

apunts

MEDICINA DE L'ESPORT

www.apunts.org



CASO CLÍNICO

Entesopatía del tensor de la fascia lata: a propósito de un caso en una tenista profesional

Mireia Bossy Langella^{a,*} y Carles Pedret Carballido^{a,b,c}

^a Escola Professional d'Educació Física i Medicina de l'Esport, Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^b Clínica MAPFRE de Medicina del Tennis, Centre de Diagnòstic per Imatge, Barcelona, España

^c Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 25 de octubre de 2012; aceptado el 18 de diciembre de 2012

Disponible en Internet el 1 de marzo de 2013

PALABRAS CLAVE

Entesopatía;
Tensor de la fascia
lata;
Tennis;
Dolor inguinal

KEYWORDS

Enthesopathy;
Tensor fascia lata;
Tennis;
Groin pain

Resumen La entesopatía del tensor de la fascia lata es una entidad que debe ser tomada en cuenta en el diagnóstico diferencial de lesiones que provocan dolor inguinal. El objetivo de este artículo es presentar el caso de una tenista profesional con dolor en la parte posterior de la espina iliaca anterosuperior.

© 2012 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Enthesopathy of the tensor fascia lata: Presentation of a case in professional tennis player

Abstract The enthesopathy of the tensor fascia lata is a condition that should be taken into account in the differential diagnosis of lesions that cause groin pain. The aim of this paper is to present the case of a professional tennis player with pain in the back of the anterior superior iliac spine.

© 2012 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Por entesopatía del tensor de la fascia lata (TFL) se entiende la tendinopatía por sobreuso en el origen del mismo, que

aparece en deportistas que realizan repetidamente extensión y aducción de cadera.

La sintomatología es referida como dolor a punta de dedo en la zona de la cresta iliaca, por detrás de la espina iliaca anterosuperior (EIAS). Las maniobras contra resistencia del TFL son dolorosas. El dolor, de tipo mecánico, llega a ser invalidante para un deportista profesional, dependiendo del tipo de actividad.

El TFL (*fig. 1*) es un músculo plano, delgado y corto. Tiene un origen tendinoso a nivel de la EIAS, cubre la cara

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mireiabossy@gmail.com (M. Bossy Langella).

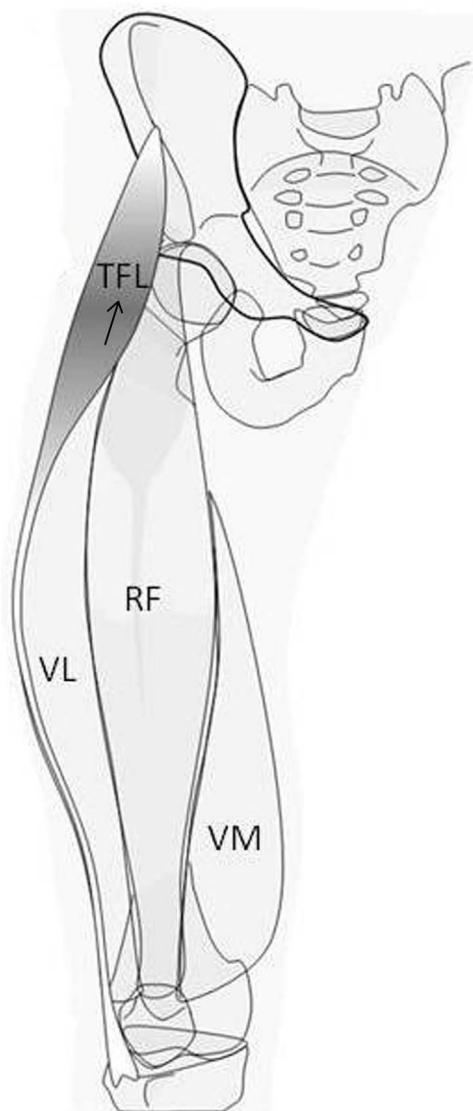


Figura 1 Esquema del músculo tensor de la fascia lata (TFL) derecho. RF: recto femoral; VL: vasto lateral; VM: vasto medial. Flecha: origen del TFL en la espina iliaca anterosuperior.

superolateral del muslo y alcanza el tubérculo de Gerdy del cóndilo lateral de la tibia mediante un largo tendón que forma la cintilla iliotibial. Su acción es la de flexión, abducción y rotación medial del muslo. Ayuda al glúteo medio, que es el estabilizador pélvico principal en el plano frontal, y a través de la cinta iliotibial ejerce de estabilizador de la rodilla en extensión y rotación interna¹. Pero principalmente equilibra el cuerpo en bipedestación con la pelvis inclinada, lo que fatiga considerablemente este músculo.

