



Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología

ISSN: 1852-7434

publicaciones@aaot.org.ar

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología
Argentina

Gómez Bermúdez, Salvador José; Quiroz Álvarez, Juan
Esteban; Avendaño Arango, Víctor; Moore Velásquez, José Luis
**Avulsión traumática aguda del músculo glúteo medio en una paciente
sin antecedente de dolor de cadera: presentación de un caso**

Revista de la Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología,
vol. 87, núm. 5, 2022, Septiembre-Octubre, pp. 715-720

Asociación Argentina de Ortopedia y Traumatología
Argentina

DOI: <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2022.87.5.1552>

- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org



Avulsión traumática aguda del músculo glúteo medio en una paciente sin antecedente de dolor de cadera: presentación de un caso

Salvador José Gómez Bermúdez*, Juan Esteban Quiroz Álvarez**, Víctor Avendaño Arango**, José Luis Moore Velásquez**

*Universidad del Bosque, Bogotá, Colombia

**Hospital Pablo Tobón Uribe, Medellín, Colombia

RESUMEN

Introducción: Se presenta el caso clínico de una mujer con avulsión aguda completa del glúteo medio en su inserción distal en el trocánter mayor, con cuadro de evolución menor de 24 horas desde la aparición del dolor peritrocantérico, en ausencia de un claro desencadenante o desgaste crónico degenerativo documentado. En la evaluación por urgencias ante la sospecha diagnóstica, se hace radiografía anteroposterior (AP) de pelvis y lateral de la cadera afectada, con posterior confirmación de hallazgos por resonancia magnética nuclear (RMN). El tratamiento se realiza mediante una técnica quirúrgica reconstructiva dentro de la primera semana de la lesión, con excelentes resultados clínicos y funcionales. **Conclusión:** La avulsión traumática aguda del músculo glúteo medio es una patología con una baja incidencia, lo que hace que la evidencia disponible para guiar su manejo sea escasa. Se presenta este caso clínico con la intención de exponer el abordaje clínico y diagnóstico de esta entidad y mostrar una opción de manejo con resultados satisfactorios.

Palabras clave: Cadera; dolor; glúteo; avulsión.

Nivel de Evidencia: IV

Acute Traumatic Avulsion of Gluteus Medius Muscle in a Patient Without Antecedent of Hip Pain: A Case Report

ABSTRACT

Introduction: We report a clinical case of a woman with a complete acute avulsion of the gluteus medius muscle at its distal insertion in the greater trochanter, with an evolution of less than 24 hours from the onset of peritrochanteric pain and in the absence of a clear trigger or documented chronic degenerative wear. Anteroposterior (AP) pelvis and lateral hip radiographs were taken during her evaluation in the emergency department in view of the suspected diagnosis, with subsequent confirmation of the findings with magnetic resonance imaging (MRI). The patient was treated with a reconstructive surgical technique within the first week of the injury with excellent clinical and functional outcomes. **Conclusion:** Acute traumatic avulsion of the gluteus medius muscle is a pathology with a low incidence, which means that the available evidence to guide its management is scarce. This clinical case is presented with the intention of exposing the clinical and diagnostic approach to this entity and showing a management option with satisfactory results.

Key words: Hip; pain; gluteus; avulsion.

Level of Evidence: IV

INTRODUCCIÓN

El síndrome doloroso trocantérico mayor es una entidad que se caracteriza por el dolor en la cara lateral de la cadera. Con menos frecuencia, el dolor se irradia al muslo y la rodilla, se agrava al caminar, subir escaleras o con el apoyo. Este síndrome es un motivo habitual de consulta en ortopedia, con impactos significativos en la calidad de vida, y es más común en mujeres de 40 a 60 años.¹ La incidencia de esta afección en la población general es desconocida;² la mayor parte de estos casos se presentan como secundarios a procesos degenerativos crónicos y se asocian con la presencia de bursitis trocantérica, pero con el avance científico reciente y las imágenes por RMN, se ha logrado reconocer que la avulsión de los tendones de los músculos glúteo medio y mínimo son una causa común de dolor recalcitrante en la región peritrocantérica.³

