

Diagnóstico y manejo de la pierna del tenista

Es la rotura de la unión miofascial de la cabeza medial del gastrocnemio que puede venir acompañada de la disrupción de los septos fibro-adiposos, defectos de la aponeurosis del gastrocnemio y en casos graves la presencia de un hematoma interaponeurótico que produce una notable impotencia funcional incluso durante meses. Aunque pertenece al grupo de las roturas musculares tiene unas peculiaridades específicas que requieren una descripción separada.

Presentación clínica:

Normalmente se presenta en pacientes mayores de 40 años que tras realizar una actividad física moderada (incluso en actividades de baja intensidad rutinarias) o en jóvenes tras una actividad deportiva de alta intensidad notan un dolor agudo similar a la recepción de un golpe seco en la región posterior de la pierna (síndrome de la pedrada), con, en ocasiones, un chasquido audible.

El paciente presenta una impotencia funcional en apoyo, un empastamiento de la pantorrilla y a veces a los pocos días una equimosis cutánea local.

Diagnóstico:

A pesar de que la sospecha es clínica, la ecografía es importante para confirmar el diagnóstico, cuantificar la rotura y descartar complicaciones asociadas como la trombosis venosa y las cicatrices fibrosas.

Consideraciones a la hora de realizar la ecografía:

- Colocar el transductor en la parte más medial de la unión miofascial (no en la parte posterior)
- Aplicar abundante gel y evitar presionar en exceso para evitar el colapso de colecciones interaponeuróticas.
- Puede ser útil colocar al paciente decúbito supino con la rodilla flexionada. En esta posición el efecto de la gravedad hace que la pequeña cantidad de líquido se deposite en su porción más caudal, facilitando su visualización.
- Se deben realizar cortes transversales y longitudinales y flexo-extensión pasiva del tobillo.

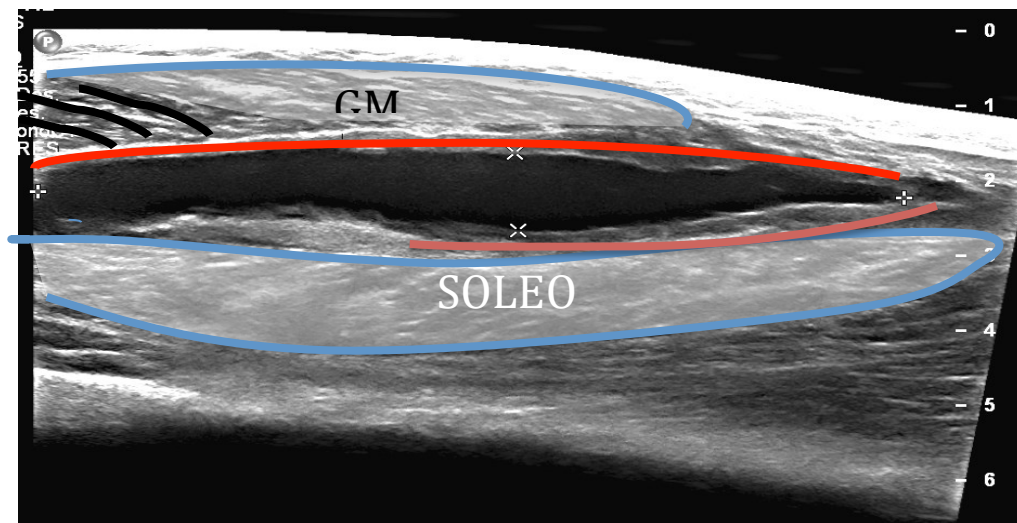
Hallazgos ecográficos:

- Solución de continuidad-arqueamiento fibrilar miofascial entre la cabeza medial del gastrocnemio y la aponeurosis con el sóleo.

- Retracción fibras musculares
 - Disrupción de septos fibroadiposos
 - Defecto de aponeurosis del gastrocnemio
- Colección anecoica/heterogénea (en función del tiempo de evolución del hematoma) entre ambos vientres musculares.

