

Hamstring Injuries in Athletes: Evidence-based Treatment

Las lesiones de la musculatura isquiotibial tienen alta incidencia en los deportistas. En los deportistas de élite suponen una limitación para el rendimiento y en la mayoría de las ocasiones una situación de inactividad que en los casos más leves se puede prolongar algunas semanas. En los casos más severos pueden suponer largos periodos de interrupción de la actividad con altos índices de recidivas e incluso con necesidad de tratamiento quirúrgico.

Este artículo nos intenta sistematizar los tratamientos más adecuados para cada tipo de lesión basándose en la evidencia científica disponible.

El autor realiza en primer lugar una acertada aproximación a la Anatomía, Mecanismo Lesional y Factores de Riesgo, Prevención y Valoración de las lesiones de este grupo muscular.

Es de reseñar el capítulo de Prevención en el que propugna la realización de ejercicios excéntricos, sobre todo el denominado Ejercicio Nórdico de Isquiotibiales atribuyéndole una disminución de lesiones entre el 50 y el 70%.

En las **avulsiones proximales** nos advierte del alto riesgo de afectación neurológica tanto en tratamiento conservador como en el tratamiento quirúrgico ya que del porcentaje de complicaciones establecido (23,17%) en el tratamiento quirúrgico, el 7,99% están relacionadas con lesiones del ciático.

En las reparaciones agudas se consigue la recuperación del 84% de fuerza y del 89% de la resistencia e incluso nos habla de un RTP del 80% al mismo nivel previo a los 6 meses de la cirugía.

La avulsión del isquion representa entre el 10 y el 11% de las fracturas pélvicas en pacientes esqueléticamente inmaduros. En estos pacientes la indicación quirúrgica se basa fundamentalmente en el desplazamiento del fragmento avulsionado. Aquellos desplazamientos mayores de 2 cm. tratados ortopédicamente tienen una alta incidencia de pseudoartrosis y en el 40% de los casos va a requerir un posterior tratamiento quirúrgico. Por ello, el tratamiento recomendado en estos casos es quirúrgico. En cuanto a aquellos desplazamientos menores de 2 cm., el autor recomienda un tratamiento individualizado y basado en el número de tendones avulsionados considerando que los tendones que permanecen en su inserción anatómica probablemente tengan lesiones que alteren su resistencia y que sufran una mayor demanda.

El momento ideal de la reparación de las avulsiones se sitúa por debajo de las 6 semanas obteniendo mejores resultados y RTP que en las que se difieren más allá de estas 6 semanas.

La cronicidad se sitúa en los 3 meses tras la lesión tras los que se observan peores resultados por la existencia de cicatrización que puede afectar al nervio ciático así como mayor dificultad a la movilización y reinserción de los tendones. No obstante, incluso en estos casos crónicos, los resultados publicados son mejores que con el tratamiento conservador.

Las **lesiones parciales proximales** se suelen atribuir a sobrecargas repetidas. Los resultados publicados indican que resultados aceptables con el tratamiento quirúrgico. Al igual que en las avulsiones el porcentaje de pacientes tratados quirúrgicamente tras tratamiento ortopédico fue del 40%.

Las lesiones del vientre muscular suelen ser subsidiarias de tratamiento conservador. El autor propone una clasificación de las lesiones basándose en edad, número de músculos afectados, porcentaje de lesión, retracción y distancia proximal distal de la lesión. Con esta clasificación propugna una mejor predicción del tiempo de RTP. Además, nos hace una descripción detallada del protocolo de tratamiento conservador que emplea su grupo que incluye PRP bajo en leucocitos incluso admitiendo que la evidencia científica es nula. No obstante, insiste con un estudio propio con poca evidencia realizado en jugadores de fútbol americano con lesiones del vientre muscular, en que las infiltraciones de PRP bajo en leucocitos en los días 1, 3 y 5 de la lesión les permite el RTP un partido antes (1 semana) que a los tratados sin PRP.

Las lesiones distales han sido poco estudiadas y en general se constatan sobre todo en lesiones multiligamentarias de la rodilla.

Las lesiones aisladas son muy raras y se preconiza el tratamiento quirúrgico.

En el bíceps femoral, la reparación quirúrgica en agudo ha mostrado buenos resultados.

En el semimembranoso, los resultados obtenidos en la reparación de lesiones distales son buenos aunque los de la unión miotendinosa distal son algo más pobres.

En el semitendinoso el tratamiento es más controvertido sin evidencia que avale que el tratamiento quirúrgico supere al conservador.

Este artículo, a pesar de su título ofrece poca evidencia científica en el tratamiento de las lesiones de los isquiotibiales. Ello no disminuye su interés por la clara sistematización y experiencia del autor.

Hemos echado en falta referencias a las lesiones crónicas del vientre muscular que tal como ha demostrado Oraba son infradiagnosticadas, presentan alto grado de recidivas y son solucionables con un tratamiento quirúrgico específico de reconstrucción del tendón central.

Fernando R. Ávila España
Senador SETRADE