Recibido el 25-3-2022. Aceptado luego de la evaluación el 26-7-2022 • Dr. JUAN ESTEBAN QUIROZ ÁLVAREZ • jeseban.q15@gmail.com  <https://orcid.org/0000-0001-6746-4166>

Cómo citar este artículo: Gómez Bermúdez SJ, Quiroz Álvarez JE, Avendaño Arango V, Moore Velásquez JL. Avulsión traumática aguda del músculo glúteo medio en una paciente sin antecedente de dolor de cadera: presentación de un caso. *Rev Asoc Argent Ortop Traumatol* 2022;87(5):715-720. <https://doi.org/10.15417/issn.1852-7434.2022.87.5.1552>

El diagnóstico del síndrome doloroso trocantérico mayor se basa en la sospecha clínica por toma de imágenes, inicialmente con la radiografía AP de pelvis más lateral de cadera y posterior confirmación con RMN, que es el *gold standard* en la evaluación y el diagnóstico de las patologías a nivel de los abductores de cadera.⁴

En cuanto al tratamiento de esta entidad, teniendo en consideración que usualmente su presentación es crónica o asociada a otros procedimientos, como artroplastias, se cuenta con opciones de manejo que van desde medidas conservadoras hasta técnicas quirúrgicas, entre las que encontramos múltiples opciones: técnicas abiertas, artroscópicas, reconstructivas, entre otras.

El objetivo de este reporte de caso es resaltar el enfoque diagnóstico y terapéutico de una paciente con avulsión aguda del glúteo medio a la que se le realizó un procedimiento reconstructivo quirúrgico con un avance de colgajo del glúteo máximo, basado en la técnica de Whiteside, con buena evolución.

CASO CLÍNICO

Se trata de una mujer de 57 años, ama de casa, sin comorbilidades ni antecedentes de enfermedades del tejido conectivo o historia familiar de trastornos musculoesqueléticos. La paciente ingresa a urgencias por un cuadro clínico de 18 horas de evolución de dolor agudo en la cara lateral de la cadera derecha.

La paciente manifiesta que previamente se encontraba en buenas condiciones generales, sin referir eventos traumáticos precipitantes o síntomas previos relacionados con dolor en la cadera o la espalda. Señala que, al intentar ponerse de pie desde una silla, presentó dolor súbito e intenso sobre la cara lateral de la cadera derecha, el cual empeoró con los movimientos, con la subsecuente limitación completa para la marcha.

Los hallazgos al examen físico revelaron un alineamiento normal entre la cadera, la rodilla y el tobillo, sin edema, eritema o equimosis alrededor de la cadera, con dolor a la palpación y con los arcos de movimiento tanto activos como pasivos sobre la región periférica al trocánter mayor e imposibilidad para la sedestación y bipedestación por la intensidad del dolor. La evaluación neurovascular de ambos miembros inferiores era normal.

A la paciente se le realizan radiografías AP de pelvis y lateral de cadera derecha, las que informan fragmento óseo adyacente al trocánter mayor derecho, de 6 mm, ubicado en tejidos blandos de la cara lateral de la cadera (Figura 1). Dado que la paciente persiste con dolor intenso y limitación en la movilidad, ante la sospecha diagnóstica se prefiere realizar resonancia nuclear magnética por sobre tomografía axial computarizada.



Figura 1. Radiografía AP cadera derecha.

La RMN indica que hay ruptura de tipo completo de la inserción del glúteo medio en su porción posterior y lateral, con disrupción de las fibras que se extiende hacia la porción anterior de la unión miotendinosa, con compromiso hemorrágico al interior de las fibras musculares y avulsión ósea completa en el sitio de inserción, en la región lateral del glúteo medio. Y se señala que debe tenerse en cuenta la hiperintensidad que rodea al glúteo medio izquierdo por tendinopatía y tendinitis versus la lesión parcial asociada, que se debe correlacionar con el mecanismo del trauma (Figura 2).