Clasificación de las roturas según el grado

	Septos fibroadiposos	Aponeurosis	Hematoma
DISTENSIÓN	Normal	Íntegra	Sufusión hemática
LESIÓN PARCIAL	Disrupción	Engrosada, continua	Sobre músculo
LESIÓN COMPLETA	Disrupción	Rota	interaponeurótico



Líneas negras: septos fibroadiposos

Líneas rojas: aponeurosis

Evolución

Es importante realizar estudios de control que permitan valorar de forma secuencial la evolución de la lesión hacia su resolución o la aparición de posibles complicaciones.

El hematoma demorado en el tiempo es una de las evoluciones más incómodas para el paciente, ya que dificulta la reparación fibrilar de la lesión y facilita la aparición de cicatrices fibrosas inelásticas; por eso es importante su aspiración temprana.

Otra complicación frecuente (hasta en un 10% de los casos), que es necesario descartar de forma sistemática por su potencial gravedad, es la trombosis venosa profunda, especialmente de las venas gemelares. Ante un paciente con trombosis venosa, aunque exista hematoma, se recomienda anticoagularlo.

Tratamiento:

El tratamiento más habitual es el conservador: elevación del talón, vendaje compresivo, pero en los pacientes con hematoma interaponeurótico estos tratamientos apenas logran disminuir el tiempo de incapacidad funcional.

En estos pacientes es preciso evacuar la colección para acelerar el proceso de cicatrización, procedimiento que puede realizarse con guía ecográfica.

- Si la colección es grande y está licuefactada se coloca un catéter fino (6–7 F) en el interior de la colección manteniéndolo hasta que deje de drenar durante 24-48h. Mientras se mantiene el drenaje debido al riesgo elevado de trombosis venosa y de infección se debe pautar:
 - Heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas
 - Tratamiento antibiótico profiláctico (mínimo 5 días)
- Si el hematoma está organizado se puede realizar tratamiento mediante urokinasa para facilitar la licuefacción (manejo similar a un hematoma en otra localización)

Mientras se mantiene el drenaje y durante los dos días posteriores a su retirada es importante instruir a los pacientes para que eviten caminar más allá de cortas distancias y limiten su actividad a cortos paseos de unos pocos metros.

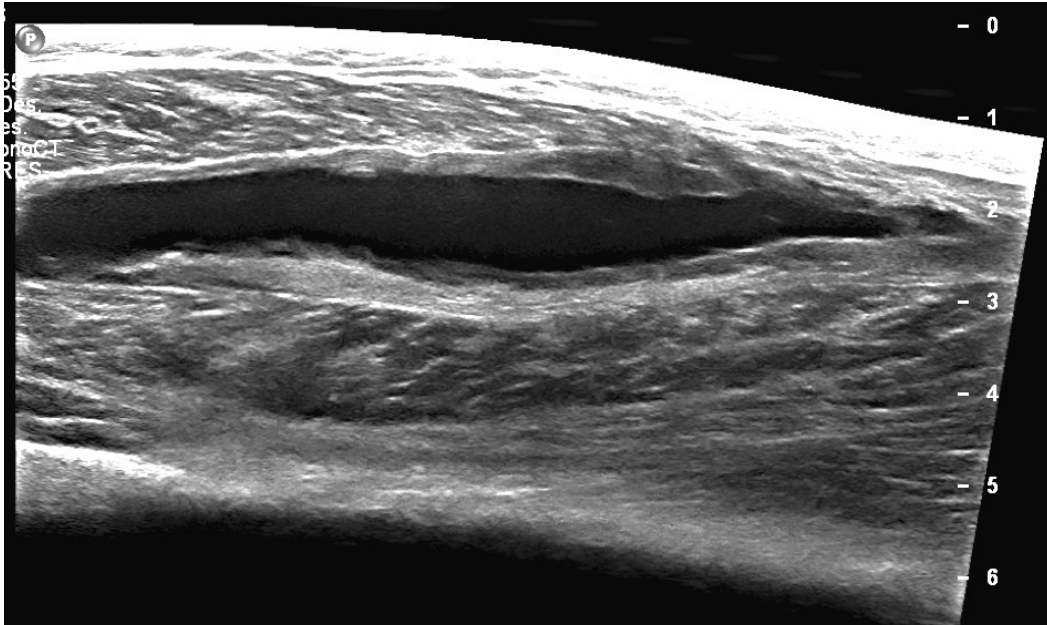
Una vez retirado el drenaje se realizan controles ecográficos periódicos para detectar recidivas parciales de la colección y guiar su aspiración hasta que progresivamente disminuye su formación (si la colección es pequeña se puede aspirar mediante aguja intramuscular)

Tras la aspiración es recomendable colocar una media compresiva e indicar uso de taloneras o medidas ortopédicas que disminuyan la tensión en la musculatura sural.

