



Resorte lateral doloroso en la rodilla



Elena Villarrubia García

Hospital de la Cruz Roja. Madrid (Madrid)

Colaboradores

Alejandro Gómez Rice, Alejandro Mardomingo Alonso, Paloma Aragonés Maza

Supervisión

Diego García-Germán Vázquez

Médico Adjunto

Caso Clínico

● Anamnesis

Varón de 37 años de edad, derivado a nuestro centro por una gonalgia izquierda de seis meses de evolución, sin antecedente traumático. El dolor se localiza en la región externa de la rodilla y se acompaña de sensación de chasquido en dicha zona.

El paciente presenta un resorte con la flexo-extensión en la cara lateral de ambas rodillas, de varios años de evolución. Desde hace seis meses comienza con dolor progresivo relacionado con los episodios de resorte en la rodilla izquierda. La rodilla derecha permanece asintomática.

● Examen físico

A la exploración presenta una rodilla estable con un rango completo de movilidad. Entre 80° y 100° de flexo-extensión se produce un chasquido doloroso en la zona lateral de la rodilla izquierda, revelando una subluxación palpable del tendón del bíceps femoral sobre la cabeza del peroné, que se acentúa con la rotación interna de la tibia. La exploración de la cintilla ilio-tibial es normal y no presenta resorte. Las maniobras meniscales son dudosas para el menisco externo. En la rodilla derecha se observa el mismo resalte lateral, aunque no doloroso.

● Pruebas complementarias

- No se evidencian alteraciones en las radiografías simples anteroposterior y de perfil.
- En la resonancia magnética (RM) se aprecia una rotura horizontal del cuerno posterior del menisco externo, sin otras alteraciones significativas.

● Diagnóstico

Bíceps femoral en resorte.

● Tratamiento

Tras un intento infructuoso de tratamiento conservador se interviene al paciente. Se realiza un primer tiempo artroscópico en el que encontramos una rotura del cuerno posterior del menisco externo no reparable, que se regulariza. A continuación, a través de un abordaje lateral se identifica el nervio CPE y se expone la cabeza del peroné. Se localiza la inserción del tendón del bíceps femoral y se observa que presenta una porción directa que se inserta en la cabeza del peroné y otra anterior, de mayor tamaño, que discurre anteriormente a la cabeza del peroné para insertar en la tibia, inmediatamente lateral al tubérculo de Gerdy (fig. 2A). Esto causa el resorte del tendón, que se reproduce con facilidad intraoperatoriamente: al flexionar la rodilla 80° la banda anterior del tendón se luxa por detrás del peroné (fig. 1).

Esta porción anterior es desinsertada de la tibia y se solidariza a la porción directa del tendón por medio de una sutura reabsorbible (fig. 2B). Se comprueba de nuevo la movilidad de la rodilla, sin evidencia de subluxación del tendón. Se limita la flexión completa de la rodilla durante seis semanas.

● Evolución

Tras un año de seguimiento, en la actualidad el paciente permanece asintomático y practica deporte sin limitación. En la rodilla derecha persiste la subluxación no dolorosa.

Discusión

Las subluxaciones tendinosas en la rodilla son poco frecuentes. La mayoría de las que producen clínica en la región lateral son causadas por la cintilla ilio-tibial. La subluxación de la porción larga del bíceps sobre la cabeza del peroné es

menos frecuente. Se produce al flexionar la rodilla 90°. En la mayoría de los casos se debe a una inserción anómala de la porción anterior del tendón o a una bifurcación demasiado distal¹. En algunos individuos puede apreciarse una cabeza de peroné de gran tamaño que causa el resorte².

La inserción distal del bíceps femoral es compleja. El tendón se divide en una rama directa, que se inserta sobre la cabeza del peroné, y otra accesoria o anterior que se inserta en la región anterolateral de la tibia, lateral al tubérculo de Gerdy, y en la región lateral del cuello del peroné³. Nuestro paciente presentaba una porción anterior voluminosa que se subluxaba sobre la cabeza del peroné durante la flexo-extensión.

Aunque la mayoría de los casos son bilaterales puede presentarse de forma asintomática, sólo necesitando tratamiento aquellas rodillas sintomáticas que evolucionen mal. El inicio de la sintomatología puede relacionarse con traumatismos o con periodos de inmovilización¹. Las opciones quirúrgicas incluyen: reinserción de la bandeleta anterior en la cabeza del peroné usando túneles transóseos o arpones, la resección simple de esta porción tendinosa, o la resección de parte de la cabeza del peroné prominente^{1,2,4,5}.

Bibliografía

1. Kissenberth MJ, Wilckens JH. The snapping biceps femoris tendon: Case report. *Am J Knee Surg.* 2000; 13: 25-8.
2. Bagchi K, Grelsamer RP. Partial fibular head resection for bilateral snapping biceps femoris tendon. *Orthopedics.* 2003; 26: 1147-9.
3. Terry GC, LaPrade RF. The biceps femoris complex at the knee: its anatomy and injury patterns associated with acute anterolateral-anteromedial rotatory instability. *Am J Sports Med.* 1996; 24: 2-8.
4. Fung DA, Frey S, Markbreiter L. Bilateral symptomatic snapping biceps femoris tendon due to fibular exostosis: Case report. *J Knee Surg.* 2008; 21: 55-7.
5. Hernández JA, Rius M, Noonan KJ. Snapping knee from anomalous biceps femoris tendon insertion: a case report. *Iowa Orthop J.* 1996; 16: 161-3.

Material adicional



Fig. 2A. Porciones anterior y directa del tendón del bíceps femoral sobre la cabeza del peroné. 2B. Solidarización de la porción anterior a la directa corrigiendo el resorte.

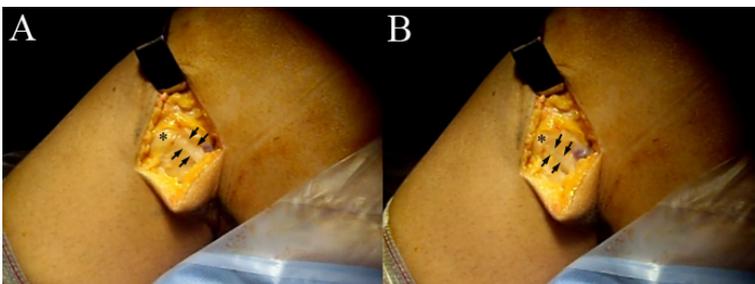


Imagen intraoperatoria de la subluxación de la porción larga del tendón del bíceps sobre la cabeza del peroné durante la flexo-extensión.