

apunts

MEDICINA DE L'ESPORT

www.apunts.org



CAS CLÍNIC

Entesopatia del tensor de la fàscia lata: a propòsit d'un cas d'una tennista professional

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

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

^b Clínica MAPFRE de Medicina del Tennis, Centre de diagnòstic per la imatge, Barcelona, Espanya

^c Univesitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, Barcelona, Espanya

Rebut el 25 d'octubre de 2012; acceptat el 18 de desembre de 2012.

PARAULES CLAU

Entesopatia;
Tensor de la fàscia
lata;
Tennis;
Dolor inguinal

KEYWORDS

Enthesopathy;
Tensor fascia lata;
Tennis;
Groin pain

Resum L'entesopatia del tensor de la fàscia lata és una entitat que cal tenir en compte en el diagnòstic diferencial de les lesions que provoquen dolor inguinal. L'objectiu d'aquest article és presentar el cas d'una tennista professional amb dolor a la part posterior de l'espina ilíaca anterosuperior.

© 2012 Consell Català de l'Esport. Generalitat de Catalunya. Publicat per Elsevier España, S.L. Tots els drets reservats.

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.

Introducció

Per entesopatia del tensor de la fàscia lata (TFL) s'entén la tendinopatia per sobreentrenament en el seu origen, que apareix en esportistes que realitzen repetidament extensió i adducció del maluc.

La simptomatologia és referida com un dolor a punta de dit a la zona de la cresta ilíaca, per darrere de l'espina ilíaca anterosuperior (EIAS). Les maniobres contra resistència del TFL són doloroses. El dolor, de tipus mecànic, arriba a ser invalidant en un esportista professional, depenent del tipus d'activitat.

*Autor per a correspondència.

Correu electrònic: mireiabossy@gmail.com (M. Bossy).

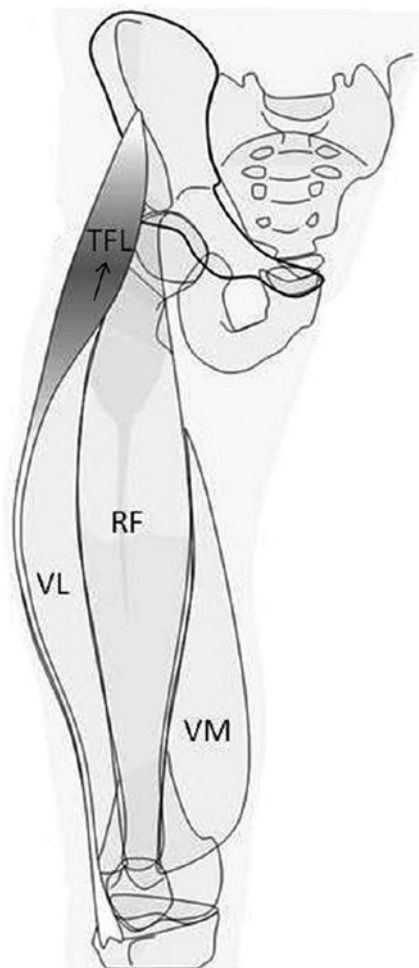


Figura 1 Esquema del múscul tensor de la fascia lata (TFL) dret. RF: recte femoral; VL: vast lateral; VM: vast medial. Fletxa: origen del TFL en l'espina ilíaca anteriosuperior.

El TFL (fig. 1) és un múscul pla, prim i curt. Té un origen tendinós a nivell de l'EIAS, cobreix la cara superolateral de la cuixa i aconsegueix el tubercle de Gerdy del còndil lateral de la tibia mitjançant un llarg tendó que forma la banda iliotibial. La seva acció és la de flexió, abducció i rotació medial de la cuixa. Ajuda al gluti mitjà, que és l'estabilitzador pèlvic principal en el pla frontal, i a través de la cinta iliotibial exerceix d'estabilitzador del genoll en extensió i rotació interna¹. Però principalment equilibra el cos en bipedestació amb la pelvis inclinada, la qual cosa fatiga considerablement aquest múscul.

