

CASO CLÍNICO: TRATAMIENTO BIORREGULADOR EN LESIÓN DEL MÚSCULO RECTO ABDOMINAL SUFRIDA POR TENISTA PROFESIONAL

Dr. Luis Fernández Rosa

Jefe de los Servicios Médicos del Open Master de Tenis de Madrid
Profesor de la Universidad San Pablo CEU

Responsable Médico del Atlético de Madrid

Dr. Emilio López – Vidriero

Especialista en traumatología deportiva y artroscopia por la Asociación Norteamericana de Artroscopia (AANA) y de patología del miembro superior por el Hospital y la Universidad de Ottawa, Canadá.
Director de **ISMEC** International Sports Medicine Clinic
Consultor traumatólogo del equipo de alto rendimiento de la Federación Andaluza de Tenis.
Médico oficial del Open Master de Tenis de Madrid

INTRODUCCIÓN

Jugador profesional de tenis de 26 años (188 cm ,82 kg) que durante el transcurso de un partido de un torneo Máster Series sufre dolor en zona abdominal al realizar un servicio.

Los problemas de la musculatura abdominal constituyen una de las lesiones características del jugador de tenis. Son lesiones muy frecuentes al punto que una gran parte de los tenistas profesionales han sufrido este tipo de problemas en algún momento de su carrera. Se presentan en jugadores de todos los niveles y, por su naturaleza incapacitante para la ejecución del servicio y su tendencia a la recidiva, han de ser consideradas lesiones potencialmente graves, en especial, para el tenista de alta competición. La gran mayoría de las lesiones de la pared abdominal involucran al músculo recto mayor contralateral al brazo dominante (el que se utiliza para sacar).

El músculo recto abdominal y las fibras laterales del oblicuo externo son considerados los movilizadores primarios de la flexión del tronco. Durante la fase de preparación del servicio de tenis, el jugador aleja la raqueta del cuerpo, principalmente, mediante la abducción-rotación externa del hombro y la hiperextensión de la columna lumbar, con el objetivo de aumentar el recorrido y velocidad de la raqueta. Durante esa fase del lanzamiento, el recto abdominal contralateral ha mostrado una elevada actividad electromiográfica predisponiendo a su lesión por estiramiento.

EXPLORACIÓN FÍSICA

A la exploración, el paciente presenta dolor mecánico a punta de dedo en la zona periumbilical del lado contralateral al brazo de saque, así como al estiramiento y la contracción muscular con resistencia.

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Se realiza ecografía musculoesquelética (ME) en la que se aprecia un aumento de la ecogenicidad en el recto abdominal y una colección hipoecoica que diseña el plano fascial (fig. 1). Se utiliza la función Croma apreciándose una zona del recto compatible con una disrupción del mismo en los septos fibroadiposos (fig.2).

El paciente es diagnosticado de posible lesión músculo – esquelética grado II en músculo recto abdominal tras la evaluación clínico y ecográfica.

