

AMECRA @ONLINE

GACETA ELECTRÓNICA

Asociación Mexicana de Cirugía Reconstructiva, Articular y Artroscopia, A.C.

Edición 21 / abril 2026



www.amecra.org.mx



Contenido

Reporte de un caso

Doble fijación femoral en fractura periprotésica con prótesis posteroestabilizada

Reporte de un casos

Reconstrucción del ligamento cruzado anterior con autoinjerto de peroneo largo - serie clínica de 30 casos

Experiencia de Curso

Optimizing Surgical Outcomes for the Knee and Shoulder Arthroscopy-AMECRA

Presentación de un caso

Reconociendo el Síndrome de Piriforme- Manejo Endoscópico en un Caso de Dolor Glúteo Crónico Refractario y Resultados a Seis Meses de Evolución

Congresos Nacionales e Internacionales 2026

CONSEJO DIRECTIVO 2024 - 2026

Presidente

Dr. Jesús Ignacio Cardona Medina

Vicepresidente

Dr. Víctor Hugo Aguirre Rodríguez

Secretario

Dr. Cesareo Trueba Vasavilbaso

Tesorero

Dr. Ariel De la Rosa Guerrero

Comité de ingresos y credencialización

Dr. Ernesto Fabricio Fabela Bernal

Comité científico

Dr. Fernando Hernández Pérez

Representante internacional

Dr. Carlos Gustavo Portillo Rinas

Comité difusión, redes sociales y multimedia

Dra. Navid Guadalupe Rodríguez Ávila

Comité editorial

Dr. Paulo Pérez Padilla

Dr. Diego Barba Gutiérrez

Coordinación gaceta AMECRA

Dr. med. Rodolfo Morales Ávalos

Diseño y creación gaceta AMECRA on line

Dr. Antonio Manuel Ortega Basulto

Coordinador de cursos alta especialidad

Dr. Fernando Hiramuro Shoji

Comité trabajos libres

Dr. Jaime Arellano Vázquez

Dra. Mónica Araceli Cabrero Montes

Coordinador trabajos libres

Dr. Francisco Javier Rodríguez Bustos

Comité finanzas

Dr. Pablo Fernández Somellera

Comité de investigación y publicación

Dr. José Félix Vilchez Cavazos

Dr. Albeto Guevara Álvarez

Dr. Marco Acuña Tovar

Dr. Melchor Iván Encalada Díaz

Dr. David Chung Arceo

CONTENIDO

Mensaje del Presidente	2
Lineamientos para envío de manuscritos para publicar en gaceta amecra	4
Reporte de un caso	7
Doble fijación femoral en fractura periprotésica con prótesis posteroestabilizada	
Reporte de un caso	16
Reconstrucción del ligamento cruzado anterior con autoinjerto de peroneo largo - serie clínica de 30 casos	
Experiencia de Curso	25
Optimizing Surgical Outcomes for the Knee and Shoulder Arthroscopy-AMECRA	
Presentación de un caso	25
Reconociendo el Síndrome de Piriforme- Manejo Endoscópico en un Caso de Dolor Glúteo Crónico Refractario y Resultados a Seis Meses de Evolución	
Congresos Nacionales e Internacionales 2026	28



Asociación Mexicana de Cirugía Reconstructiva Articular y Artroscopía A.C.

Boulevard Puerta de Hierro, 5150 int 305-A Colonia Plaza Corporativo, Zapopan, Jalisco. C.P. 45116

Teléfono: (33) 3611-3334

E-Mail: secretaria@amecra.org.mx

amecra.org.mx

MENSAJE DEL PRESIDENTE

Estimados amigos miembros de AMECRA,

Es un honor darles la más cordial bienvenida a nuestro nuevo número (21) de nuestra gaceta AMECRA, un espacio dedicado a la difusión del conocimiento y el desarrollo de la investigación en la cirugía reconstructiva articular y artroscopia.

Como parte de la comunidad de AMECRA, es importante comprometernos a enviar trabajos, revisiones bibliográficas, técnicas quirúrgicas, casos clínicos resueltos y proyectos de investigación que nos ayuden a fomentar la academia, impulsar la investigación y contribuir al avance del conocimiento en nuestra especialidad. Su contribución es esencial para enriquecer nuestra gaceta.

Seguimos trabajando arduamente para nuestro próximo XXX Congreso Internacional AMECRA del 03 al 06 de junio en el EXPO Guadalajara, donde tendremos un programa académico de alto nivel científico en cirugía artroscópica, reemplazo articular de rodilla y cadera, 9 cursos instruccionales con cupo limitado donde tendremos talleres de ultrasonido, reemplazo cadera y un curso cadavérico pre-congreso, nos hemos dado a la tarea de seleccionar profesores nacionales e internacionales con gran experiencia y trayectoria en el ámbito de la artroscopia y del reemplazo articular. Así sociedades nacionales e internacionales que enriquecerán el intercambio de experiencias y nuevos conocimientos dentro de nuestra práctica en beneficio de nuestros pacientes.

Nos vemos en Guadalajara !!!!!

Reciban un cordial saludo,

Dr. Jesús Ignacio Cardona Medina
Presidente AMECRA 2024 - 2026





INSTRUCCIONES PARA LOS AUTORES

La GACETA AMECRA recibe artículos originales y reporte de casos en los que se aporten nuevos avances o conocimientos sobre un tema particular en cirugía reconstructiva articular y artroscopia. La investigación experimental o de observación debe seguir el formato IMRYD (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión).

1. ARTÍCULO ORIGINAL:

Título: El título del manuscrito debe ser claro, preciso y conciso, e incluir toda la información necesaria para determinar el alcance del artículo. Un buen título es el primer punto de acceso al contenido del artículo y facilita su recuperación en las bases de datos y los motores de búsqueda. Los títulos no pueden superar las 15 palabras. Deben evitarse las palabras ambiguas, la jerga y las abreviaturas, así como su separación mediante puntos o su división en partes.

Autoría:

Deben incluir nombres completos, afiliación y por orden de participación. Una vez sometida la lista de autores, sólo bajo notificación de todos los autores mediante documento firmado, se podrán anexar o eliminar autores.

Se recomienda que la autoría se base en los siguientes cuatro criterios:

1. Contribuciones sustanciales a la concepción o el diseño del trabajo, o la adquisición, el análisis o la interpretación de los datos del trabajo.
2. Redacción del trabajo o la revisión crítica del contenido intelectual importante.
3. La aprobación final de la versión para su publicación.
4. El acuerdo de asumir la responsabilidad de todos los aspectos del trabajo al comprometerse a que sean investigadas y debidamente resueltas todas las preguntas relacionadas con la exactitud o la integridad de cualquier parte del trabajo.

Resumen y palabras clave: El resumen es la segunda aproximación a un artículo y deberá permitir a los lectores determinar su relevancia y decidir si desean leer el texto completo.

Los artículos de investigación original o las revisiones sistemáticas deben ir acompañados de un resumen estructurado de no más de 250 palabras, divididas en las siguientes secciones: a) objetivos, b) métodos, c) resultados y d) conclusiones. En el resumen no se debe

incluir información o conclusiones que no aparezcan en el texto principal; debe escribirse en tercera persona y no debe contener notas a pie de página, abreviaturas desconocidas o citas bibliográficas. Se deben incluir 5 palabras clave en orden alfabético que tengan relación objetiva con el manuscrito.

Cuerpo del manuscrito: Los artículos de investigación originales y las revisiones sistemáticas se organizan habitualmente según el formato de IMRYD (introducción, materiales y métodos, resultados y discusión).

Si bien puede ser necesario utilizar subapartados a lo largo de todo el cuerpo del trabajo, por lo general no es necesario titular el párrafo que encabeza el cuerpo del trabajo como “Introducción”, dado que habitualmente este título se suele eliminar en el proceso de corrección de estilo. Sin embargo, debe exponerse claramente el objetivo del artículo al final de la introducción.