Caso clínico

Tenista profesional femenina, de 28 años, con dominancia diestra y con revés a 2 manos que durante el curso de 2 temporadas presenta dolor de características mecánicas en la región trocantérea bilateral oscilante en el tiempo.

Se inició con un cuadro de molestias en ambas regiones inguinales a nivel de la EIAS, de predominio izquierdo, sin

antecedente traumático, que se exacerbaba con el movimiento de extensión y aducción de la cadera. El dolor se relacionaba con el servicio y con movimientos bruscos en los cuales se realizaba torsión del tronco y extensión-aducción de la cadera.

Tras 6 meses de molestias y tratamiento médico (AINE) consultó a nuestro servicio. Seguidamente a la exploración clínica se practicó una ecografía bilateral de la EIAS (fig. 2A) en la que se observaba una zona hipoecogénica en forma de cono en la zona más posterior de la EIAS del lado izquierdo, que se traducía en un aumento del grosor a nivel del origen del TFL. Las medidas que se obtuvieron al medir el grosor de ambos lados fueron: 5 mm en el lado izquierdo y 2 mm en el lado derecho.

Se realizó infiltración eco-guiada con mepivacaína (4 cc) y triamcinolona (40 mg) en la región de inserción del TFL a nivel de la EIAS izquierda. A los 3 días la tenista se reincorporó al entrenamiento sin una clara mejoría. La imposibilidad de hacer una pausa en su carrera deportiva obligó a realizar infiltraciones seriadas hasta un máximo de 3 en un espacio de 2 meses.

El fracaso de este tratamiento comportó el uso de plasma rico en plaquetas. El dolor que le provocó la primera infiltración contraindicó continuar con el mismo.

El estudio mediante RM visualizó un moderado engrosamiento en la inserción tendinosa proximal del TFL izquierda, en la zona posterior de la EIAS (fig. 2B), sin edema óseo reactivo ni alteraciones femorales asociadas, tal y como se había observado en la ecografía.

El estudio se completó con una reconstrucción 3D y una tomografía axial (fig. 2C,D), que pusieron de manifiesto la presencia de entesofitos en ambas espinas iliacas, más evidentes en el lado izquierdo.

Ante la falta de resultados y la imposibilidad de reposo deportivo, se optó por realizar una pauta intensiva y rigurosa en el modo de empleo (3 series de 10 repeticiones) de un solo ejercicio excéntrico dinámico asistido. Este fue ejecutado, al inicio del tratamiento, 3 veces por semana hasta la práctica diaria e indolora (fig. 3). El dolor cedió progresivamente hasta quedar asintomática al mes de su inicio. Dos años más tarde, la paciente continúa compitiendo al máximo nivel sin ningún tipo de recidiva.

Discusión

La entesopatía del TFL se presenta con cierta frecuencia en pacientes que realizan repetidamente movimientos de extensión y aducción de la cadera. Es por ello que esta lesión debe ser tenida en cuenta en diferentes deportes de alto nivel (corredores de fondo, nadadores) y en aquellos deportes en que se efectúan ejercicios de fuerza, velocidad y cambios de ritmo² (fútbol, tenis...). Por el contrario, la entesopatía a nivel de la cintilla iliotibial es bastante más frecuente y afecta especialmente a corredores semiprofesionales de fondo o medio-fondo.

El aumento de anchura de las caderas femeninas pueden alterar la tensión del TFL, aumentando el riesgo de lesión. Este hecho apoya la teoría de que la entesopatía del TFL no es un fenómeno degenerativo, sino debido a microtraumatismos de repetición. Al igual que en cualquier entesopatía,