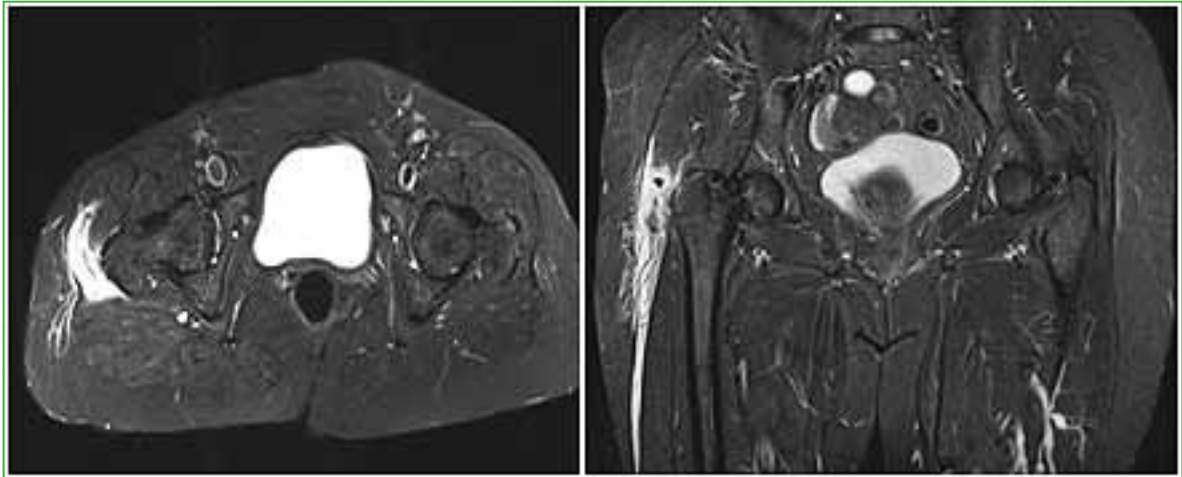


Figura 2. RMN corte axial y coronal de la lesión.

La paciente se lleva a cirugía y, al evaluarla de forma intraoperatoria, se encuentra que no es apropiada la reparación primaria por la característica fibrilar de la lesión. Se le practica entonces un procedimiento quirúrgico reconstructivo basado en la técnica de Whiteside; se realiza un abordaje posterior a la cadera, se divide el glúteo máximo en su porción muscular media y la fascia lata, luego se levanta un colgajo de la porción posterior del músculo que se eleva proximalmente para crear un colgajo muscular triangular. Después, el colgajo se avanza sobre el cuello femoral hacia la brecha entre el trocánter mayor y la cortical lateral del fémur, se fija sobre la superficie interna de la cápsula anterior, se sutura el músculo vasto lateral a la porción fibrosa distal del glúteo mayor y, con la cadera en abducción de 10° a 15°, se cierran los bordes del glúteo máximo sobre el colgajo y el trocánter mayor (**Figura 3**).

