

Síndrome de fricción de la Banda Iliotibial.
Dr. Fernando Macías.
Dr. Homero DeAgostino.

Resumen

El objetivo del trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento del Síndrome de fricción de la banda iliotibial (SFBIT).

El SFBIT es una lesión por sobreuso, producida por la fricción en exceso entre la banda iliotibial (BIT) y el epicóndilo femoral externo.

Fueron tratados 16 pacientes, 5 de los cuales demandaron tratamiento quirúrgico. En todos los casos realizamos el aplanamiento del epicóndilo externo con resultados satisfactorios y sin recurrencias en la patología.

Abstract

The objective of this report is to present our experience in the treatment of Iliotibial band friction syndrome.

The Iliotibial band friction syndrome is an overuse lesion produced by the excessive friction between the Iliotibial band and the lateral femoral epicondyle.

Sixteen patients were treated, five of which required surgical intervention. In all cases we performed an lateral femoral epicondyle osteotomy resection with successful results and no recurrences.

Palabras claves: Síndrome de fricción de la banda Iliotibial (SFBIT), tratamiento quirúrgico, aplanamiento del epicóndilo externo.

INTRODUCCIÓN

El SFBIT es una lesión por sobreuso que resulta de la fricción repetida de la BIT deslizando sobre el epicóndilo femoral lateral, moviéndose hacia delante del epicóndilo en la extensión, y hacia posterior con la flexión.

Ésta fricción provoca un cuadro inflamatorio que se manifiesta principalmente a los 30° de flexión de rodilla.

Se lo observa más frecuentemente en corredores de larga distancia, futbolistas, ciclistas, y población militar.

En cuanto a las causas se han descrito factores extrínsecos o del entrenamiento (carreras excesivas, carreras cuesta abajo, déficit de entrenamiento, aumentos abruptos de distancia o frecuencia de carrera); y factores intrínsecos (discrepancia de longitud de miembros, genu varo, pié varo, déficit de abductores de cadera)

Materiales y métodos.

Fueron evaluados 16 pacientes en los últimos 3 años por presentar un SFBIT.

De ellos 12 fueron de sexo masculino y 4 femeninos; de los cuales 11 eran futbolistas (6 profesionales), 5 maratonistas y ciclismo ocasional. Evaluamos un caso, además, que no fue incluido en el trabajo, de una paciente femenina que presentó un cuadro de SFBIT por la extrusión de un cerrojo distal de un clavo endomedular de fémur y que cedió al retirar el material de osteosíntesis.

Todos fueron tratados inicialmente con tratamiento incruento, y ante el fracaso del mismo 6 pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente (4 futbolistas y 2 maratonistas). Indicamos resonancia magnética nuclear solo en los pacientes tratados quirúrgicamente para descartar patología concurrente.

Evaluación del paciente.

Se presenta como dolor agudo o quemante a unos 2cm superior a la interlinea articular externa, con o sin irradiación proximal o distal.

En los casos leves el dolor comienza luego de un tiempo o distancia reproducibles, y cesa al finalizar la actividad; en cambio en los casos mas severos la marcha normal o el sentarse con la rodilla en flexión pueden ser dolorosos.

Las pruebas semiológicas que utilizamos son:

Palpación dolorosa sobre el epicóndilo femoral externo.

Test de Noble (presión del epicóndilo femoral externo realizando flexo-extensión de 0° a 90° con dolor a los 30°).

Test de Ober (para evaluar la tensión del complejo tensor fascia lata-banda iliotibial.).

Imágenes.

Hemos solicitado una resonancia magnética nuclear solo en aquellos casos en que quedan dudas sobre alguna lesión concurrente intraarticular y que se les indicó tratamiento quirúrgico.

En los casos agudos la RMN suele ser normal o mostrar una pequeña colección líquida bajo la BIT.

Diagnóstico diferencial.

El diagnóstico diferencial se debe hacer con lesiones del menisco externo, lesiones osteocondrales femoropatelares y del cóndilo externo.

Tratamiento.