Cas clínic

Tennista professional femenina, de 28 anys, amb dominància dreta i amb revés a 2 mans que durant 2 temporades presenta dolor de característiques mecàniques a la regió trocantèria bilateral oscil·lant en el temps.

S'inicià amb un quadre de molèsties en ambdues regions inguinals a nivell de l'EIAS, de predomini esquerre, sense

antecedent traumàtic, que s'exacerbà amb el moviment d'extensió i adducció del maluc. Es relaciona el dolor amb el servei i amb moviments bruscos en fer torsió del tronc i extensió-adducció del maluc.

Després de 6 mesos de molèsties i tractament mèdic (AINE) consultà el nostre servei. A conseqüència de l'exploració clínic es practicà una ecografia bilateral de l'EIAS (fig. 2A) en què s'observà una zona hipoecogènica en forma de con a la zona més posterior de l'EIAS del costat esquerre, que es traduïa en un augment del gruix a nivell de l'origen del TFL. Les mesures que s'obtingueren en mesurar el gruix d'ambdós costats foren: 5 mm en el costat esquerre i 2 mm en el costat dret.

Es realitzà infiltració ecoguiada amb mepivacaïna (4 cc) i triamcinolona (40 mg) a la regió d'inserció del TFL a nivell de l'EIAS esquerre. Als 3 dies la tennista es reincorporà a l'entrenament sense una millora clara. La impossibilitat de fer una pausa en la carrera esportiva obligà a fer-li unes infiltracions seriades fins a un màxim de 3 en un espai de 2 mesos.

El fracàs d'aquest tractament comportà l'ús de plasma ric en plaquetes. El dolor que li provocà la primera infiltració contraindicà seguir el tractament.

L'estudi mitjançant RM mostrà un engruïment moderat en la inserció tendinosa proximal del TFL esquerre, a la zona posterior de l'EIAS (fig. 2B), sense edema ossi reactiu ni alteracions femorals associades, tal com s'havia observat en l'ecografia.

L'estudi es completà amb una reconstrucció 3D i una tomografia axial (fig. 2C,D), que posaren de manifest la presència d'entesòfits en ambdues espines ilíaqües, més evidents en el costat esquerre.

Davant la manca de resultats i la impossibilitat de repòs esportiu, s'optà per realitzar una pauta intensiva i rigorosa (3 sèries de 10 repeticions) d'un sol exercici excèntric dinàmic assistit. A l'inici del tractament es feia 3 vegades per setmana fins arribar a la pràctica diària i indolora (fig. 3). El dolor cedí progressivament fins a restar asimptomàtic al mes següent de l'inici. Dos anys més tard, la pacient continua competint al màxim nivell sense cap tipus de recidiva.

Discussió

L'entesopatia del TFL es presenta amb certa freqüència en pacients que realitzen repetidament moviments d'extensió i adducció del maluc. És per això que aquesta lesió ha de ser tinguda en compte en diferents esports d'alt nivell (corredors de fons, nedadors) i en els esports en què s'efectuen exercicis de força, velocitat i canvis de ritme² (futbol, tennis...). En canvi, l'entesopatia a nivell de la banda iliotibial és força més freqüent i afecta especialment corredors semiprofessionals de fons o mig fons.

L'augment d'amplària dels malucs femenins pot alterar la tensió del TFL, augmentant el risc de lesió. Aquest fet recolza la teoria que l'entesopatia del TFL no és un fenomen degeneratiu, sinó degut a microtraumatismes de repetició. Igual que en qualsevol entesopatia, com més avançada està la lesió més substància mucoide, fibroblasts i capil·lars apareixen a la zona afectada²⁻⁵.