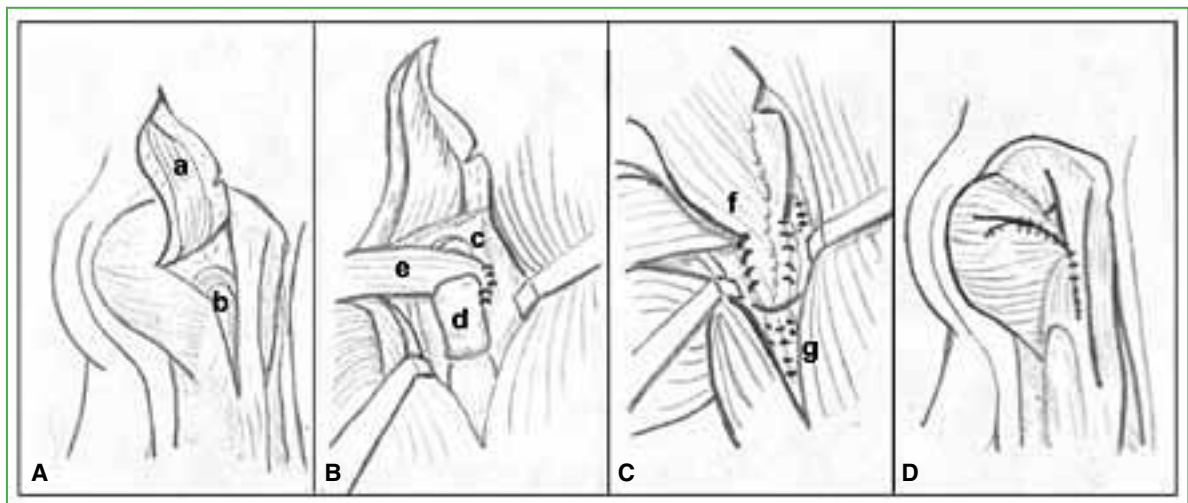


Figura 3. Esquema de la técnica quirúrgica. **A.** Abordaje posterior con división del glúteo mayor (a) hasta exposición de la cabeza femoral (b). **B.** El colgajo triangular sobre el cuello femoral (c) se sutura en la cápsula anterior y en el trocánter mayor (d). Se visualiza la porción posterior del glúteo mayor (e). **C.** Sutura anterior del glúteo mayor (f) y sutura del vasto lateral (g). **D.** Cierre del abordaje.

Adaptado de Whiteside LA. Surgical technique: Transfer of the anterior portion of the gluteus maximus muscle for abductor deficiency of the hip. *Clin Orthop Relat Res.* 2012;470(2):503-510. <https://doi.org/10.1007/s11999-011-1975-y>

En el seguimiento, la paciente presenta un posoperatorio adecuado, no tuvo problemas con la herida quirúrgica y logró un buen control del dolor. La paciente presenta una evolución satisfactoria, inicialmente deambula con ayudas externas hasta que puede prescindir completamente de estas. En el control a los 6 meses, se documenta la buena evolución clínica; la paciente refiere que presenta dolor ocasional que no requiere el uso de analgésicos. No exhibe limitación alguna para sus actividades de la vida diaria, la cojera es mínima, no presenta Trendelemburg y su puntaje en el Harris hip score (HHS) es de 89,95. Tiene unos arcos de movimiento de cadera de 110° de flexión, extensión completa, aducción de 20°, abducción 15°, rotación externa de 30° e interna de 15°, con la última RMN de control sin lesiones recidivantes (Figura 4).

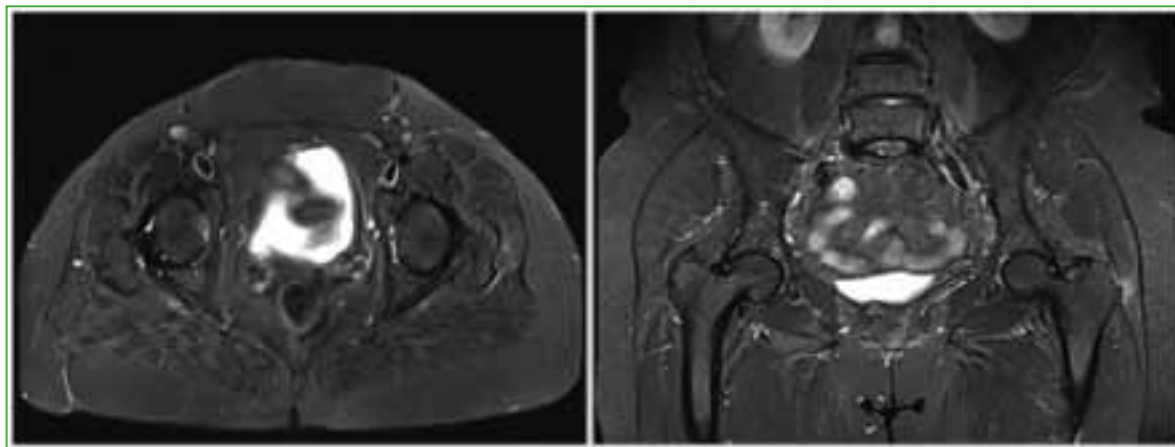


Figura 4. Corte axial y coronal de RMN control.