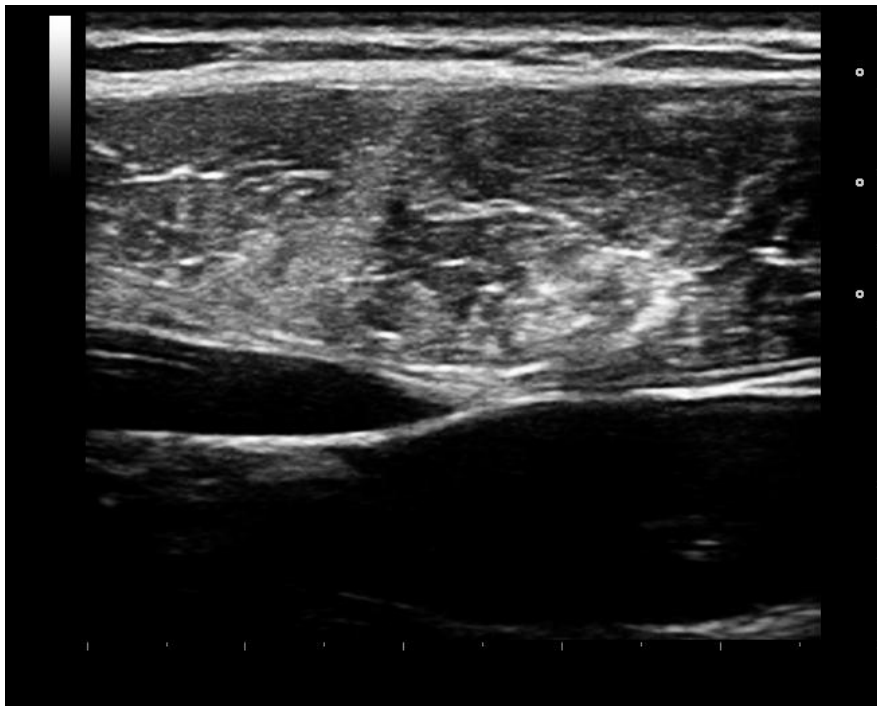


Fig. 1 Imagen ecográfica tras exploración inicial

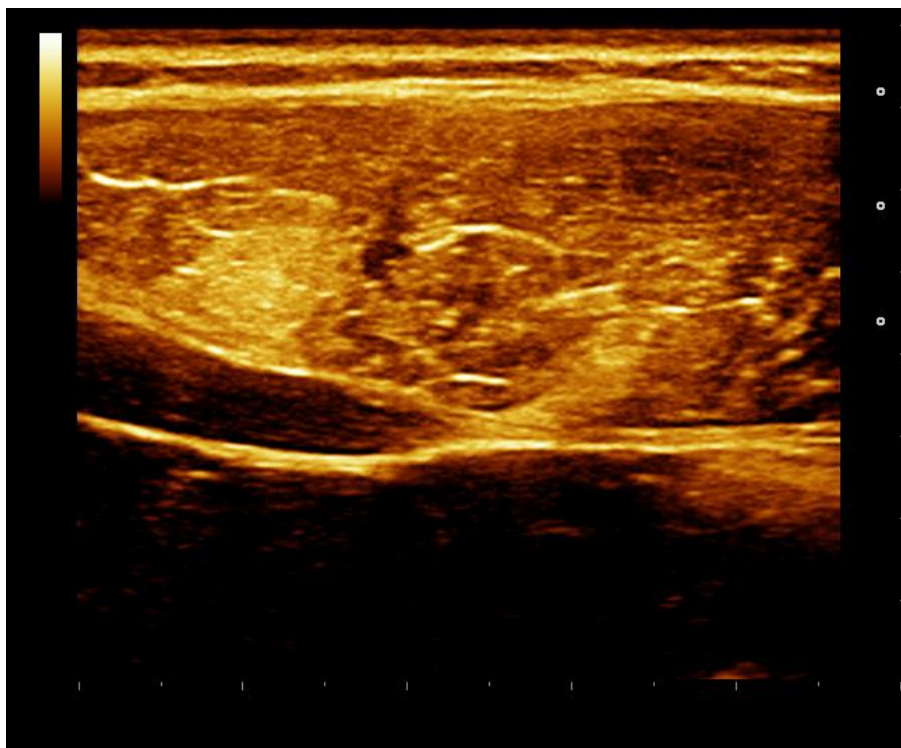


Fig. 2 Imagen ecográfica tras exploración inicial. Croma.

TRATAMIENTO BIORREGULADOR

Se inicia tratamiento con biopuntura ecodirigida encaminada a la resolución de la colección hemática, para lo que se utiliza **Lymphomyosot** (2 ml), fármaco linfoespecífico para el tratamiento de linfedemas de etiología diversa (postraumática, inflamatoria, postquirúrgica, etc.), y **Kalmia Compositum** (2,2 ml) para el tratamiento de las afecciones dolorosas de ligamentos y tendones. Se utiliza también **Musculus suis Injeel** (2 ml) depositado subcutáneo perilesional como fármaco específico de miotonías, distrofia muscular, estados de debilidad y agotamiento.

A las 24 horas se realiza prueba de ecografía ME de control (fig. 3), donde se aprecia reducción de la zona hipocóica, refiriendo el paciente disminución del dolor. Se continúa tratamiento añadiendo **Traumeel** 2,2 ml (fármaco modulador de la inflamación con efecto cicatrizante) intralesional mediante biopuntura ecodirigida.