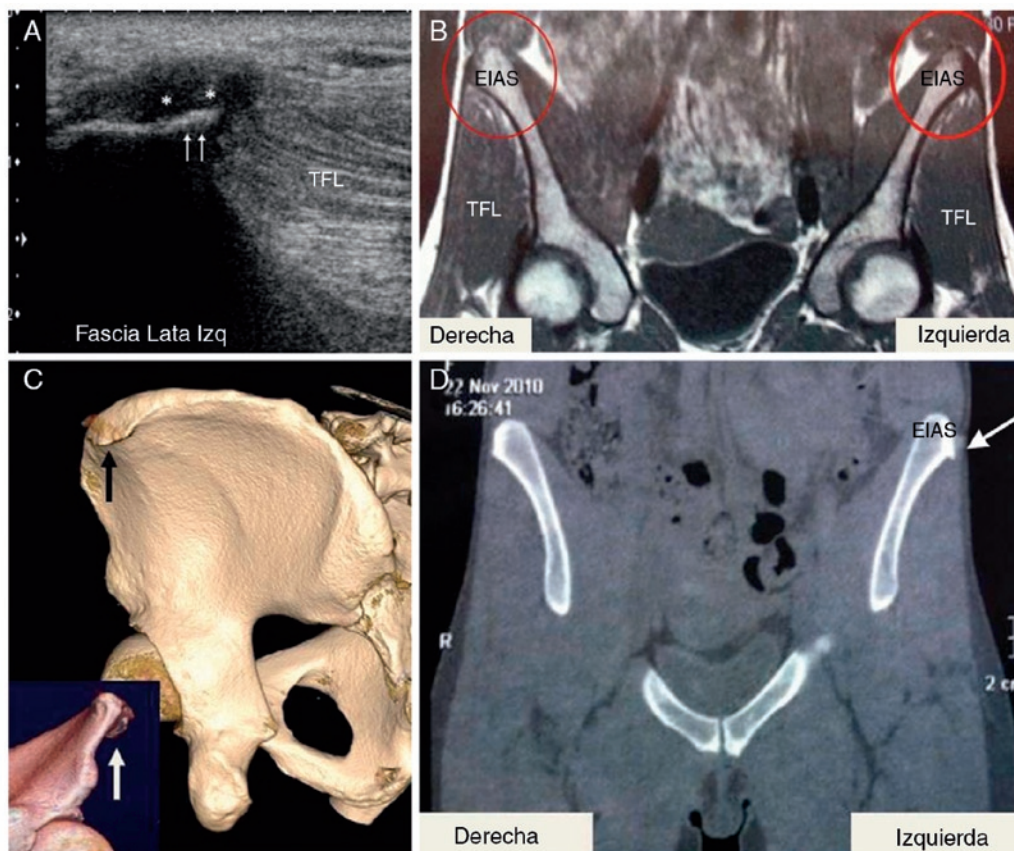


Figura 2 Tennista femenina professional de 28 anys. Entesopatia del tensor de la fàscia lata (TFL) bilateral de predomini esquerre. A) Estudi ecogràfic en l'eix llarg a nivell de l'espina ilíaca anteriosuperior (EIAS): 5 mm de gruix del TFL. B) Estudi d'RM a nivell de l'EIAS. Tall coronal a T1. Cercles: alteració del senyal a l'origen del TFL. C) Tomografia axial: reconstrucció tridimensional del costat esquerre. Fletxa: osteòfit de l'EIAS per tracció del TFL. D) Estudi d'escàner ossi a nivell d'ambdues EIAS. Tomografia axial en el pla coronal. Fletxa: osteòfit de l'EIAS per tracció del TFL.

Aquesta lesió és una entitat més freqüent del que es diagnostica, especialment en el món de l'esport. Per això s'ha de tenir en compte en el diagnòstic diferencial de dolor inguinal dels esportistes^{2,6,7}.

Les característiques inherents a la tècnica ecogràfica en fan el mètode ideal per valorar la inserció del TFL. La possibilitat de col·locar el transductor exactament en la inser-

ció del TFL fa que tant l'estudi del tendó lesionat com el del contralateral siguin de gran utilitat⁸. En canvi, la informació obtinguda amb l'RM ignora aquesta inserció, ja que no pot oferir els detalls d'estructures primes immediatament profundes a la pell com són les insercions musculotendinoses i fer un seguiment al llarg de la línia del TFL per optimitzar la imatge².