DISCUSIÓN

La avulsión de los tendones del glúteo medio y mínimo fue descrita por Bunker y colaboradores y por Kagan a finales de los años 90, ambos acuñaron de forma independiente la expresión “desgarro del manguito rotador de la cadera”, haciendo la analogía con el supraespinoso e infraespinoso en el hombro.^{5,6} Aunque en la práctica clínica se puede dificultar su reconocimiento al momento del diagnóstico, por lo general se presenta con dolor en la cara lateral de la cadera y, dependiendo del tamaño de la lesión, se acompaña de marcha de Trendelemburg, sensibilidad a la palpación de la región afectada y limitación en la abducción al evaluar arcos de movilidad.⁷

La presentación aguda de estas avulsiones es rara y la etiología exacta aún se desconoce.⁸ En la literatura revisada se encontraron dos casos de avulsiones traumáticas agudas, ambos en pacientes mayores de 70 años, con respuestas satisfactorias luego del manejo quirúrgico, en el caso de Godshaw y colaboradores⁸ mediante técnica abierta y en el reporte de Stanton *et al.*⁹ con abordaje artroscópico. En la búsqueda bibliográfica no se encontraron casos con evolución del dolor menor de 24 horas.

Para confirmar el diagnóstico, de forma inicial la radiografía convencional puede revelar calcificaciones intra-tendinosas, de la bursa o entesopatías, aunque estos cambios patológicos no son detectables en la mayoría de los pacientes.¹⁰ La RMN es el estándar de oro para realizar el diagnóstico; mediante esta se puede apreciar engrosamiento tendinoso, aumento en la intensidad de la señal en la fase T2 como indicativo de ruptura de espesor parcial, y como hallazgos vinculados con la ruptura completa se puede apreciar discontinuidad de las fibras del tendón, con o sin retracción muscular o atrofia.¹¹

La identificación de un área de hiperintensidad en la fase T2 sobre la región superior del trocánter mayor es el hallazgo de mayor sensibilidad y especificidad: 73% y 95%, respectivamente. Están descriptos, además, otros signos directos de lesión de los tendones del glúteo medio o mínimo, entre los que se incluyen el edema circundante a los tejidos blandos, la anomalía en la señal intrasustancia y otros signos indirectos, como la bursitis submedia o submínima y la atrofia de la grasa periférica.¹¹

Dentro del espectro del síndrome doloroso trocantérico mayor, cuando este es secundario a bursitis trocantérica o tendinopatía, el manejo inicial es conservador, con medidas locales, reposo, terapia física y antiinflamatorios no esteroideos; cuando no hay respuesta clínica, se puede considerar el manejo con corticosteroides inyectables, con tasas de efectividad que varían entre el 72 y el 75% en mejoría del dolor dentro del primer mes de aplicado el medicamento.¹² En caso de fracaso con el tratamiento conservador o si la causa de base es una avulsión en uno de los músculos abductores de la cadera, como lo es el glúteo medio, se realiza un manejo quirúrgico que comprende técnicas de reparación abierta, reconstructivas, artroscópicas, fijaciones transóseas, posibles aumentaciones, hasta el uso de autoinjertos y aloinjertos.¹³

El manejo quirúrgico de este caso se hizo siguiendo la técnica descrita por Whiteside,¹⁴ que busca restaurar, mediante un colgajo del glúteo máximo, la abducción efectiva de la cadera, con un anclaje mediante túneles transóseos al trocánter mayor con supersuturas. En la serie de casos descrita por Whiteside, 9 de los 11 pacientes en los que se realizó dicho procedimiento quirúrgico, en el seguimiento posoperatorio tenían una fuerte abducción contra la gravedad de la cadera, signo de Trendelenburg negativo y marcha sin cojera, resultados prometedores para futuros estudios.