Se debe pautar heparina de bajo peso molecular a dosis profilácticas y tratamiento
--

antibiótico profiláctico mientras se mantiene el drenaje (mínimo 5 días desde el inicio del tratamiento ATB), debido al elevado riesgo de trombosis venosa y de infección.

Cic 1175472



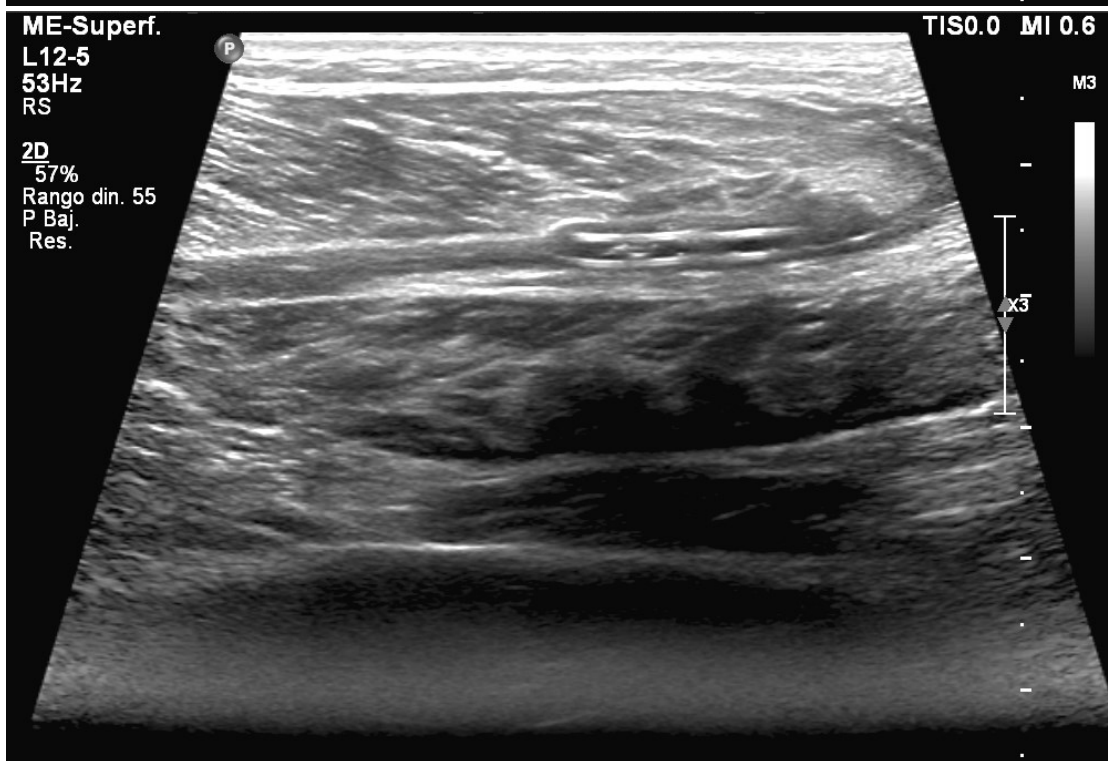
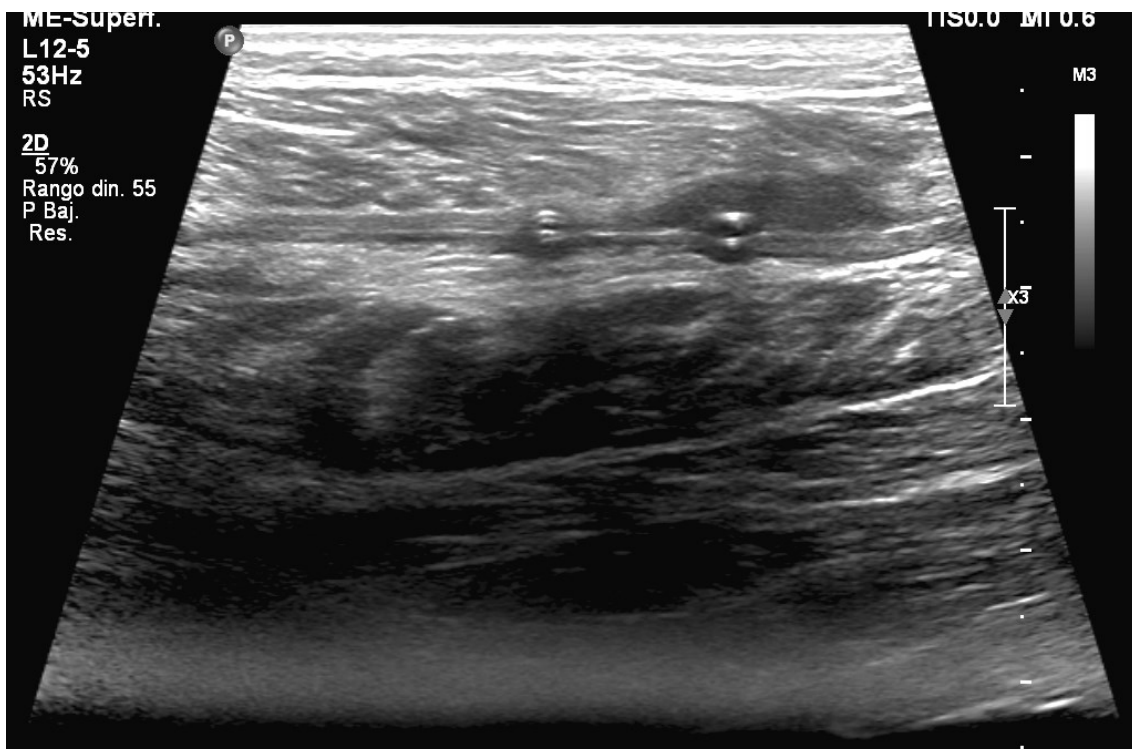
Lesión completa con disrupción de septos fibroadiposos, rotura de la aponeurosis y formación de hematoma interaponeurótico.

