

Rodilla en resalto por inserción anormal del bíceps

CLAUDIO H. MINGO SALUZZI, PABLO MALDONADO, SEBASTIAN ORDUNA y MARIANO SILVA

Instituto Dupuytrén, Buenos Aires.

Paciente de sexo masculino, de 25 años de edad, que consulta por un resalto palpable y doloroso en la parte lateral de su rodilla izquierda, que se incrementó en los últimos 18 meses. Esta situación le impedía una práctica deportiva normal (no profesional). El paciente no refería antecedentes de traumatismo reciente o alejado.

En el examen clínico, presentaba tumefacción en la cara lateral de la rodilla, que producía un resalto audible, palpable y doloroso cuando la rodilla realizaba el movimiento de flexoextensión. La tumefacción y la molestia que producía dificultaban la palpación en la parte anteroexterna de la rodilla, aunque se notaba una banda fibrosa tensa en esa localización. En la rodilla contralateral, no se detectó sintomatología que hiciera sospechar la bilateralidad de la patología.

Se realizó artroscopia diagnóstica de la rodilla afectada, en la que se comprobó ausencia de patología intraarticular, que el resalto persistía y que el origen era extraarticular.

En el acto quirúrgico, la tumefacción sobre la cara lateral correspondía a la bolsa sobre la porción larga del bíceps femoral, el cual estaba insertado en la porción anterolateral de la tibia proximal, contrariamente a su inserción normal en la parte posterior de la cabeza del peroné, que producía el resalto sobre la cabeza de éste al pasar de la flexión a la extensión.

Se reseccó la parte lateral de la cabeza del peroné, sin interferir con la inserción del ligamento colateral lateral (Fig.).¹

Con este simple procedimiento, se logró una remisión completa de la sintomatología; el paciente reanudó su práctica deportiva habitual a los dos meses de la cirugía.

Discusión

En 1972, Von Lanz¹¹ describió las variaciones de la inserción distal de una pequeña parte de la porción larga del tendón bíceps femoral en la tibia, sin importancia clínica.

Recibido el 30-8-2001. Aceptado luego de la evaluación el 11-10-2001.

Correspondencia:
Dr. CLAUDIO MINGO SALUZZI
Instituto Dupuytrén
Av. Belgrano 3402
(1210) Buenos Aires
Argentina
Tel.: 4866-5266

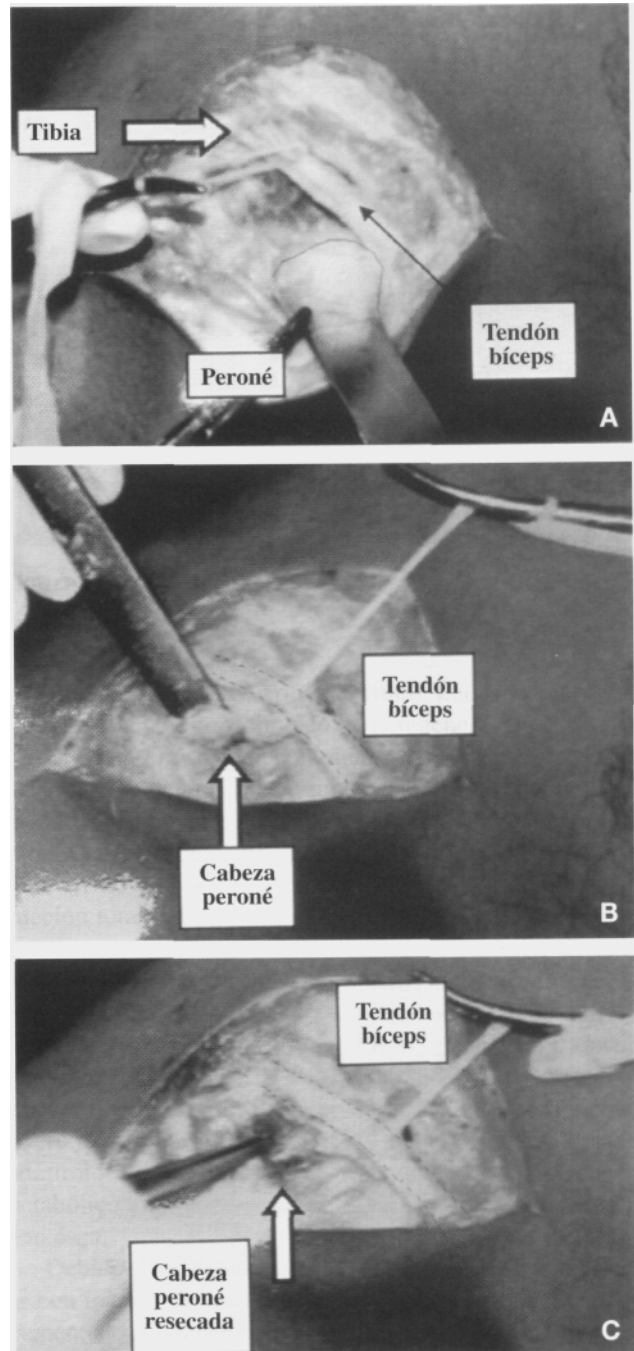


Figura. A, inserción del bíceps en cara anteroexterna de la tibia. B, resección de la cabeza del peroné. C, peroné reseccado.