En una revisión sistemática, Chandrasekaran *et al.* compararon la técnica de reparación abierta con la artroscópica, y no reportaron diferencias en cuanto a los resultados, el dolor o la fuerza de abducción.¹⁵ En dos publicaciones recientes, una de Thauat y colaboradores de 2021¹⁶ y otra de Nazal *et al.* de 2020,¹⁷ se reportan excelentes resultados funcionales utilizando el abordaje artroscópico.

Con respecto al abordaje quirúrgico, Maldonado y colaboradores en Chicago, Illinois, reparan la avulsión completa del glúteo medio en 18 pacientes mediante una técnica de transferencia combinada del glúteo máximo y tensor de la fascia lata, con mejoría en el seguimiento a corto plazo, principalmente en la escala visual análoga de dolor y en la escala de Harris modificada para la evaluación de la articulación de cadera,¹⁸ desarrollada para valorar los resultados de las cirugías de cadera tomando en cuenta ítems como el dolor, la marcha, la distancia de la caminata, la necesidad de soporte y la funcionalidad.¹⁹ En la literatura revisada, no se encontraron diferencias significativas entre las diversas técnicas quirúrgicas con respecto a desenlaces mayores que generen un aumento de la morbilidad y un impacto negativo en la calidad de vida.

En cuanto al manejo y la rehabilitación en el posoperatorio, en líneas generales y tanto para la técnica abierta como para la artroscópica, se inicia sin carga de peso o carga baja protegida de muletas, durante 6 semanas, luego se sigue con soporte gradual de peso, con posterior inicio de ejercicios y terapia física progresiva.²⁰

CONCLUSIÓN

La avulsión traumática aguda del músculo glúteo medio es una patología con una baja incidencia, lo que hace que la evidencia disponible para guiar su manejo sea escasa. Se presenta este caso clínico con la intención de exponer el abordaje clínico y diagnóstico de esta entidad y mostrar una opción de manejo con resultados satisfactorios.

Consideraciones éticas

Los autores solicitaron consentimiento al comité de investigación del hospital para la recolección y el tratamiento de datos. En 2016, tres de los autores de este manuscrito presentaron como póster solo el caso clínico en el 12 Encuentro Latinoamericano de Cirujanos de Cadera y rodilla. Se elabora el manuscrito para su publicación en esta revista científica.

Conflicto de intereses: Los autores no declaran conflictos de intereses.

ORCID de S.J. Gómez Bermúdez: <https://orcid.org/0000-0003-2017-4860>
ORCID de V. Avendaño Arango: <https://orcid.org/0000-0002-2976-3269>