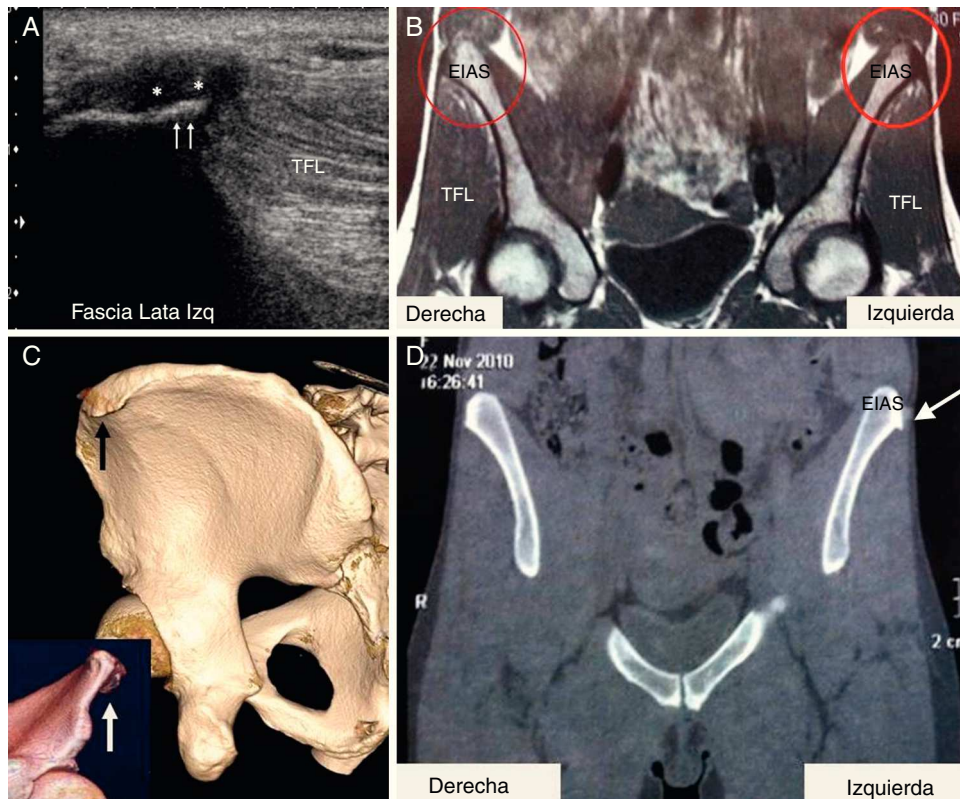


Figura 2 Tenista femenina profesional de 28 años. Entesopatía del tensor de la fascia lata (TFL) bilateral de predominio izquierdo. A) Estudio ecográfico en el eje largo a nivel de la espina iliaca anterosuperior (EIAS): 5 mm de grosor del TFL. B) Estudio de RM a nivel de la EIAS. Corte coronal en T1. Círculos: alteración de la señal en el origen del TFL. C) Tomografía axial: reconstrucción tridimensional del lado izquierdo. Flechas: osteófito de la EIAS por tracción del TFL. D) Estudio de escáner óseo a nivel de ambas EIAS. Tomografía axial en plano coronal. Flechas: osteófito de la EIAS por tracción del TFL.

cuanto más avanzada está la lesión más sustancia mucoide, fibroblastos y capilares aparecen en la zona afectada²⁻⁵.

Esta lesión es una entidad más frecuente de lo que se diagnostica, especialmente en el mundo del deporte. Por ello se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de dolor inguinal en deportistas^{2,6,7}.

Las características inherentes de la técnica ecográfica hacen de ella el método ideal para valorar la inserción del TFL. La posibilidad de colocar el transductor exactamente en la inserción del TFL hace que tanto el estudio del tendón

lesionado como el del contralateral sean de gran utilidad⁸. Por contra, la información obtenida con la RM desprecia esta inserción, puesto que no tiene la capacidad de proporcionar los detalles de estructuras delgadas inmediatamente profundas a la piel como son las inserciones musculotendinosas y hacer un seguimiento a lo largo de la línea del TFL para optimizar la imagen².

La RM debe efectuarse ante una clínica sugestiva de entesopatía del TFL con una ecografía negativa, para evaluar un posible edema óseo insercional^{2,9} y descartar una patología