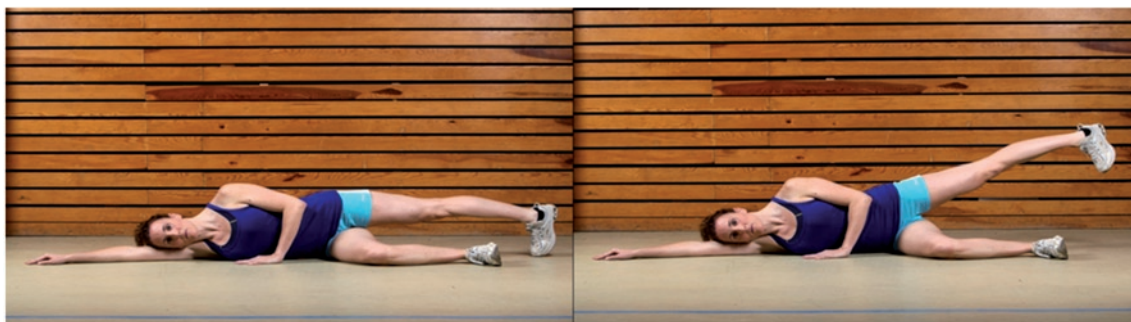


Figura 3 Exercici excèntric que enforteix la musculatura abductora del maluc. Exercici excèntric dinàmic assistit del tensor de la fàscia lata. Es pot incidir en la fase concèntrica o excèntrica del moviment. L'esportista, estirada de costat sobre la llitera o a terra, realitza una abducció de l'extremitat inferior. El fisioterapeuta exerceix de força externa, pressionant sobre la cama elevada. La pacient, progressivament, es deixa vèncer per la força aplicada cap avall fins a aconseguir la posició d'adducció de la cama implicada respecte al pla sagital del cos. No es realitzen rebots entre repetició i repetició.

L'RM ha d'efectuar-se davant una clínica suggestiva d'entesopatia del TFL amb una ecografia negativa, per avaluar un possible edema ossi insercional^{2,9} i descartar una patologia articular del maluc. L'RM també pot ser útil per avaluar la reacció d'estrès en l'EIAS i la tomografia axial és justificada en els casos en què s'associa la presència d'osteòfit de tracció^{2,7}, com és el cas de la tennista estudiada, en la qual s'observen proliferacions òssies de l'entesi del TFL.

L'únic estudi específic sobre l'entesopatia del TFL és el de Bass i Connell², en el qual s'estableixen una sèrie de condicions que, quan se'n presenta alguna, es considera com a patològica. Aquestes són: gruix del tendó del TFL superior a 4 mm, augment del 30% respecte al costat asimptomàtic contralateral, presència d'un focus hipoecogènec en forma de con a nivell de la inserció i/o irregularitats òssies en la cresta ilíaca subjacent amb esperons majors d'1,5 mm. En aquest cas la tennista presentava un gruix a nivell de l'origen del TFL de 5 mm, i per tant superior al límit considerat com a normal segons aquests autors.

El tractament més efectiu es basa en el diagnòstic precoç i en la ràpida instauració de fisioteràpia analgèsica associada a infiltracions ecoguiades convencionals. Resulta imprescindible realitzar una pauta d'estiraments estàtics actius en tensió activa, combinats amb excèntrics específics del TFL sota supervisió, donada la complexitat d'aprenentatge. També es poden realitzar estiraments estàtics passius amb la finalitat d'incrementar l'amplitud de moviment en cas d'escurçament i/o fibrosi¹⁰.

Conclusió

L'entesopatia del TFL ha de ser inclosa dins el diagnòstic diferencial d'un esportista amb dolor inguinal de llarga evolució, atès que es tracta d'una patologia molt més freqüent del que és diagnosticada.

L'ecografia és el mètode diagnòstic d'elecció.

Cal que els exercicis excèntrics, tant estàtics com dinàmics, tinguin un paper fonamental en el tractament d'aquesta patologia.

Agraïments

Agraïm l'atleta del cas estudiat que hagi acceptat la publicació de la seva patologia.

Bibliografia

1. Drake RL, Vogl A, Mitchell AWM. Gray. Anatomía para estudiantes. 2ª 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 Arajol L, García Tirado JJ. Sobre l'aplicació d'estiraments en l'esportista sa i lesionat. *Apunts Med Esport.* 2010; 45:109-25.