta y a los rápidos tiempos de curación de la fascia.

Los **desgarros de isquiotibiales de alto grado (de grado 2 a 3)** se asocian a una recuperación prolongada y a un mayor riesgo de recidiva. Es más probable que las lesiones de alto grado afecten a la unión musculotendinosa o al tendón central, que tienen tiempos de curación más prolongados que las lesiones miofasciales y un retraso en la vuelta al juego de > 50 días.

El proceso reparador inicial se caracteriza por una respuesta inflamatoria aguda que forma una cicatriz funcionalmente limitada. El retorno de la resistencia a la tracción del tendón, necesaria para las actividades atléticas explosivas como el sprint, no se produce hasta la remodelación exitosa del tendón, que comienza aproximadamente **6 semanas después** de la lesión.

CRITERIOS IDEALES DE MANEJO.

Aunque no hay consenso sobre los criterios ideales para la vuelta al juego, en general, vienen dictados por el retorno a la simetría de la extremidad de referencia, la fuerza máxima y la fuerza excéntrica.

Las **avulsiones proximales** de tendón se asocian a malos resultados cuando se tratan sin cirugía. Tradicionalmente, las lesiones por avulsión proximal parcial que afectan a uno o dos tendones con < 2 cm de retracción se han tratado sin cirugía. Sin embargo, cada vez hay más pruebas de que el tratamiento no quirúrgico de estas lesiones se asocia a un mal retorno al nivel deportivo previo y a un alto riesgo de recidiva.

SI NO QUIERES PERDERTE NADA, ENTRA EN NUESTRA LISTA DE EMAIL.