

LESIÓN DEPORTIVA EN LA ADOLESCENCIA: AVULSIÓN DE APÓFISIS ISQUIÁTICA, A PROPÓSITO DE UN CASO

De Armas Báez, H.H., Rodríguez del Real, M. T., Arviza Lorenzo, P. C., Serrano Gil, E., González López, M.

Hospital Universitario de Getafe

OBJETIVOS

Presentar un caso infrecuente de avulsión de la tuberosidad isquiática.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se expone el caso de un paciente de 12 años que jugando al fútbol presenta dolor brusco en región glútea e impotencia funcional. En la radiografía se objetiva avulsión de la tuberosidad isquiática derecha desplazada. Se solicita TC para cuantificar el desplazamiento.

Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre estas lesiones, su manejo terapéutico y complicaciones.



RESULTADOS

La TC mostró un desplazamiento de 1'8 cm por lo que se decidió tratamiento conservador: descarga 6 semanas, analgesia y rehabilitación. A los 5 meses persistían molestias por lo que se solicitó una RM que mostró cambios inflamatorios en la entesis. El paciente mejoró clínicamente, la consolidación se produjo a los 3'5 meses y pudo retomar la actividad deportiva a los 9 meses.



CONCLUSIONES

Las avulsiones isquiáticas son lesiones deportivas y se presentan con mayor frecuencia en la adolescencia. Se producen por una contracción brusca de los isquiotibiales. Entre los 13-16 años comienza la osificación de la tuberosidad isquiática. Esta zona es mecánicamente más débil. Esto explica que se produzca una avulsión ósea antes que una rotura tendinosa.

Clínicamente, el paciente refiere dolor brusco en la zona posterior del glúteo o muslo e impotencia funcional. En ocasiones nota un “pop”. En la exploración aparece inflamación, equimosis, incapacidad para la sedestación y movilidad dolorosa de cadera y rodilla.

En casos de dolor a nivel proximal se recomienda realizar radiografías para descartar avulsiones. La RM es útil, puede mostrar fracturas ocultas, edema y arrancamiento perióstico. La TC valora el grado de desplazamiento.

El tratamiento conservador está indicado en la mayoría de los casos obteniendo resultados satisfactorios. No existe consenso sobre el grado de desplazamiento para recomendar la cirugía. En deportistas de alto nivel o con desplazamientos mayores de 1'5-2 cm se debe considerar. Se han descrito algunas complicaciones: dolor persistente al sentarse, pseudoartrosis (asintomática en la mayoría de los casos), ciatalgia, calcificaciones heterotópicas y pinzamiento isquiofemoral por el callo de fractura.

No existe conflicto de intereses.