En la bibliografía, no se comunican con frecuencia las anomalías severas de su inserción, responsables de sintomatología clínica relevante.

La porción larga del bíceps se inserta normalmente en la apófisis estiloides, zona posteroexterna de la extremidad proximal del peroné.⁹ La inserción de éste en la cara anteroexterna de la tibia, medializa el tendón, la cabeza del peroné queda lateral a éste, y se produce un roce y un resalto al pasar de la extensión, donde el tendón está proximal y superior a ésta, a la flexión, donde el tendón pasa a estar inferior y distal.

Kristensen y cols.⁶ comunican un caso de rodilla en resalto (*snapping knee*), a causa del bíceps femoral, por inserción anómala y proponen la resección de la cabeza del peroné para su resolución, tal cual como se realizó en este caso.

Los síntomas encontrados en nuestro caso fueron similares a los descritos por Kristensen, pero unilateral.

Hernández,⁵ en 1996, y Lokiec,⁷ en 1992, publicaron dos trabajos en los que describen la inserción anómala del tendón del bíceps y el resalto que producía en la rodilla. En el último trabajo, el bíceps estaba insertado en la par-

te superior de la cabeza del peroné, en lugar de su porción posteroexterna. Se realizó una resección del tendón y nueva reinserción más posterior, seguida de un período de inmovilización.

En 1999, Cooper comunicó otras causas de resaltos en la articulación de la rodilla.² Publicó seis casos de pacientes atletas con resalto de rodilla por síndrome del tendón del poplíteo;¹ Torisu, en 1997, describió 11 rodillas de 8 pacientes con artritis reumatoidea que presentaban resalto doloroso por una masa nodular intraarticular,¹⁰ en 1990, Ferris publicó 6 rodillas de 4 niños, donde la tibia se subluxaba anteriormente con la extensión y producía un resalto, sin mencionar la causa de la subluxación,⁴ y, en 1989, Lyu publicó un caso de resalto de rodilla por inserción anómala de tendón del semitendinoso.⁸

El diagnóstico de rodilla en resalto por anomalías en la inserción del bíceps femoral debe ser tenido en cuenta en pacientes con condiciones de dolor alrededor de la rodilla, edema y tumefacción de la ventana anteroexterna de la rodilla.

Referencias bibliográficas

1. Cooper, B: Snapping popliteus tendon syndrome. A cause of mechanical knee popping in athletes. *Am J Sports Med*, 27 (5): 671-674. 1999.
2. Dickhaut, SC, y DeLee, JC: The discoid-lateral meniscus syndrome. *J Bone Jt Surg (Am)*. 64 (7): 1068-1073. 1987.
3. Draganich, LF; Nicholas, RW; Shuster, JK; Sathy, MR; Chang, AF, y Simon, MA: The effects of resection of the proximal part of the fibula on stability of the knee and on gait. *J Bone Jt Surg (Am)*. 73 (4): 575-583, 1991.
4. Ferris, BD, y Jackson, AM: Congenital snapping knee. Habitual anterior subluxation of the tibia in extension. *J Bone Jt Surg (Br.)* 72 (3): 453-456, 1990.
5. Hernández, JA; Rius, M, y Noonan, K: Snapping knee from anomalous femoris tendon insertion: a case report. *Iowa Orthop J*. 16: 161-163, 1996.
6. Kristensen, G; Nielsen, K, y Blyme, P: Snapping knee from biceps femoris tendon. *Acta Orthop Scand*, 60 (5): 621, 1989.
7. Lokiec, F; Velkes, S; Schindler, A, y Pritsch, M: The snapping biceps femoris syndrome. *Clin Orthop*, 283: 205-206, 1992.
8. Lyu, SR, y Wu, JJ: Snapping syndrome caused by the semitendinosus tendon. A case report. *J Bone Jt Surg (Am)*, 71 (2): 303-305. 1989.
9. Terry, G, y Laprade, RF: The biceps femoris muscle complex at the knee. *Am J Sports Med*, 24 (1): 2-8, 1996.
10. Torisu, T: Painful snapping in rheumatoid knees. *Int Orthop*, 21 (6): 361-363, 1997.
11. Von Lanz, T: *Praktische Anatomie. 1:4 Bein and Statik. Aufl.* Berlín: Springer Verlag; 1972.