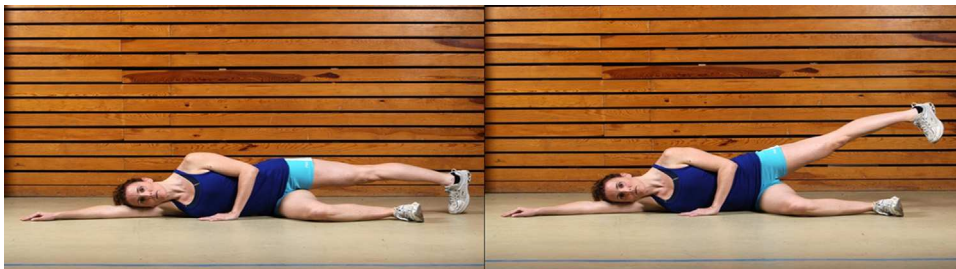


Figura 3 Ejercicio excéntrico que fortalece la musculatura abductora de la cadera. Ejercicio excéntrico dinámico asistido del tensor de la fascia lata. Se puede incidir en la fase concéntrica o excéntrica del movimiento. La deportista, estirada de costado sobre una camilla o suelo, realiza una abducción de la extremidad inferior. El fisioterapeuta ejerce de fuerza externa, presionando sobre la pierna elevada. La paciente, progresivamente, se deja vencer por la fuerza aplicada hacia abajo hasta alcanzar la posición de aducción de la pierna implicada respecto al plano sagital del cuerpo. No se realizan rebotes entre repetición y repetición.

articular de cadera. De igual manera la RM puede ser útil para evaluar la reacción de estrés en la EIAS y la tomografía axial tiene su cabida en los casos en que se asocia la presencia de osteófito de tracción^{2,7}, como es el caso de la tenista estudiada, en la que se observan proliferaciones óseas de la entesis del TFL.

El único estudio específico sobre la entesopatía del TFL es el de Bass y Connell² (2002), en el que se establecen una serie de condiciones que, si se da cualquiera de ellas, se considerará como patológico. Estas son: grosor del tendón del TFL superior a 4 mm, aumento del 30% respecto al lado asintomático contralateral, presencia de un foco hipocogénico en forma de cono a nivel de la inserción y/o irregularidades óseas en la cresta iliaca subyacente con espolones mayores a 1,5 mm. En este caso la tenista presentaba un grosor a nivel del origen del TFL de 5 mm, y por lo tanto superior al límite considerado como normal según estos autores.

El tratamiento más efectivo se basa en el diagnóstico precoz y en la rápida instauración de fisioterapia analgésica asociada a infiltraciones eco-guiadas convencionales. Resulta imprescindible realizar una pauta de estiramientos estáticos activos en tensión activa, combinados con excéntricos específicos del TFL bajo supervisión, dada su complejidad de aprendizaje. También se pueden realizar estiramientos estáticos pasivos con la finalidad de incrementar la amplitud de movimiento en caso de acortamiento y/o fibrosis¹⁰.

Conclusión

La entesopatía del TFL debe ser incluida dentro del diagnóstico diferencial de un deportista con dolor inguinal de larga evolución, dado que se trata de una patología mucho más frecuente de lo que es diagnosticada.

La ecografía es el método diagnóstico de elección.

Los ejercicios excéntricos, tanto estáticos como dinámicos, deben tener un papel fundamental en el tratamiento de esta patología.

Agradecimientos

Agradecemos a la atleta del caso estudiado por aceptar la publicación de su patología.

Bibliografía

1. Drake RL, Vogl A, Mitchell AWM. Gray. Anatomía para estudiantes. 2.^a ed. Madrid: Elsevier; 2010.
2. Bass C, Connell D. Sonographic findings of tensor fascia lata tendinopathy: another cause of anterior groin pain. *Skeletal Radiol*. 2002;31:143-8.
3. Cook JL, Feller JA, Bonar SF, Khan KM. Abnormal tenocyte morphology is more prevalent than collagen disruption in asymptomatic athletes patellar tendons. *J Orthop Res*. 2004;22:334-8.
4. Anderson K, Strickland SM, Warren R. Hip and groin injuries in athletes. *Am J Sports Med*. 2001;29:521-33.
5. Noonan TJ, Garrett Jr WE. Injuries at the myotendinous junction. *Clin Sports Med*. 1992;11:783-806.
6. Maganaris CN, Narici MV, Almekinders LC, Maffulli N. Biomechanics and pathophysiology of overuse tendon injuries: Ideas on insertional tendinopathy. *Sports Med*. 2004;34:1005-17.
7. Falvey EC, Franklyn-Miller A, McCrory PR. The groin triangle: a patho-anatomical approach to the diagnosis of chronic groin pain in athletes. *Br J Sports Med*. 2009;43:213-20.
8. Rasmussen OS. Sonography of tendons. *Scand J Med Sci Sports*. 2000;10:360-4.
9. Deutsch AL, Mink JH. Magnetic resonance imaging of musculoskeletal injuries. *Radiol Clin North Am*. 1989;27:983-1002.
10. Pacheco Arjol L, García Tirado JJ. Sobre l'aplicació d'estiraments en l'esportista sa i lesionat. *Apunts Med Esport*. 2010;45:109-25.