Los apartados “Resultados y “Discusión” pueden incluir distintos subapartados. En el caso de las “Conclusiones”, apartado que debe incluirse al final del de “Discusión”, estas pueden identificarse mediante un subapartado.

Referencias Bibliográficas: Las citas son esenciales para el manuscrito y deben ser pertinentes y actuales (de preferencia menor a 5 años de publicados). Las citas son útiles para señalar la fuente original de los conceptos, métodos y técnicas a los que se haga referencia y que hayan sido resultado de investigaciones, estudios o experiencias anteriores. También sirven para respaldar los datos y las opiniones expresadas por el autor y proporcionan al lector la información bibliográfica necesaria para consultar las fuentes primarias.

Tablas: En las tablas se presentan información generalmente numérica en una disposición de valores sistemática y ordenada en filas y columnas. La presentación debe ser de fácil comprensión para el lector de modo que **complemente, pero no duplique, la información del texto**. Las tablas deben citarse en el cuerpo del texto, pero anexarse al final del manuscrito en un formato editable (preferentemente, un archivo de Excel) y no como objetos extraídos de otros archivos. Cada tabla debe contener un título breve, pero completo. Los encabezamientos de las columnas también deberán tener la mayor brevedad posible e indicar la unidad de medida o la base relativa (porcentaje, tasa, índice, etc.).

Figuras y gráficos: Las figuras incluyen gráficos, diagramas, dibujos de líneas y fotografías. Se puede recurrir a ellas para poner de relieve tendencias o mostrar comparaciones de forma clara y exacta. Las figuras deberán ser fáciles de comprender y deberán añadir información en lugar de repetir información anterior del texto o las tablas. Las leyendas deben ser breves, sin dejar por ello de ser completas. Las figuras deben referirse en el cuerpo del manuscrito y enviarse por separado en su formato original editable, de acuerdo con las normas de los programas informáticos más comunes (Excel, Power Point, Open Office).

Las abreviaturas de las unidades no se colocan en plural (por ejemplo: “5 km”, no “5 kms”) ni van seguidas de punto (“10 ml”, no “10 ml.”), excepto al final de una oración.

2. REPORTE DE CASO:

Presentación de casos clínicos que describan patologías poco comunes o tratamientos quirúrgicos novedosos. La relevancia de estos reportes debe radicar en el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de la enfermedad presentada. Idealmente el diagnóstico debe haberse realizado utilizando el estándar de oro para dicha enfermedad o con evidencia suficiente para descartar otros diagnósticos. En caso de presentar imágenes clínicas que comprometan la identidad del paciente, se debe anexar el formulario de consentimiento informado. El resumen no debe ser mayor a 150 palabras; debe incluir sintaxis de objetivo principal, reporte de caso, discusión y conclusiones. De la misma forma se pueden agregar 5 palabras claves que se identifiquen con el contenido del caso presentado.

COMENTARIOS ADICIONALES

Una vez leídos los lineamientos y que se haya asegurado que su manuscrito cumple con todos los requisitos solicitados, puede enviarlo a los siguientes correos: administracion@amecra.org.mx

Agradecemos mucho su interés en publicar en nuestra GACETA y estamos haciendo un esfuerzo para disminuir los tiempos de aprobación de los trabajos que publicaremos.

1. El primer paso después de la recepción de su trabajo es la “revisión de los editores”, en donde se examinan aspectos formales de los requisitos solicitados, por lo que un trabajo puede ser rechazado por incumplimiento en las características de presentación. Asimismo, el texto puede ser devuelto al autor para que revise y corrija la redacción o para que, en caso necesario, condense el texto, corrija la redacción y suprima o adicione cuadros, ilustraciones y anexos. El autor de correspondencia dispondrá de 10 días naturales para realizar estas correcciones.
2. Una vez aprobado por los editores, el trabajo será enviado al arbitraje y se comunicará al autor corresponsal por escrito, vía correo electrónico, quien dispondrán de un plazo máximo de 20 días naturales para realizar las modificaciones o declinar la publicación de su trabajo.
3. Al recibirse el manuscrito corregido por los autores, se les enviará una notificación en el que se les informará en qué fecha y volumen se publicará e trabajo.

ESTILO DEL MANUSCRITO

Los manuscritos deberán redactarse con un procesador de texto a doble espacio, en una sola columna y en la fuente Times New Roman o Arial, tamaño 12 puntos.

- Tipo de archivos: El formato preferente para texto y cuadros es Word.
- Figuras y fotografías: JPG o JPEG.
- Estilo de referencias bibliográficas: apegadas al estilo de referencias con forme a las guías Vancouver. La lista debe ponerse en orden numérico de acuerdo al orden de la cita en el texto.

Preparación del manuscrito

- El texto debe estar justificado.
- Sólo debe utilizarse negritas en el título y subtítulos.
- Sólo debe utilizarse cursivas en palabras en otro idioma.
- Máximo de palabras: 3500 para artículo original y 2,500 para reporte de caso.
- La descripción de figura deberá anexarse al final del documento.

Actualizado por:

Dr. med. Rodolfo Morales Avalos, Coordinador
Dr. Jesús Ignacio Cardona Medina, Presidente

Julio del 2024

PRESENTACIÓN DE UN CASO

DOBLE FIJACIÓN FEMORAL EN FRACTURA PERIPROTÉSICA CON PRÓTESIS POSTEROESTABILIZADA: REPORTE DE CASO

René Ochoa Cazares

Médico Traumatología y Ortopedia. Profesor titular del curso de Alta Especialidad en Artroscopia y Reconstrucción Articular.

Rodrigo Iván Flores Velázquez

Médico Traumatología y Ortopedia. Departamento de Artroscopia y Reconstrucción Articular

Sebastián Cañizares Casa Madrid

Médico Traumatología y Ortopedia. Departamento de Artroscopia y Reconstrucción Articular.

RESUMEN

Objetivo: Describir el uso de un constructo combinado de clavo intramedular retrógrado y placa bloqueada como alternativa quirúrgica en fracturas periprotésicas supracondíleas del fémur distal tras artroplastia total de rodilla posteroestabilizada.

Reporte de caso: Mujer de 72 años con antecedente de artroplastia total de rodilla derecha que presentó fractura periprotésica multifragmentaria tras caída, clasificada como Rorabeck tipo II. Se realizó reducción abierta y osteosíntesis mediante doble fijación clavo-placa.

Discusión: Esta técnica ofrece mayor estabilidad biomecánica, adecuada distribución de cargas y permite movilización temprana, especialmente en fracturas complejas y hueso osteoporótico.

Conclusiones: El constructo clavo-placa es una opción segura y eficaz en fracturas periprotésicas con componentes posteroestabilizados y caja femoral abierta.

Palabras clave: Fracturas periprotésicas; fracturas femorales; artroplastia de rodilla; placas óseas; enclavado intramedular.

Palabras clave: Fracturas periprotésicas; fracturas femorales; artroplastia de rodilla; placas óseas; enclavado intramedular.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de fracturas periprotésicas alrededor de la rodilla ha aumentado debido al envejecimiento poblacional y al incremento en el número de artroplastias totales realizadas. Estas fracturas ocurren con mayor frecuencia a nivel supracondíleo del fémur distal y se presentan en aproximadamente 0.3 a 5.5% de las cirugías primarias, incrementándose hasta 30% en cirugías de revisión¹.

El término "fractura periprotésica" hace referencia a aquellas fracturas que ocurren dentro de los primeros 15 cm proximales a la articulación. Estas lesiones representan un reto quirúrgico debido a la necesidad de lograr una fijación estable adaptada tanto al implante como a las condiciones óseas del paciente.

La clasificación de Rorabeck –Taylor es ampliamente utilizada, donde las fracturas tipo II corresponden a fracturas desplazadas con componente protésico estable. En este contexto, el uso de un doble sistema de fijación (clavo retrógrado combinado con placa lateral) ha ganado relevancia por ofrecer mayor estabilidad biomecánica, especialmente en fracturas multifragmentarias y hueso osteoporótico²⁻⁴.