La mayoría responde al tratamiento incruento que consiste en disminuir el dolor y la inflamación con hielo local, AINE, modificar la calidad del entrenamiento (disminuir tiempos y distancia de la actividad deportiva), fisiokinesioterapia, elongación del complejo fascia lata – BIT, corrección de factores intrínsecos (plantares) e infiltraciones con corticoesteroides.

En los casos refractarios a la terapéutica conservadora hemos indicado el tratamiento quirúrgico de la lesión.

Los procedimientos quirúrgicos descriptos son:

Aplanamiento del epicóndilo femoral externo mas resección triangular de una porción de la BIT.

Resección en elipse de la parte posterior de la BIT.

Alargamientos en “Z”.

En todos los casos hemos realizado solo el aplanamiento del epicóndilo femoral externo con resultados satisfactorios y sin recidivas de la patología.

Bajo anestesia raquídea hemos realizado siempre una artroscopía simple para descartar lesiones asociadas, luego por una incisión lateral, sobre el epicóndilo femoral externo se localiza la BIT. Por una incisión longitudinal a través de la BIT localizamos el

epicóndilo. En todos los casos hemos encontrado, subyacente a la BIT, un tejido fibroso que fue resecado y que para algunos autores corresponde a una bursa reaccional y para otros un receso sinovial. Luego realizamos el aplanamiento del epicóndilo femoral externo con escoplo y martillo. Siempre suturamos la BIT, manteniendo su integridad. El paciente permanece con una férula en extensión por 2 semanas y con ejercicios isométricos desde la cirugía. Luego comienza la rehabilitación con terapeuta físico y el retorno a la actividad se produce entre las 6 y 8 semanas.

Conclusiones.

El SFBIT es una lesión por sobreuso que provoca dolor en la cara lateral de la rodilla, de diagnóstico clínico y que habitualmente responde a los tratamientos conservadores. En los casos que demandaron cirugía hemos realizado el aplanamiento del epicóndilo femoral externo en forma aislada con resultados satisfactorios.

Bibliografía

- 1) Costa Paz, M. Reconstrucción artroscópica del LCA en jugadores de fútbol. Resultados con seguimiento entre 2 y 9 años. Revista Argentina de Artroscopía. 1996; 3:406-411.
- 2) Costa Paz M, Ayerza M. Tratamiento quirúrgico del síndrome de fricción de la fascia lata en la rodilla
- 3) Ekman E, Pope T, Martin D, Curl W, Magnetic resonance imaging of iliotibial band syndrome. Am. J. Sports Med. 1994; 22 ; 851-854.
- 4) Fredericson M, Weir A. Practical management of Iliotibial band friction syndrome in runners. Clinical J Sport Medicine Vol 16, nº 3, May 2006, 261-268.
- 5) Holmes J, Pruitt A. Iliotibial band syndrome in cyclists. Am. J. Sports Med. 1993; 21 (3) :419- 424.
- 6) Kirk K, Kuklo T, Klemme W. Iliotibial band friction syndrome. Orthopedics 2000; 23 (II): 1209-1215.
- 7) Lencina O, Gómez G. Síndrome de fricción del tensor de la fascia lata. Presentación de un caso y puesta al día. Revista de la Asociación Argentina de Traumatología del Deporte 1998; 5 (2): 10-13.
- 8) Martens M, Libbretch P, Burssens A. Surgical treatment of the iliotibial band friction syndrome. Am. J. Sports Med. 1989; 17 (5): 651-654.
- 9) Nemeth W, Sanders B. The lateral synovial recess of the knee: anatomy and role in chronic iliotibial band friction syndrome. Arthroscopy 1996; 12 (5): 574-580.
- 10) Noble C. Iliotibial band friction in runners. Am. J. Sports Med. 1980; 8: 232-234.
- 11) Orchard J, Fricket P, Abud A, Mason B. Biomechanics of iliotibial band friction syndrome in runners. Am. J. Sports Med. 1996; 24 (3): 375- 379.
- 12) Renne JW. The iliotibial band friction syndrome. J. Bone and Joint Surgery (A)1975; 57(8): 1110-1111.