Se coloca drenaje pig tail 6F y se deja conectado a bolsa

Se pauta tratamiento ATB profiláctico

Se pauta HBPM a dosis profilácticas

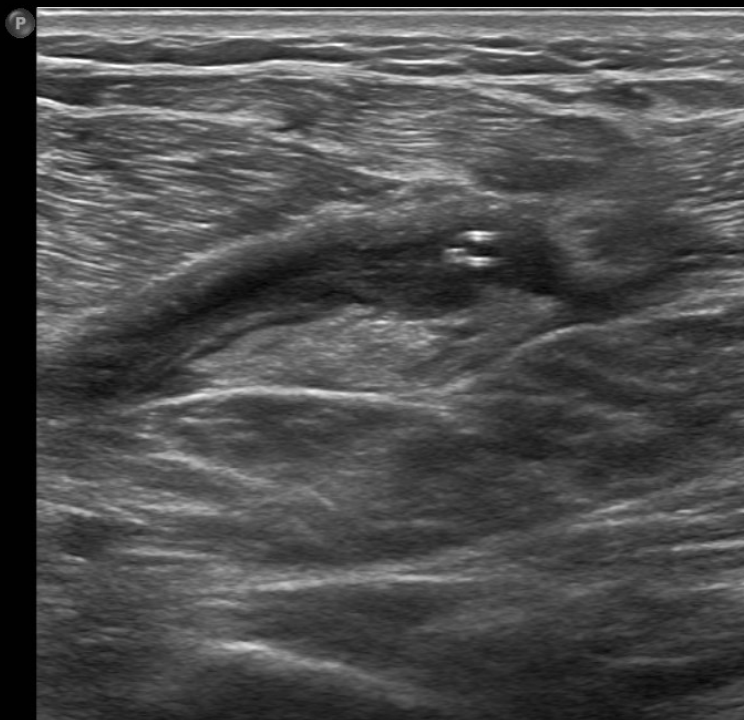




Citamos control en 48 horas