En componentes posteroestabilizados existe menor evidencia del uso de este constructo debido a las limitaciones anatómicas del cajón femoral, el cual debe permitir el paso del clavo intramedular.

CASO CLÍNICO

Paciente femenina de 72 años con antecedente de artroplastia total de rodilla derecha posteroestabilizada (Genesis II, Smith & Nephew), realizada en octubre de 2023. Dos años después del procedimiento, acudió al servicio de urgencias tras presentar una caída con contusión directa sobre la rodilla derecha, manifestando dolor intenso, deformidad evidente y limitación funcional significativa.

Se realizaron radiografías anteroposterior y lateral (Figura 1), identificando fractura periprotésica supracondílea del fémur distal. La tomografía computarizada mostró un trazo helicoidal multifragmentado con desplazamiento posterolateral. La fractura se clasificó como Rorabeck tipo II.

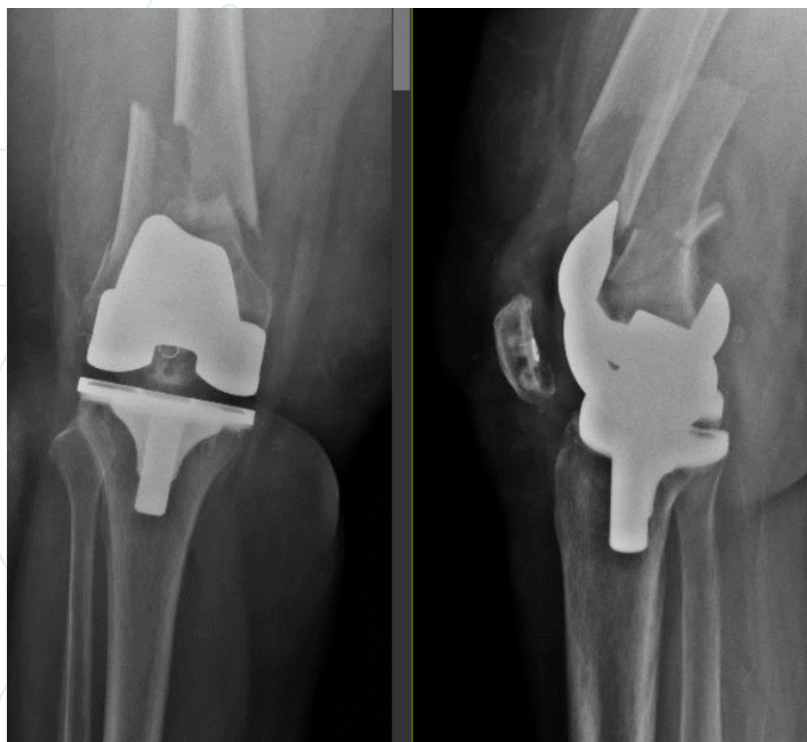


Figura 1. Radiografía AP y lateral que muestra fractura supracondílea periprotésica del fémur distal tras artroplastia total de rodilla.

Se programó manejo quirúrgico mediante reducción abierta y osteosíntesis utilizando un constructo combinado:

- Clavo intramedular retrógrado (EXPERT, Synthes)
- Placa anatómica bloqueada para fémur distal (Figura 2)

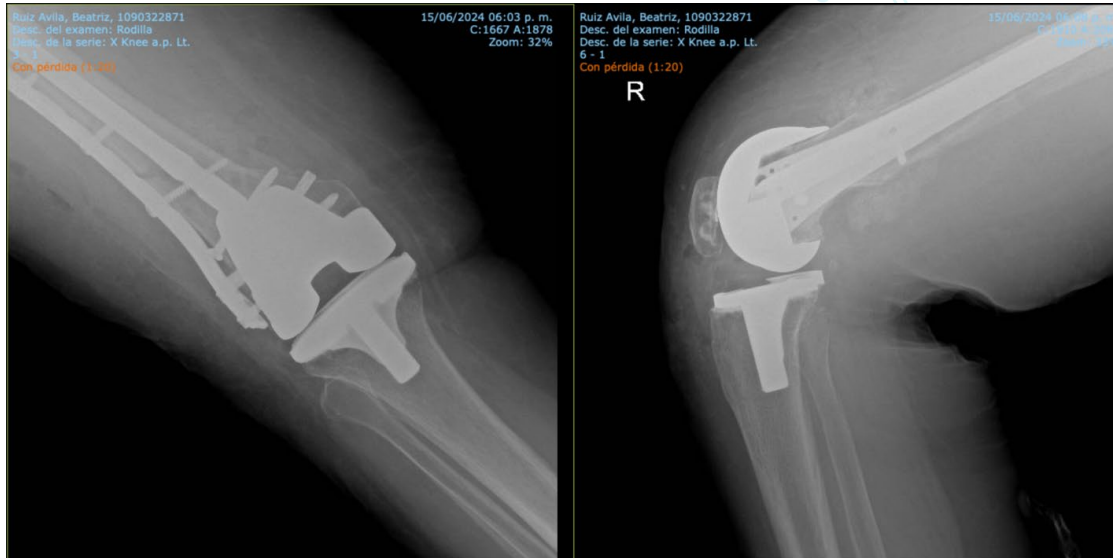


Figura 2. Osteosíntesis mediante constructo combinado de clavo intramedular retrógrado y placa anatómica distal bloqueada.

La secuencia de fijación consistió en la colocación inicial de un clavo intramedular retrógrado con el objetivo de restaurar el eje femoral y proporcionar estabilidad axial primaria. Posteriormente, se colocó una placa bloqueada lateral distal como soporte complementario, incrementando la rigidez del constructo y mejorando el control rotacional. El diseño abierto del cajón femoral permitió el paso adecuado del clavo (Figura 3).



Figura 3. Componente femoral posteroestabilizado con caja abierta que permite el paso del clavo retrógrado.

En el postoperatorio inmediato, la paciente inició movilización temprana mediante ejercicios de rango articular desde la primera semana. La carga parcial asistida se permitió a partir de la semana 6, progresando a carga completa a las 10 semanas.

En el seguimiento radiográfico se observó consolidación progresiva, con evidencia de puente óseo a las 12 semanas y consolidación completa a las 20 semanas. Clínicamente, a los 6 meses la paciente presentó marcha independiente sin dolor significativo. Al seguimiento de 12 meses no se identificaron signos de aflojamiento protésico ni complicaciones mecánicas del constructo.

Preoperatoriamente, la paciente refería dolor severo con EVA de 9/10, el cual disminuyó a 2/10 a los 6 meses. Asimismo, el Knee Society Score mejoró de 45 puntos en el postoperatorio temprano a 82 puntos al seguimiento de 12 meses, reflejando una recuperación funcional satisfactoria.