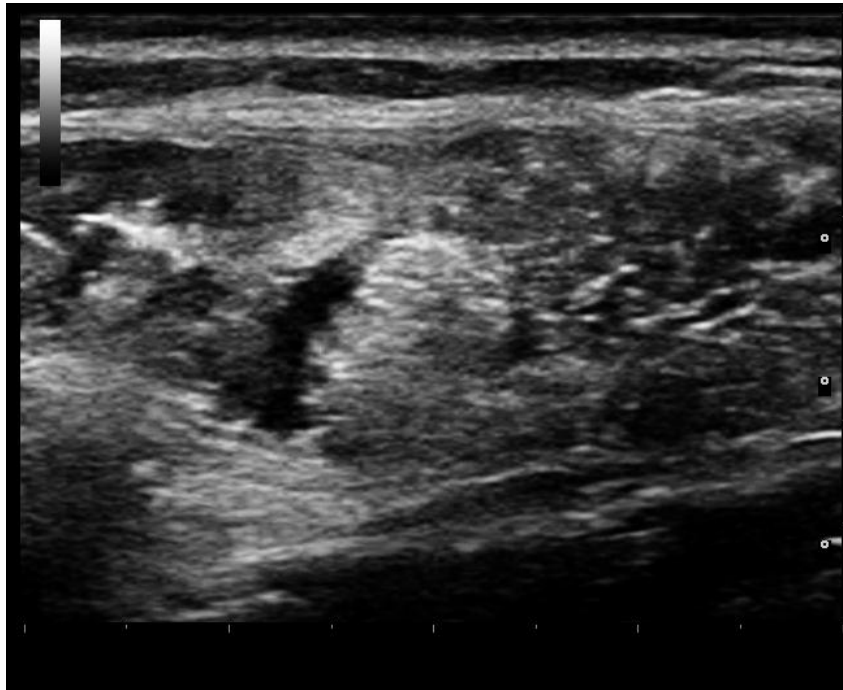


Fig. 3. Imagen ecográfica 24 horas post-tratamiento y tras biopuntura

A las 48 horas se repite ecografía ME (fig.4) y se realiza una nueva biopunción ecodirigida utilizando ya únicamente **Traumeel** y **Kalmia Compositum** (2,2 ml) tras el alto grado de resolución de la imagen hipoeoica. Se remite al paciente a iniciación del tratamiento de fisioterapia.

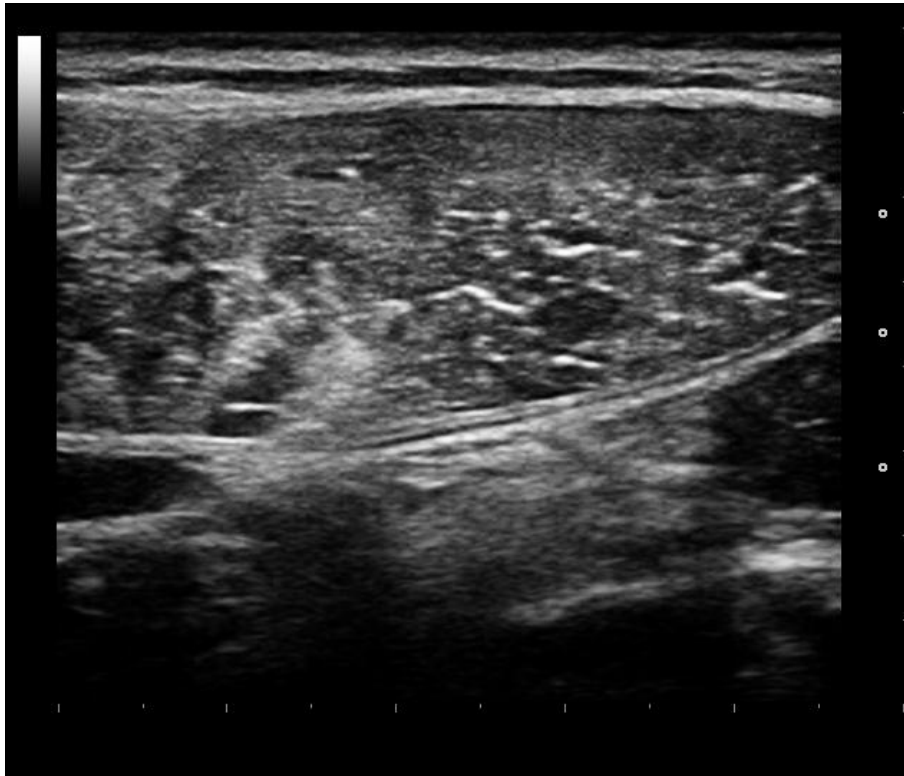


Fig. 4. Imagen por ecografía ME 48 horas

BIBLIOGRAFIA

TurmoGaruz, A; Til Pérez, L; Bellver Vives, M; Evangelos Papousidakis. "Lesión muscular de recto abdominal en un jugador de voleibol." ApuntsMedEsport; Vol. 45 Núm.166. 45:137-42. Año 2010

Maquirriain, J."Desgarros del Músculo Recto Abdominal.Parte 1: Biomecánica y Diagnóstico" Medicina y tenis. Año 9. vol. 3. Número 55, Julio 2010.

Muñoz Ch. S.:"Lesiones musculares deportivas: Diagnóstico por imágenes". Revista Chilena de Radiología. Vol. 8 Nº 3, año 2002