

OBJETIVOS

Presentar el caso de un paciente de 41 que acude a consulta por coxalgia bilateral, más acusada en la izquierda, que aumenta con las movilizaciones de cadera. En RMN: Tendinopatía crónica bilateral rectos femorales con osificaciones intratendinosas. Se plantea exéresis.

RESULTADOS

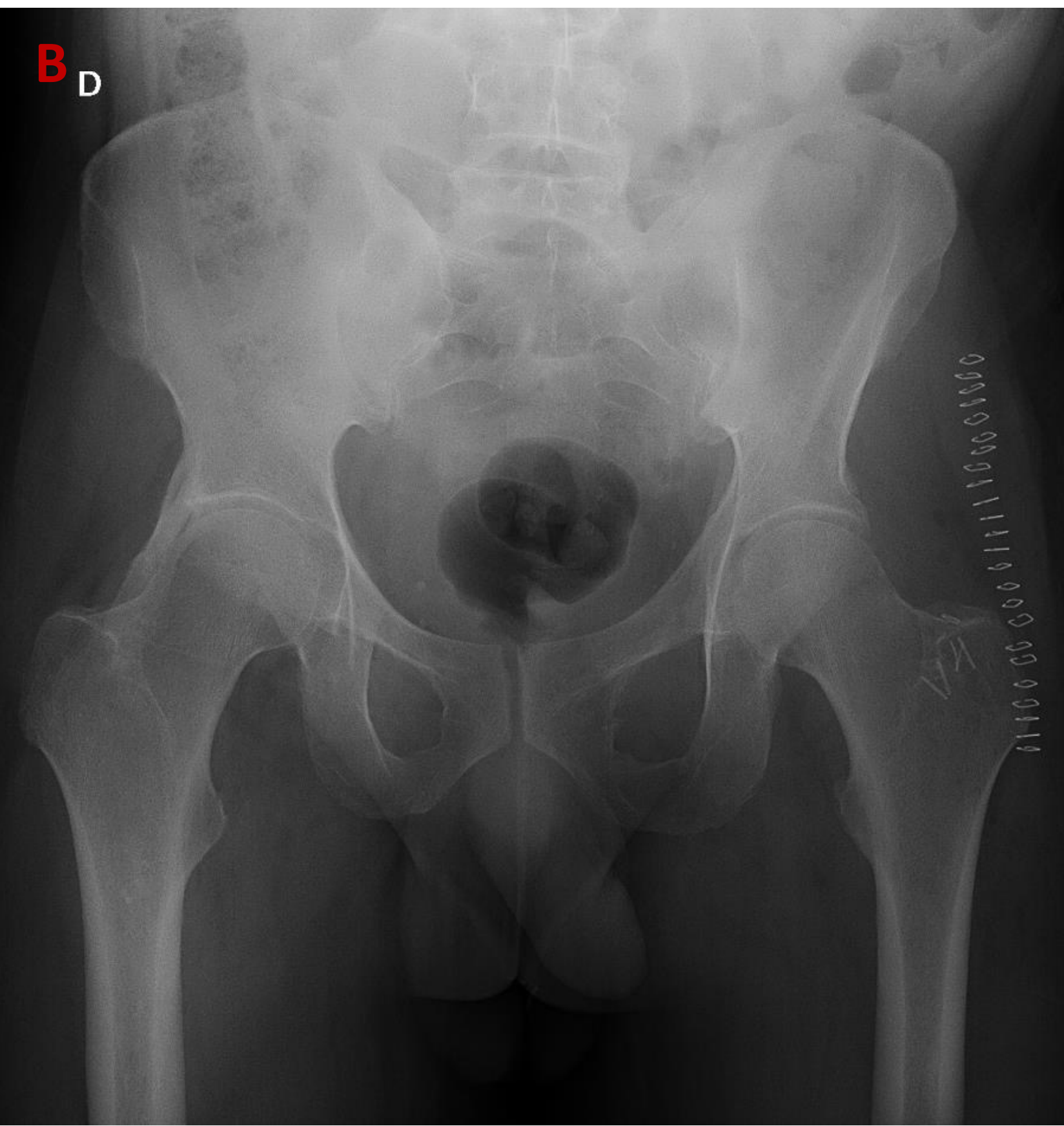
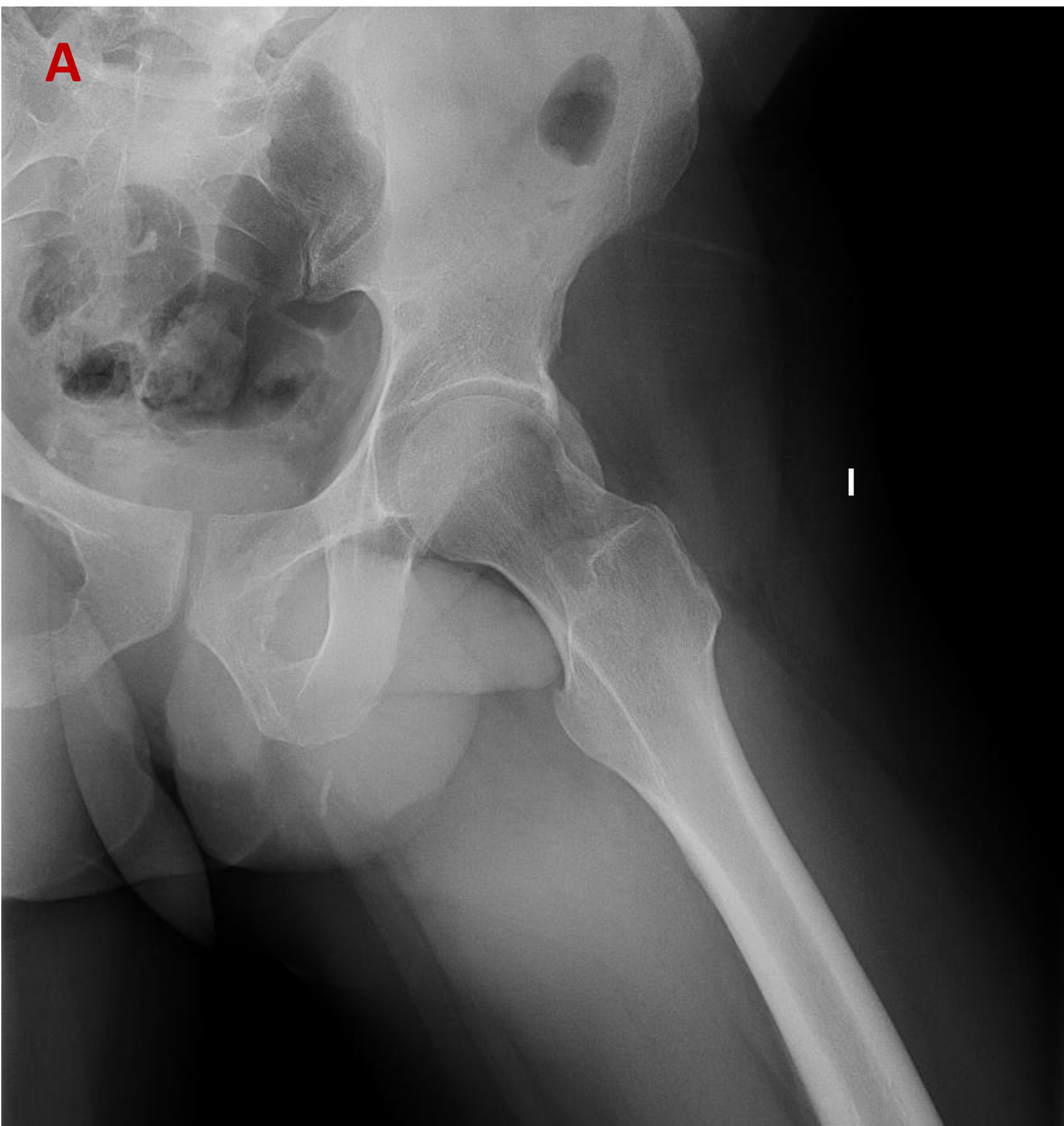
El paciente presenta buena evolución clínica, con aumento de la movilidad (flexión 90º siendo dado de alta a los 2 días. Debido a la mejoría clínica del paciente se plantea realizar exéresis de calcificación contralateral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 41 años que consulta por coxalgia bilateral, más la izquierda, de unos 5 años de evolución. Refiere dolor trocantéreo e inguinal de manera continua, que se presenta sobre todo al caminar y con las movilizaciones de las caderas. A su vez presenta dificultad para subir y bajar escaleras y para calzarse. Mal control del dolor a pesar de la analgesia. A la exploración física: dolor a la palpación inguinal bilateral, dolor a la flexión, siendo esta posible hasta los 70º bilateral, y rotaciones de cadera dolorosas y abolidas.

En RMN se observa: Tendinopatía crónica bilateral de la porción directa de los rectos femorales con osificaciones intratendinosas y edema peritendinoso más acusado derecho. (A)

Se realiza un abordaje anterior sobre borde de cresta iliaca, con disección de piel y TCS hasta visualización de fascia de sartorio y tensor de la fascia lata, objetivándose a su vez nervio femorocutáneo lateral que se rechaza hacia lateral. Incisión longitudinal sobre la fascia de tensor de la fascia lata, liberando medialmente el vientre muscular junto con el musculo sartorio para la protección del paquete vasculonervioso. Se realiza ligadura de rama circunfleja lateral ascendente. Se accede a espacio creado por vientre musculo tensor fascia lata objetivándose calcificación a nivel de inserción recto anterior. Exéresis de calcificación. (B)



CONCLUSIONES

Este tipo de calcificaciones suelen tener una etiología incierta, en muchos casos suelen ser consecuencia de un traumatismo, cirugía previa o lesiones neurológicas. Algunas de ellas suelen disminuir de tamaño de manera espontánea, sin embargo, las que no lo hacen pueden requerir intervención quirúrgica debido al riesgo de pinzamiento femoroacetabular.