DISCUSIÓN

Las fracturas periprotésicas supracondíleas del fémur distal posteriores a una artroplastia total de rodilla representan una complicación infrecuente pero clínicamente relevante, particularmente en pacientes de edad avanzada. Su manejo constituye un desafío quirúrgico debido a la presencia de un implante previo, la frecuente conminución metafisaria y la disminución de la calidad ósea asociada a osteoporosis.^{1,2}

Entre los factores predisponentes descritos se encuentran el traumatismo de baja energía, la fragilidad ósea y el “notching” femoral, el cual compromete la cortical anterior y altera la transmisión normal de cargas, incrementando el riesgo de fractura.⁶ Estas condiciones hacen indispensable lograr una fijación estable que permita movilización temprana y reduzca complicaciones derivadas de la inmovilización prolongada.¹

La clasificación de Rorabeck–Taylor continúa siendo una herramienta útil para orientar el tratamiento. En fracturas tipo II, como en el presente caso, el componente protésico permanece estable, permitiendo realizar osteosíntesis sin necesidad de revisión protésica.⁷

Tradicionalmente, el tratamiento quirúrgico ha incluido placas bloqueadas laterales o clavos intramedulares retrógrados de manera aislada. Sin embargo, en fracturas multifragmentarias o con compromiso medial, estas técnicas pueden asociarse a mayor riesgo de falla mecánica, no unión o necesidad de reintervención.^{5,7}

En este contexto, el constructo combinado clavo–placa ha surgido como una alternativa biomecánicamente superior, al incrementar la rigidez del sistema, mejorar el control rotacional y distribuir de manera uniforme las cargas.^{3,4,8}

Además, este método favorece una rehabilitación acelerada, permitiendo carga progresiva temprana, especialmente en pacientes geriátricos con riesgo elevado de complicaciones sistémicas.³

La mayoría de las series publicadas sobre el constructo clavo–placa se enfocan en implantes con retención del ligamento cruzado posterior. En componentes posteroestabilizados, la

evidencia es limitada debido a las restricciones anatómicas del cajón femoral.⁹ No obstante, cuando el diseño protésico cuenta con una caja abierta, el clavo retrógrado puede utilizarse de forma segura. En el presente caso, se logró consolidación radiográfica completa a las 20 semanas y una recuperación funcional satisfactoria al seguimiento de 12 meses, sin evidencia de aflojamiento o complicaciones mecánicas.

Por lo tanto, este reporte respalda el uso del constructo clavo-placa como una opción eficaz en fracturas periprotésicas complejas tipo Rorabeck II con prótesis estable, incluso en presencia de componentes posteroestabilizados.^{2,3}

CONCLUSIÓN

El constructo combinado de clavo intramedular retrógrado y placa bloqueada distal representa una alternativa eficaz para el tratamiento de fracturas periprotésicas supracondíleas del fémur distal tipo Rorabeck II, permitiendo estabilidad biomecánica adecuada y movilización temprana.^{3,4}

Su aplicación es factible incluso en artroplastias posteroestabilizadas, siempre que el diseño del componente femoral permita un cajón abierto para la instrumentación intramedular.^{2,9} En el caso presentado, se obtuvo consolidación radiográfica completa y recuperación funcional satisfactoria al seguimiento de 12 meses.

Se requieren estudios adicionales con mayor número de pacientes para definir indicaciones precisas; sin embargo, este reporte apoya al constructo clavo-placa como una opción segura y reproducible en fracturas periprotésicas complejas con prótesis estable.^{1,3}

REFERENCIAS

1. Della Rocca GJ, Leung KS, Pape HC. Periprosthetic fractures: epidemiology and future projections. *J Orthop Trauma*. 2011;25 Suppl 2:S66–70. doi:10.1097/BOT.0b013e31821b8c28.
2. Cacciola G, Mancino F, De Meo F, Bruschetta A, De Martino I, Cavaliere P. Current reconstruction options in periprosthetic fractures around the knee. *Geriatr Orthop Surg Rehabil*. 2021;12:21514593211023996.
3. Kontakis MG, Giannoudis PV. Nail plate combination in fractures of the distal femur in the elderly: A new paradigm for optimum fixation and early mobilization? *Injury*. 2023;54(2):288–291. doi:10.1016/j.injury.2022.11.035.
4. Garala K, et al. Distal femoral fractures: A comparison between single lateral plate fixation and a combined femoral nail and plate fixation. *Injury*. 2022;53(2):634–639. doi:10.1016/j.injury.2021.11.011.
5. Wallace SS, Bechtold D, Sassoon A. Periprosthetic fractures of the distal femur after total knee arthroplasty: Plate versus nail fixation. *Orthop Traumatol Surg Res*. 2017;103(2):257–262. doi:10.1016/j.otsr.2016.11.018.

6. Su ET, DeWal H, DiCesare PE. *Periprosthetic femoral fractures above total knee replacements. J Am Acad Orthop Surg.* 2004.
7. Herrera DA, et al. *Treatment of acute distal femur fractures above a total knee arthroplasty. J Orthop Trauma.* 2008.
8. Stoffel K, et al. *Biomechanical rationale of nail-plate constructs in distal femur fractures. Injury.* 2020.
9. Ricci WM, et al. *Periprosthetic supracondylar femur fractures after total knee arthroplasty. J Bone Joint Surg Am.* 2014.
10. Ebraheim NA, et al. *Nail-plate constructs for distal femur fractures: indications and outcomes. Orthopedics.* 2019.



XXX

CONGRESO INTERNACIONAL
DE LA ASOCIACIÓN MEXICANA DE CIRUGÍA RECONSTRUCTIVA,
ARTICULAR Y ARTROSCOPIA, A.C.

3 AL 6 DE JUNIO, 2026

Guadalajara, Jal.



www.amecra.org.mx



AGENCIA OFICIAL
www.intermeeting.com.mx

REPORTE DE UN CASO

RECONSTRUCCIÓN DEL LIGAMENTO CRUZADO ANTERIOR CON AUTOINJERTO DE PERONEO LARGO: SERIE CLÍNICA DE 30 CASOS.

Rodrigo Iván Flores Velázquez

Médico Traumatología y Ortopedia. Departamento de Artroscopia y Reconstrucción Articular

René Ochoa Cazares

Médico Traumatología y Ortopedia. Profesor titular del curso de Alta Especialidad en Artroscopia y Reconstrucción Articular.

Resumen

Objetivos:

Evaluar los resultados clínicos y funcionales del uso del tendón peroneo largo como autoinjerto en reconstrucción primaria del ligamento cruzado anterior (LCA) y analizar las características del injerto, el protocolo de rehabilitación y las complicaciones asociadas.

Métodos:

Se realizó un estudio retrospectivo observacional en 30 pacientes sometidos a reconstrucción primaria de LCA utilizando autoinjerto de tendón peroneo largo entre abril y octubre del 2025 en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14 del Centro Médico Nacional Veracruz. Se analizaron edad, longitud y diámetro del injerto, escala funcional de Lysholm, retorno al deporte y complicaciones.

Resultados:

La edad de los pacientes osciló entre 25 y 42 años. La longitud promedio del injerto fue de 210 mm y el diámetro entre 7 y 8 mm. La escala funcional de Lysholm mejoró de 58 puntos preoperatorios a 92 puntos postoperatorios. El retorno al deporte se permitió a partir del sexto mes. Se registraron seis complicaciones (20%).

Conclusiones:

El tendón peroneo largo representa una alternativa segura y eficaz para reconstrucción del LCA, proporcionando injertos de diámetro favorable y adecuada recuperación funcional.

Palabras clave: Ligamento cruzado anterior; Reconstrucción del ligamento cruzado anterior; Tendón peroneo largo; Autoinjertos; Artroscopia.

Introducción

La lesión del ligamento cruzado anterior (LCA) es una de las patologías más frecuentes en traumatología deportiva y ortopedia. La reconstrucción quirúrgica se considera el tratamiento de elección en pacientes con inestabilidad funcional de rodilla, con el objetivo de restaurar la estabilidad articular y permitir el retorno a las actividades deportivas.

Tradicionalmente, los autoinjertos más utilizados para reconstrucción del LCA han sido el tendón rotuliano y los tendones isquiotibiales. Ambos han demostrado resultados clínicos satis-

factorios; sin embargo, pueden asociarse con morbilidad del sitio donador, dolor anterior de rodilla o debilidad muscular residual^{2,3}.

En los últimos años se han investigado alternativas autólogas para reconstrucción ligamentaria. El tendón peroneo largo ha sido propuesto como una opción viable debido a sus características biomecánicas favorables y a la posibilidad de obtener injertos de longitud adecuada y diámetro suficiente¹.

Diversos estudios biomecánicos han demostrado que el tendón peroneo largo presenta resistencia tensil comparable a los injertos de isquiotibiales^{2,7}. Asimismo, estudios clínicos han reportado resultados funcionales satisfactorios con baja morbilidad del sitio donador, atribuida a la compensación funcional del músculo peroneo corto^{3,4}.