L12-3
61Hz
RS

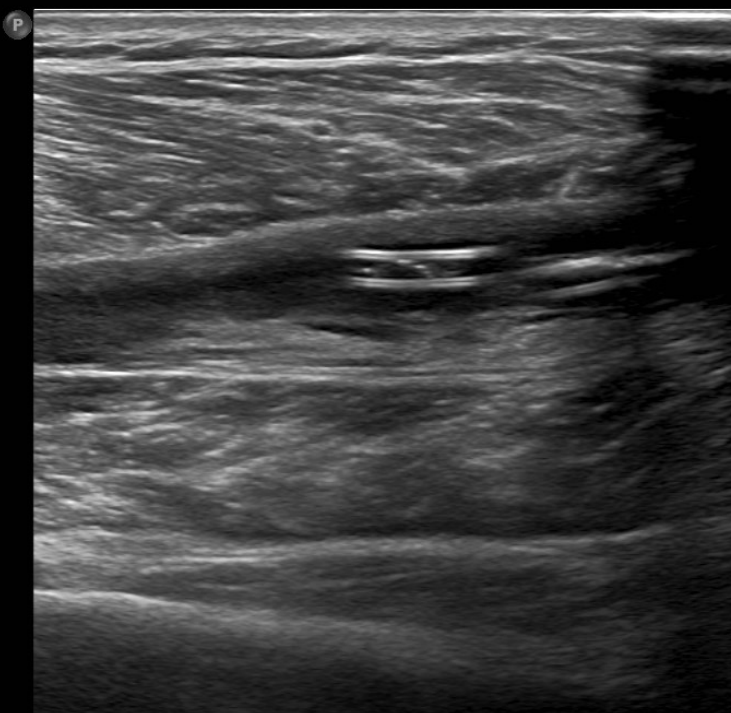
2D
45%
Rango din. 56
P Med.
Res.



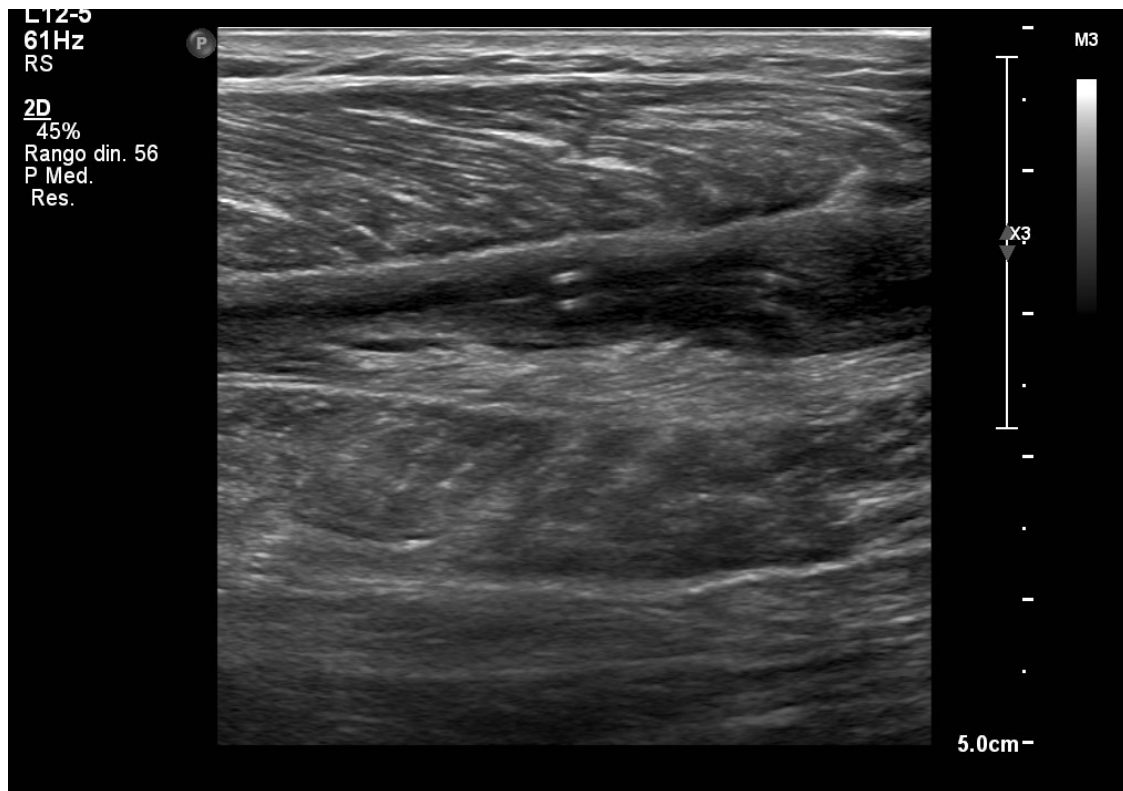
M3
X3
5.0cm

L12-3
61Hz
RS

2D
45%
Rango din. 56
P Med.
Res.



