

## ¡YA NO MAS DOLOR AL SENTARSE!

# REPARACIÓN ENDOSCÓPICA ROTURA CRÓNICA ISQUIOTIBIALES

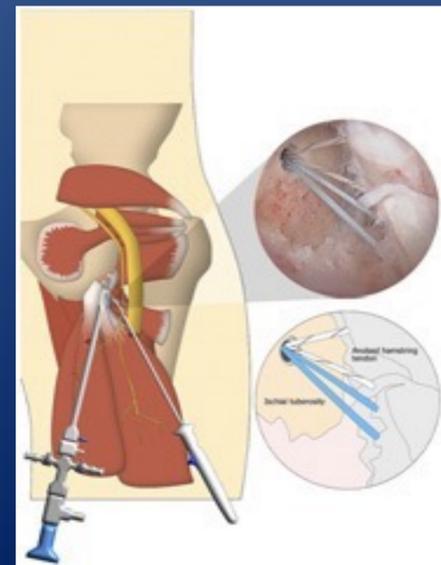
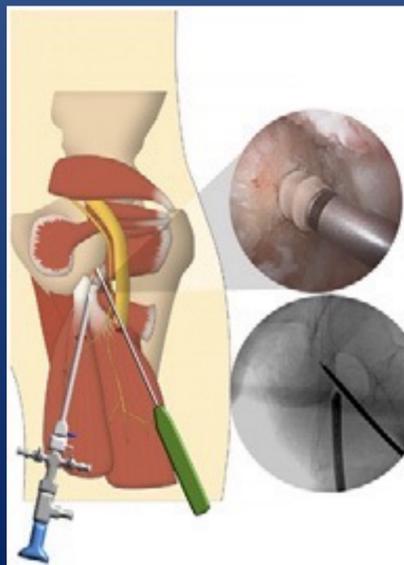
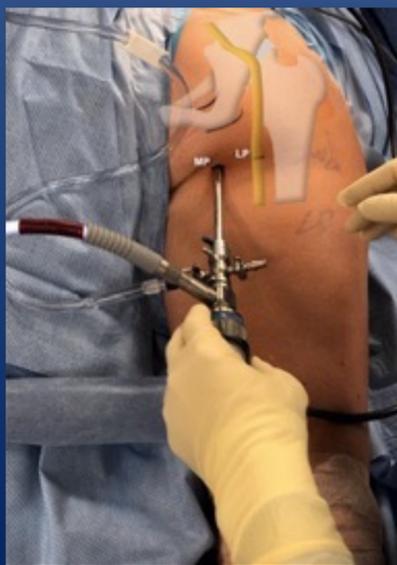
AUTORES: Dr. Juan Miguel Rodríguez Roiz (1,2), Dr. Carlomagno Cárdenas Nylander (3)

CENTROS: 1) Mutua Universal Mugenat Barcelona; 2) Quirón Aribau Barcelona 3) ICATME. Hospital Quirón-Dexeus

**1. INTRODUCCIÓN:** Paciente de 50 años, deportista amateur habitual, que presenta 2 años de evolución con dolor insidioso en zona glútea derecha que no mejora con múltiples terapias/tratamientos, invalidante al estar sentado tiempo prolongado, y que le impide realizar deporte.



**2. MATERIAL Y METODOLOGÍA:** dolor a punta de dedo en zona de tuberosidad isquiopúbica, que empeora con la flexión contra-resistencia de rodilla. Balance articular de cadera completo indoloro, Rx pelvis sin alteraciones. Se realiza RM que confirma rotura crónica de la inserción proximal isquiotibiales (Fig. 1) con edema en ambas tuberosidades isquipopúbicas (*flecha negra*), y edema/tendinosis en inserción proximal isquiotibiales derechos (*flecha blanca*). Se indica tratamiento quirúrgico. Bajo anestesia general, en decúbito prono, se procede mediante 3 portales artroscópicos a bursectomía y reinsertación en isquion de isquiotibiales mediante 2 arpones.



**3. RESULTADOS:** Paciente inicia tratamiento rehabilitador, con gran mejoría clínica, desapareciendo el dolor glúteo. A los 4 meses postoperado, el paciente ha retornado a la actividad deportiva (tenis) sin limitaciones.

**4. CONCLUSIONES:** El dolor glúteo tiene varios diagnósticos diferenciales, entre ellos la rotura de isquiotibiales. No existe consenso en la literatura sobre el tratamiento de esta lesión a nivel amateur, recomendándose tratamiento quirúrgico en deportistas de élite. Consideramos que esta lesión requiere tratamiento rehabilitador de entrada, dejando el tratamiento quirúrgico como último recurso.