El objetivo del presente estudio fue evaluar los resultados clínicos del uso del tendón peroneo largo como autoinjerto en reconstrucción primaria del ligamento cruzado anterior en una serie de 30 pacientes.

Materiales y métodos

Se realizó un estudio retrospectivo observacional de pacientes sometidos a reconstrucción primaria del ligamento cruzado anterior (LCA) utilizando autoinjerto de tendón peroneo largo. Los pacientes fueron intervenidos entre abril y Octubre del 2025 en la Unidad Médica de Alta Especialidad No. 14 del Centro Médico Nacional Veracruz.

El diagnóstico de ruptura del LCA se estableció mediante evaluación clínica, estudios de imagen por resonancia magnética y confirmación artroscópica intraoperatoria.

Criterios de inclusión

- Ruptura completa del ligamento cruzado anterior confirmada mediante exploración clínica y resonancia magnética.
- Reconstrucción primaria del LCA.
- Uso de autoinjerto de tendón peroneo largo.

Criterios de exclusión

- Cirugía previa de reconstrucción del LCA.
- Lesiones ligamentarias múltiples complejas.
- Seguimiento clínico menor a seis meses.

Las variables analizadas incluyeron edad, características del injerto, protocolo de rehabilitación, escala funcional de Lysholm, retorno al deporte y complicaciones postoperatorias. Los datos se analizaron mediante estadística descriptiva utilizando medias y desviaciones estándar para variables continuas. La comparación entre los valores preoperatorios y postoperatorios de la escala de Lysholm se realizó mediante prueba t de Student para muestras pareadas. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0.05$.

Técnica quirúrgica

La reconstrucción del ligamento cruzado anterior se realizó mediante técnica artroscópica estándar. Durante la evaluación artroscópica inicial se confirmó la ruptura completa y ausencia del ligamento cruzado anterior. (Figura 2).

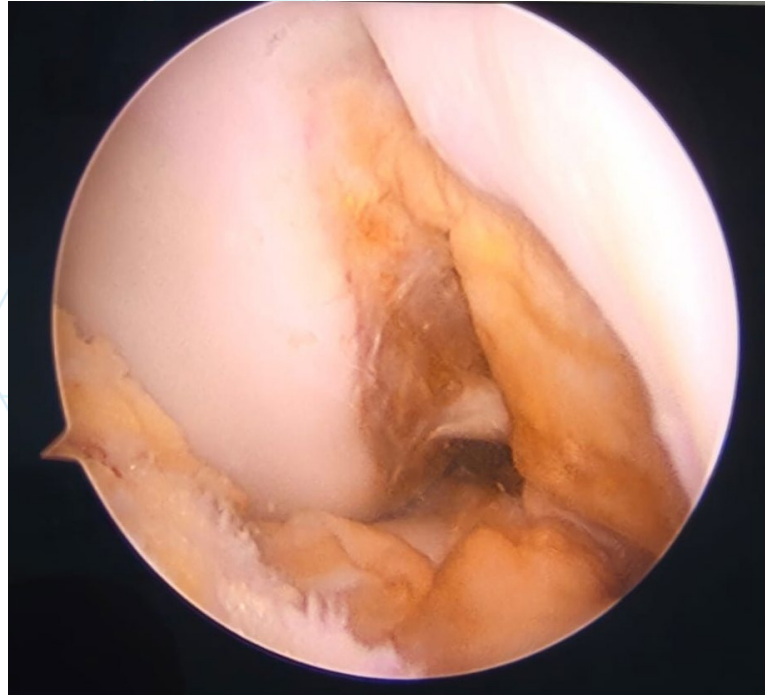


Figura 2. Imagen artroscópica de la articulación de la rodilla que evidencia ruptura completa y ausencia del ligamento cruzado anterior.

Posteriormente se procedió a la obtención del autoinjerto de tendón peroneo largo mediante una incisión longitudinal distal en la cara lateral del tobillo derecho, identificando y aislando el tendón para su extracción (Figura 3).



Figura 3. Obtención del autoinjerto de tendón peroneo largo en el tobillo derecho mediante abordaje en la cara lateral del tobillo, identificando y aislando el tendón para su posterior extracción.

Una vez obtenido el tendón, se realizó la preparación del injerto, eliminando tejido residual y configurándolo para su implantación en los túneles femoral y tibial. La longitud promedio del injerto obtenido fue de 210 mm, con un diámetro entre 7 y 8 mm, adecuado para la reconstrucción ligamentaria (Figura 4).



Figura 4. Preparación del injerto de tendón peroneo largo previo a su implantación, mostrando la configuración final del injerto con diámetro aproximado de 7-8 mm y longitud cercana a 210 mm, características adecuadas para su fijación en los túneles femoral y tibial.

Finalmente, el injerto fue colocado en túneles anatómicos femoral y tibial y fijado mediante dispositivos de fijación estándar, logrando restaurar la estabilidad anterior de la rodilla.

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes con edades comprendidas entre 25 y 42 años.

Las características demográficas de la serie se presentan en la Tabla 1.

VARIABLE	RESULTADO
Pacientes	30
Edad	25-42 años
Periodo del estudio	abril – octubre 2025
Hospital	UMAE 14 CMN IMSS Veracruz

Tabla1. Características demográficas de los pacientes.

La longitud promedio del injerto obtenido fue de 210 mm, con un diámetro promedio entre 7 y 8 mm, características resumidas en la Tabla 2.

VARIABLE	RESULTADO
Longitud Promedio	210
Diámetro Promedio	8
Técnica	Artroscópica

Tabla 2. Características demográficas del injerto de peroneo largo.

En la evaluación funcional, La escala funcional de Lysholm mostró una mejoría significativa, pasando de 58 ± 6 puntos preoperatorios a 92 ± 4 puntos en el seguimiento postoperatorio ($p < 0.001$). El retorno al deporte fue posible en 24 de los 30 pacientes (80%), quienes lograron reincorporarse a su nivel deportivo previo en un tiempo promedio de 6.8 ± 1.2 meses posterior al procedimiento quirúrgico.

Las pruebas clínicas de estabilidad de la rodilla, incluyendo Lachman y pivot shift, resultaron negativas en la mayoría de los pacientes, lo que indica adecuada estabilidad anterior posterior a la reconstrucción.

La comparación de las características del injerto de peroneo largo con los injertos tradicionales utilizados en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior se presenta en la Tabla 3, esta presenta una comparación entre los diferentes autoinjertos utilizados. En esta comparación se observa que el tendón peroneo largo ofrece una longitud adecuada y un diámetro favorable para la reconstrucción ligamentaria, con menor morbilidad del sitio donador en comparación con otros autoinjertos tradicionalmente utilizados.

Característica	Peroneo largo	Isquiotibiales	Tendón patelar (HTH)	Tendón del cuádriceps
Longitud promedio	200-220 mm	180-220 mm	90-100 mm	80-100 mm
Diámetro promedio	7-8 mm	6-8 mm	9-10 mm	8-10 mm
Configuración del injerto	Doble	Frecuentemente cuádruple	Hueso-tendón-hueso	Simple o doble
Resistencia biomecánica	Comparable	Alta	Muy alta	Alta
Morbilidad sitio donador	Baja	Debilidad flexión rodilla	Dolor anterior rodilla	Déficit extensión

Tabla 3. Comparación entre autoinjertos utilizados en reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Fuente: Adaptado de Zhao y Huangfu¹, He et al.³, Shi et al.⁴ y Bi et al.⁵.

Complicaciones

Durante el seguimiento se registraron seis complicaciones (20%).

- Tres pacientes presentaron dolor en el sitio donador asociado con limitación leve de la eversion del tobillo.
- Dos pacientes con obesidad grado III presentaron ruptura del injerto a los 4 meses posteriores a la cirugía.
- Un paciente refirió sensación subjetiva de inestabilidad en rodilla y tobillo.

La distribución de estas complicaciones se muestra en la Figura 1.