M3
X3
5.0cm



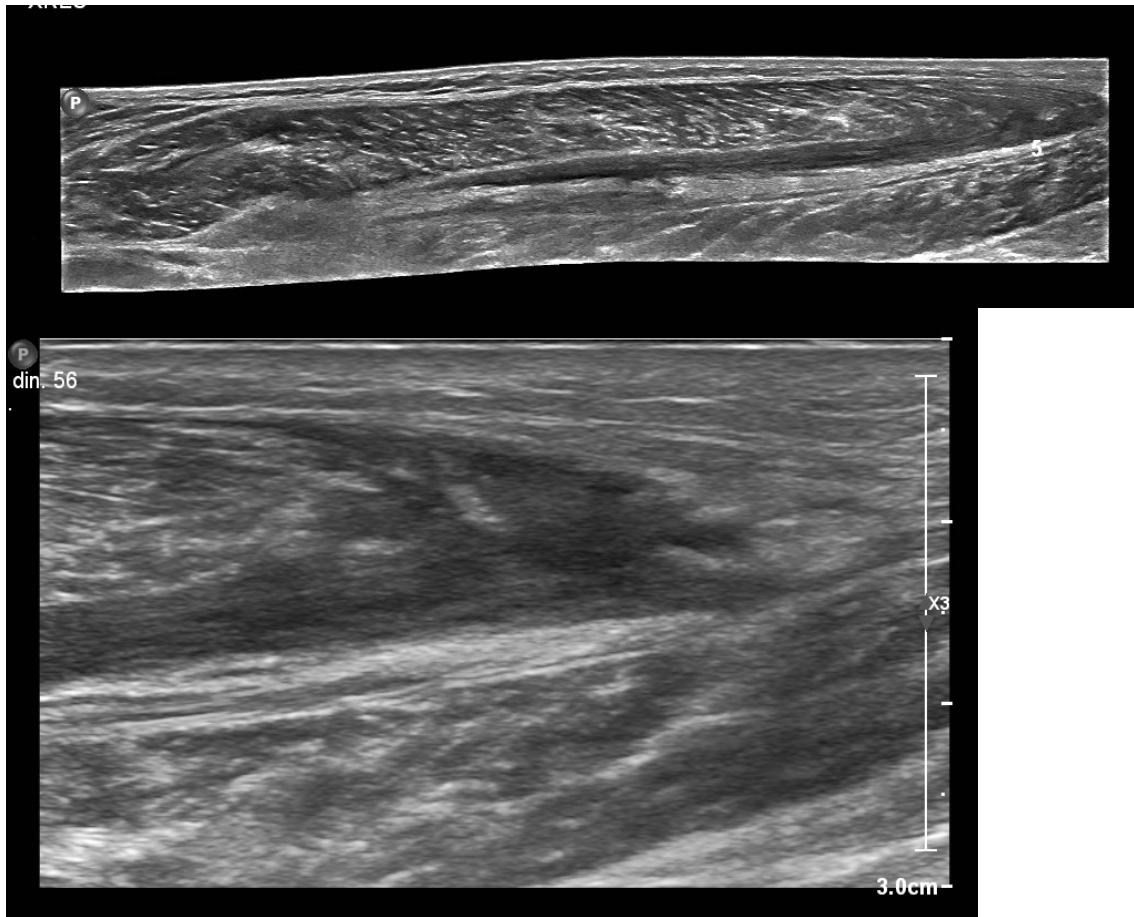
Ya que apenas ha habido debito y no se ha formado nuevamente la colección se retira el tubo de drenaje.

Se coloca vendaje-media compresiva

Se inicia la deambulación

(la heparina se retira y el ATB se mantiene durante 5 días)

Citamos control en una semana



Formación de cicatriz. En caso de que hubiera pequeñas colecciones hemáticas se podrían aspirar con aguja intramuscular y volveríamos a citar un control ecográfico para monitorizar la evolución.

Alta por nuestra parte.