ORCID de J.L. Moore Velásquez: <https://orcid.org/0000-0002-9947-1384>

BIBLIOGRAFÍA

1. Redmond JM, Chen AW, Domb BG. Greater trochanteric pain syndrome. *J Am Acad Orthop Surg* 2016;24(4):231-40. <https://doi.org/10.5435/JAAOS-D-14-00406>
2. Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment. *Anesth Analg* 2009;108(5):1662-70. <https://doi.org/10.1213/ane.0b013e31819d6562>
3. Bird PA, Oakley SP, Shnier R, Kirkham BW. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis Rheum* 2001;44(9):2138-45. [https://doi.org/10.1002/1529-0131\(200109\)44:9<2138::AID-ART367>3.0.CO;2-M](https://doi.org/10.1002/1529-0131(200109)44:9<2138::AID-ART367>3.0.CO;2-M)
4. Kenanidis E, Kyriakopoulos G, Kaila R, Christofilopoulos P. Lesions of the abductors in the hip. *EFORT Open Rev* 2020;5(8):464-476. <https://doi.org/10.1302/2058-5241.5.190094>
5. Kagan A 2nd. Rotator cuff tears of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 1999 Nov;(368):135-40. PMID: 10613161.
6. Bunker TD, Esler CN, Leach WJ. Rotator-cuff tear of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 1997;79(4):618-20. <https://doi.org/10.1302/0301-620x.79b4.7033>
7. Lerebours FR, Cohn R, Youm T. Endoscopic treatment of gluteus medius tears: A review. *Bull Hosp Jt Dis* 2016;74(1):58-62. PMID: 26977550
8. Godshaw B, Wong M, Ojard C, Williams G, Suri M, Jones D. Acute traumatic tear of the gluteus medius and gluteus minimus in a marathon runner. *Ochsner J* 2019;19(4):405-9. <https://doi.org/10.31486/toj.18.0090>
9. Stanton MC, Maloney MD, Dehaven KE, Giordano BD. Acute traumatic tear of gluteus medius and minimus tendons in a patient without antecedent peritrochanteric hip pain. *Geriatr Orthop Surg Rehabil* 2012;3(2):84-8. <https://doi.org/10.31486/toj.18.0090>
10. Karpinski MR, Piggott H. Greater trochanteric pain syndrome. a report of 15 cases. *J Bone Joint Surg Br* 1985;67(5):762-3. <https://doi.org/10.1302/0301-620X.67B5.4055877>
11. Ilizaliturri VM Jr, Camacho-Galindo J, Evia Ramirez AN, Gonzalez Ibarra YL, McMillan S, Busconi BD. Soft tissue pathology around the hip. *Clin Sports Med* 2011;30(2):391-415. <https://doi.org/10.1016/j.csm.2010.12.009>
12. LaPorte C, Vasaris M, Gossett L, Boykin R, Menge T. Gluteus medius tears of the hip: a comprehensive approach. *Phys Sportsmed* 2019;47(1):15-20. <https://doi.org/10.1080/00913847.2018.1527172>
13. Fisher DA, Almand JD, Watts MR. Operative repair of bilateral spontaneous gluteus medius and minimus tendon ruptures. A case report. *J Bone Joint Surg Am* 2007;89(5):1103-7. <https://doi.org/10.2106/JBJS.F.01201>
14. Whiteside LA. Surgical technique: Transfer of the anterior portion of the gluteus maximus muscle for abductor deficiency of the hip. *Clin Orthop Relat Res* 2012;470(2):503-10. <https://doi.org/10.1007/s11999-011-1975-y>
15. Chandrasekaran S, Lodhia P, Gui C, Vemula SP, Martin TJ, Domb BG. Outcomes of open versus endoscopic repair of abductor muscle tears of the hip: a systematic review. *Arthroscopy* 2015;31(10):2057-67.e2. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2015.03.042>
16. Thaunat M, de Saint Vincent B, Caron E, Ingale PS. A Comparison of outcomes after endoscopic repair of partial- versus full-thickness tears of the gluteus medius tendon. *Arthroscopy* 2021;37(8):2465-72. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2021.02.020>
17. Nazal MR, Abraham PF, Conaway WK, Quinlan NJ, Gillinov SM, Gibbs JS, et al. Endoscopic repair of full-thickness gluteus medius and minimus tears-prospective study with a minimum 2-year follow-up. *Arthroscopy* 2020;36(8):2160-9. <https://doi.org/10.1016/j.arthro.2020.04.025>
18. Maldonado DR, Annin S, Chen JW, Yelton MJ, Shapira J, Rosinsky PJ, et al. Combined transfer of the gluteus maximus and tensor fasciae latae for irreparable gluteus medius tear using contemporary techniques: short-term outcomes. *JBJS Open Access* 2020;5(4):e20.00085. <https://doi.org/10.2106/JBJS.OA.20.00085>
19. Vishwanathan K, Pathan SKA, Makadia RC, Chaudhary CB. Psychometric assessment of modified Harris hip score for femoral neck fracture in Indian population. *Indian J Orthop* 2020;54(Suppl 1):87-100. <https://doi.org/10.1007/s43465-020-00155-x>
20. Walsh MJ, Walton JR, Walsh NA. Surgical repair of the gluteal tendons: A report of 72 cases. *J Arthroplasty* 2011;26(8):1514-9. <https://doi.org/10.1016/j.arth.2011.03.004>