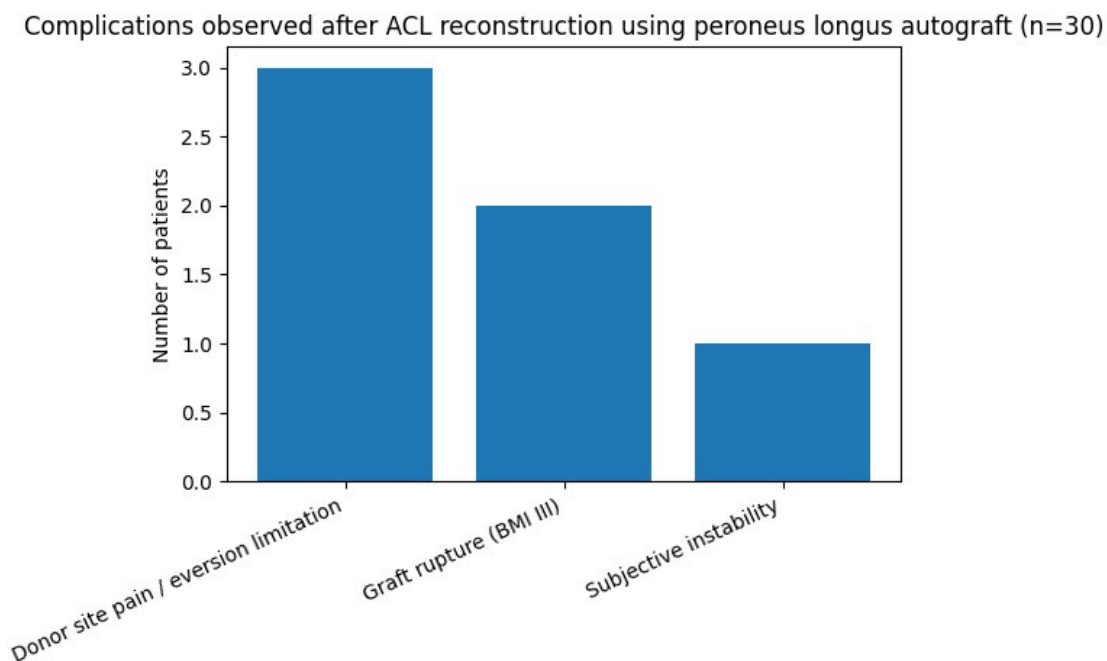


Figura 1. Distribución de complicaciones observadas tras reconstrucción del ligamento cruzado anterior con autoinjerto de tendón peroneo largo en una serie de 30 pacientes. Se registraron tres casos de dolor en el sitio donador con limitación leve de la eversion del tobillo, dos rupturas del injerto en pacientes con obesidad grado III y un caso de sensación subjetiva de inestabilidad.

Discusión

La elección del injerto continúa siendo uno de los aspectos más debatidos en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Tradicionalmente, los autoinjertos más utilizados han sido el tendón rotuliano y los tendones isquiotibiales; sin embargo, ambos presentan desventajas relacionadas con la morbilidad del sitio donador y posibles alteraciones biomecánicas posteriores a la cirugía. Estas limitaciones han motivado la búsqueda de alternativas autólogas que ofrezcan propiedades biomecánicas adecuadas y menor morbilidad.

El tendón peroneo largo ha sido propuesto como una opción viable debido a su resistencia tensil, longitud adecuada y relativa facilidad de obtención quirúrgica. Diversos estudios biomecánicos han demostrado que este injerto presenta propiedades comparables a los injertos tradicionalmente utilizados en reconstrucción del ligamento cruzado anterior¹. En particular,

Zhao y Huangfu describieron que el tendón peroneo largo posee características estructurales y biomecánicas que permiten su utilización segura como autoinjerto en reconstrucciones ligamentarias¹.

En la serie clínica presentada se obtuvo una longitud promedio del injerto de 210 mm y un diámetro entre 7 y 8 mm, características consideradas adecuadas para reconstrucción ligamentaria. Estas dimensiones permiten una preparación segura del injerto y una fijación adecuada dentro de los túneles femoral y tibial. Estudios recientes han demostrado que el diámetro del injerto representa un factor determinante en los resultados de la reconstrucción del LCA, ya que injertos de menor diámetro pueden asociarse con mayor riesgo de falla del injerto^{3,5}.

En nuestra serie, la mayoría de los injertos alcanzó un diámetro adecuado, lo que probablemente contribuyó a los resultados clínicos favorables observados. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en revisiones sistemáticas recientes que han demostrado que los resultados funcionales obtenidos con injertos de peroneo largo son comparables a los observados con injertos de isquiotibiales en reconstrucción del LCA^{2,3}.

Otro aspecto relevante es la morbilidad del sitio donador. La principal preocupación al utilizar el tendón peroneo largo es la posible alteración de la función de eversión del tobillo. Sin embargo, diversos estudios clínicos han demostrado que esta función puede ser compensada por el músculo peroneo corto, lo que limita las repercusiones funcionales a largo plazo^{2,6}. En el presente estudio se registraron tres pacientes con dolor en el sitio donador y limitación leve de la eversión del tobillo; no obstante, estas alteraciones no generaron limitación funcional significativa en las actividades cotidianas.

La evaluación funcional mediante la escala de Lysholm mostró una mejoría significativa, pasando de 58 puntos preoperatorios a 92 puntos durante el seguimiento, lo que corresponde a resultados funcionales excelentes. Estos resultados son consistentes con los reportados en estudios clínicos que han demostrado resultados funcionales satisfactorios tras reconstrucción del LCA utilizando injertos de peroneo largo^{4,6}.

La Tabla 3 presenta una comparación entre las características del injerto de peroneo largo y los injertos tradicionalmente utilizados en reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Esta comparación permite observar que el peroneo largo ofrece ventajas potenciales en términos de diámetro del injerto, longitud adecuada y baja morbilidad del sitio donador, lo que lo convierte en una alternativa viable dentro de las opciones disponibles para reconstrucción ligamentaria.

En cuanto a las complicaciones observadas, se registraron dos casos de ruptura del injerto en pacientes con obesidad grado III. Este hallazgo sugiere que el índice de masa corporal elevado podría representar un factor de riesgo para falla del injerto, debido al incremento de las cargas biomecánicas que actúan sobre la reconstrucción ligamentaria. En ambos casos, el diámetro del injerto se encontraba en el límite inferior del rango observado en esta serie (7 mm), lo que podría haber contribuido adicionalmente al riesgo de falla. Diversos estudios han señalado que el diámetro del injerto constituye un factor relevante en la supervivencia del injerto en reconstrucción del LCA, reportándose mayor riesgo de ruptura en injertos de menor diámetro^{3,5}. La distribución de estas complicaciones se presenta en la Figura 1, donde se observa la frecuencia de los eventos adversos en la serie analizada.

Si bien el presente estudio presenta algunas limitaciones, estas deben interpretarse dentro del contexto de una serie clínica inicial. En primer lugar, se trata de un estudio retrospectivo con un número limitado de pacientes; sin embargo, los resultados obtenidos proporcionan información clínica relevante sobre el uso del tendón peroneo largo como autoinjerto en la reconstrucción del ligamento cruzado anterior. Asimismo, el periodo de seguimiento fue relativamente corto, lo que limita la evaluación de resultados a largo plazo y de posibles cambios degenerativos articulares.

No obstante, la serie presentada demuestra resultados funcionales favorables, adecuada estabilidad de la rodilla y un diámetro de injerto adecuado, lo cual respalda la viabilidad del tendón peroneo largo como alternativa para reconstrucción del ligamento cruzado anterior.

Conclusiones

El tendón peroneo largo representa una alternativa viable para la reconstrucción del ligamento cruzado anterior, ya que proporciona un injerto con longitud adecuada y diámetro favorable, características importantes para lograr una fijación estable y una adecuada restauración de la estabilidad de la rodilla. En la presente serie clínica se observaron resultados funcionales satisfactorios y adecuada estabilidad articular, con baja morbilidad del sitio donador.

Estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura reciente, donde el tendón peroneo largo ha demostrado ser un autoinjerto confiable con propiedades biomecánicas comparables a los injertos tradicionalmente utilizados en la reconstrucción del LCA^{1,2,4,7}.

El uso de este injerto puede considerarse una opción útil dentro de las estrategias actuales de reconstrucción del ligamento cruzado anterior, particularmente cuando se busca un injerto con dimensiones adecuadas y mínima morbilidad del sitio donador.

Referencias

1. Zhao J, Huangfu X. *The biomechanical and clinical application of using the anterior half of the peroneus longus tendon as an autograft source. Am J Sports Med.* 2012;40(3):662-671.
2. Budhiparama NC, Rhatomy S, Asikin AIZ, Wardani AE, Rukmoyo T, Lumban-Gaol I. *Peroneus longus tendon autograft: a promising graft for anterior cruciate ligament reconstruction. Orthop J Sports Med.* 2021;9(1):2325967120983682.
3. He J, Tang Q, Ernst S, et al. *Peroneus longus tendon autograft has functional outcomes comparable to hamstring tendon autograft for anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review and meta-analysis. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2021;29(9):2869-2879.
4. Shi FD, Hess DE, Zuo JZ, et al. *Peroneus longus tendon autograft is a safe and effective alternative for anterior cruciate ligament reconstruction. J Knee Surg.* 2019;32(8):804-811.
5. Bi M, Zhao C, Zhang S, et al. *All-inside single-bundle anterior cruciate ligament reconstruction with anterior half of peroneus longus tendon compared with semitendinosus tendon: two-year follow-up. J Knee Surg.* 2018;31(10):1022-1030.

6. Quinn M, et al. *Peroneus longus tendon autograft may present a viable graft option for anterior cruciate ligament reconstruction: a systematic review. Arthroscopy. 2024.*

7. Wiradiputra AE, et al. *Peroneus longus tendon graft for anterior cruciate ligament reconstruction: clinical outcomes and donor-site morbidity. Orthop Rev (Pavia). 2021;13(2):8178071.*

8. Slone HS, Romine SE, Premkumar A, Xerogeanes JW. *Quadriceps tendon autograft for anterior cruciate ligament reconstruction: a comprehensive review. Knee. 2015;22(6):467-474.*

9. Xerogeanes JW, Mitchell PM, Karasev PA, Kolesov IA, Romine SE. *Quadriceps tendon autograft for anterior cruciate ligament reconstruction: biomechanical analysis and clinical outcomes. Am J Sports Med. 2013;41(10):2392-2398.*



QUADRE

Cobertura Nacional en Ortopedia y Traumatología

 @quadre.medical

 /Quadre Medical



Presencia consolidada
en estados clave.



Regiones estratégicas



 Cobertura
nacional.

ARTROMED

 Cobertura
nacional.




CONMED

 Estados
clave.



spirit of excellence

 Endoscopia de
columna a nivel
nacional.

EXPERIENCIA DE CURSO

“OPTIMIZING SURGICAL OUTCOMES FOR THE KNEE AND SHOULDER ARTHROSCOPY”

Dr. Guillermo Vera Valencia

Participar en el curso “Optimizing Surgical Outcomes for the Knee and Shoulder Arthroscopy” fue, sin duda, una experiencia sumamente enriquecedora tanto en lo académico como en lo personal. Este curso, organizado en conjunto por AANA, AMECRA y SLARD, se llevó a cabo en el Arthrex Global Headquarters en Naples, Florida, un entorno diseñado específicamente para el entrenamiento quirúrgico de alto nivel. Desde el primer día, el enfoque práctico y la interacción directa con expertos internacionales hicieron de esta experiencia una oportunidad única para seguir creciendo como cirujano de hombro y rodilla.

El curso fue dirigido por los Course Co-Chairs, el Dr. Mark R. Hutchinson, M.D., AANA, y el Dr. Fernando Hernandez-Perez, M.D., AMECRA, y contó con la participación de distinguidos profesores internacionales pertenecientes a AANA, AMECRA y SLARD. La interacción directa con expertos como el Dr. Kevin F. Bonner, Dr. William J. Ciccone II, Dr. Alan S. Curtis y el Dr. John D. Kelly IV, así como destacados profesores latinoamericanos, permitió enriquecer significativamente la experiencia académica mediante la discusión de casos clínicos, el análisis de la evidencia científica actual y la enseñanza de técnicas quirúrgicas avanzadas.

El módulo de rodilla abordó temas clave como las reparaciones meniscales avanzadas, el manejo de la inestabilidad de rodilla y las técnicas contemporáneas de reconstrucción del ligamento cruzado anterior, incluyendo el papel de los procedimientos de aumentación lateral para mejorar la estabilidad rotacional. Durante la práctica cadavérica, tuve la oportunidad de realizar una reparación meniscal y una reconstrucción del ligamento cruzado anterior mediante la obtención de un autoinjerto del recto femoral, aplicando los principios actuales de posicionamiento anatómico de túneles, preparación del injerto y fijación all inside.

El módulo de hombro incluyó el abordaje de lesiones SLAP, el manejo de la inestabilidad glenohumeral con y sin pérdida ósea, las lesiones del manguito rotador y los principios de la artroplastia reversa de hombro. Durante la práctica, realicé una reparación de Bankart asociada a una técnica de remplissage mediante la configuración double pulley, así como una reparación del manguito rotador, reforzando los conceptos relacionados con la restauración de la estabilidad articular y la optimización de la cicatrización tendinosa.

Uno de los aspectos más valiosos de este curso fue la posibilidad de realizar estos procedimientos en un entorno controlado, bajo la supervisión directa de expertos internacionales, lo que permitió recibir retroalimentación inmediata y optimizar la ejecución técnica. Esta experiencia fortaleció significativamente mis habilidades quirúrgicas, mi criterio clínico y mi comprensión de los principios biomecánicos aplicados a la cirugía artroscópica.

En conclusión, este curso representó una experiencia académica y quirúrgica de alto nivel, que integró el conocimiento teórico con el entrenamiento práctico. Este tipo de iniciativas promovidas por AMECRA contribuyen de manera significativa al desarrollo profesional de los cirujanos ortopedistas y al objetivo final de mejorar los resultados clínicos y funcionales de nuestros pacientes



ANNA/AMECRA/SLARD
Knee & Shoulder Arthroscopy Course
Be the best YOU can be

at Arthrex Global Headquarters, Naples, Florida



PRESENTACIÓN DE UN CASO

RECONOCIENDO EL SÍNDROME DE PIRIFORME: MANEJO ENDOSCÓPICO EN UN CASO DE DOLOR GLÚTEO CRÓNICO REFRACTARIO Y RESULTADOS A SEIS MESES DE EVOLUCIÓN

Dr. Paulo A. Pérez Padilla, Dr. Luis José Villanueva Balleza, Dra. Salma Cecilia Hernandez Orona, Dr. Erick Gutiérrez Cota, Dr. Jonathan Hernandez Molina, Dr. Jaime Villalobos Meledéz

RESUMEN:

Antecedentes: El síndrome de piriforme (SP) es una condición caracterizada por la compresión del nervio ciático en el espacio glúteo profundo, a menudo mal diagnosticada como patología lumbar. Este informe detalla el caso de un paciente masculino de 32 años con dolor persistente en el glúteo profundo, tratado inicialmente como lumbalgia durante dos años, sin correlación con estudios de columna lumbar y electromiografía.

Presentación del caso: El paciente presentó dolor crónico en el glúteo profundo, que no respondió a tratamientos conservadores. Una prueba positiva de infiltración en el glúteo profundo confirmó el diagnóstico de síndrome de piriforme. El paciente fue sometido a un procedimiento endoscópico de neurolisis ciática y liberación del tendón del piriforme, mediante un enfoque posterior, con el paciente en posición prona.

Resultado: La evaluación postoperatoria se realizó con la Escala Visual Analógica (EVA) para el dolor. El dolor prequirúrgico se evaluó en 7-8 en la escala EVA, con mejoría inmediata a 0-1. Esta mejoría se mantuvo durante los 6 meses de seguimiento.

Conclusión: El síndrome de piriforme es una condición poco comprendida y frecuentemente subdiagnosticada. Este caso destaca la importancia de reconocer el SP y la efectividad de la liberación endoscópica del tendón del piriforme con neurolisis ciática en pacientes con síntomas persistentes. Aumentar la conciencia sobre este síndrome es crucial para mejorar su diagnóstico y tratamiento.

INTRODUCCIÓN:

El síndrome de piriforme (SP) es una entidad clínica poco reconocida y frecuentemente mal diagnosticada, que se presenta como una causa subyacente de dolor en la región glútea y síntomas referidos a la pierna, similares a los del dolor ciático¹². La patología ocurre cuando el nervio ciático es comprimido por el músculo piriforme en el espacio glúteo profundo, lo que puede generar dolor persistente, alteraciones sensoriales y dificultades para realizar actividades cotidianas como sentarse o caminar. Aunque tradicionalmente se ha asociado con trastornos lumbares, el diagnóstico del síndrome de piriforme se basa en la exclusión de otras causas y en la identificación de síntomas característicos³⁴.

El síndrome de piriforme sigue siendo una condición poco comprendida en la medicina clínica, ya que los estudios de imagen convencionales, como la resonancia magnética (RM) y la electromiografía (EMG), a menudo no muestran hallazgos específicos relacionados con la compresión del nervio ciático en el espacio glúteo⁵⁶. Esto dificulta su diagnóstico temprano y contribuye a un tratamiento inadecuado o tardío. En muchos casos, el síndrome de piriforme es tratado erróneamente como una lumbalgia, lo que puede retrasar la intervención quirúrgica adecuada⁷.

Las opciones de tratamiento para el síndrome de piriforme varían desde enfoques conservadores, como fisioterapia y infiltraciones, hasta intervenciones quirúrgicas como la liberación del tendón del piriforme⁸. La liberación endoscópica del piriforme se ha presentado como una opción mínimamente invasiva que ha demostrado ser eficaz en pacientes con síntomas refractarios a tratamiento conservador⁹.

Este informe detalla el caso de un paciente masculino de 32 años con dolor persistente en el glúteo profundo, tratado inicialmente como lumbalgia durante dos años, sin correlación con estudios de columna lumbar y electromiografía.

REPORTE DEL CASO

Presentación del paciente:

Paciente masculino de 32 años, sin antecedentes médicos relevantes, que acude a consulta por dolor persistente en la región glútea izquierda de aproximadamente dos años de evolución. El dolor es de carácter sordo, localizado en el glúteo profundo, con irradiación hacia la parte posterior del muslo izquierdo, sin afectación de la rodilla o pie. El paciente refiere que el dolor aumenta al permanecer sentado por periodos prolongados y al caminar distancias largas, lo que le impide realizar sus actividades cotidianas de manera normal.

Antecedentes médicos y diagnóstico inicial:

El paciente fue inicialmente diagnosticado con lumbalgia crónica y tratado con fisioterapia convencional y analgésicos durante un período de dos años, sin mejoría significativa. Los estudios de imagen de columna lumbar (radiografías y resonancia magnética) y la electromiografía (EMG) no mostraron hallazgos que pudieran justificar el dolor referido en la región glútea, lo que motivó la búsqueda de una causa alternativa.

Evaluación clínica:

En la exploración física, se observó que el pie izquierdo se encontraba rotado externamente en posición de reposo. La prueba de elevación de pierna recta (SLR, por sus siglas en inglés) fue positiva a los 40° y la prueba de flexión, aducción y rotación interna (FAIR) fue confirmada mediante maniobras de provocación. Se notó dolor y sensibilidad al estiramiento del músculo piriforme y a la palpación. La respuesta del paciente al dolor en el glúteo, evaluada según la escala visual analógica (EVA) del dolor de 0 a 10, fue de 8. No se observaron déficits sensoriales o neurológicos en la extremidad inferior. Con base en la historia clínica y los exámenes físicos, se realizó un diagnóstico provisional primario de síndrome de dolor miofascial del músculo piriforme.

Tratamiento y diagnóstico confirmatorio:

Para manejar la condición del paciente y confirmar el diagnóstico de síndrome de piriforme (SP), se realizó una infiltración bloqueadora del músculo piriforme utilizando esteroides. Los síntomas se redujeron significativamente (EVA de 3) después del procedimiento, y el paciente pudo realizar sus actividades diarias de forma independiente. Sin embargo, durante el seguimiento, los síntomas recidivaron a los 3 meses (EVA de 7). Se realizó una segunda infiltración del piriforme con el mismo resultado. Después de un tratamiento conservador fallido y un diagnóstico confirmado de SP, se decidió realizar la resección quirúrgica del músculo piriforme como último recurso.

Enfoque Quirúrgico:

La cirugía fue realizada por el autor, con el paciente en posición prona. Previo al procedimiento quirúrgico, se identificó el nervio ciático mediante ultrasonografía y se marcó como parámetro de seguridad (**Fig. 1A**). Tras administrar anestesia general sin parálisis, el paciente fue colocado en posición prona sobre la mesa quirúrgica, con suficiente acolchonamiento en las prominencias óseas para evitar presiones indebidas. La pierna quirúrgica se preparó de manera estéril y se cubrió el campo quirúrgico adecuadamente. Durante la cirugía, se utilizó fluoroscopia para facilitar el acceso y la orientación a las estructuras profundas.



Figura 1A: Procedimiento de identificación del nervio ciático mediante ultrasonografía, previo al procedimiento quirúrgico.

Se marcaron los portales bajo fluoroscopia, ubicando el portal distal en el centro del tubérculo isquiático y el portal proximal 2 a 3 cm superior y ligeramente medial a este. Esta configuración permitió una triangulación efectiva entre el artroscopio y los instrumentos quirúrgicos. Con la aguja espinal, se crearon los portales y se accedió al espacio glúteo profundo. A través del portal distal, se introdujo el artroscopio, lo que permitió visualizar la región profunda del glúteo (**Fig. 1B**). Se identificó el nervio ciático y, utilizando un raspador mecánico, se realizó una neurolysis cuidadosa alrededor del nervio, liberando las adherencias y permitiendo un movimiento más libre del nervio (**Fig. 1C-D**).



Figura 1B: Inserción del artroscopio a través del portal distal, lo que permite visualizar la región profunda del glúteo

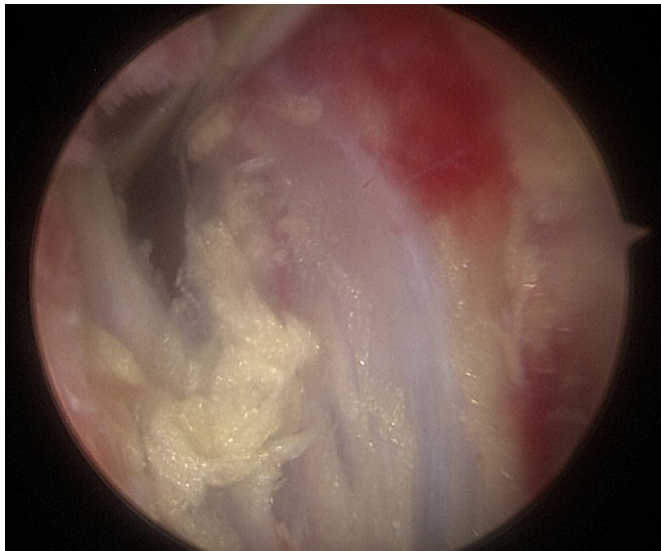


Figura 1C: Identificación de nervio ciatico en espacio gluteo profundo.

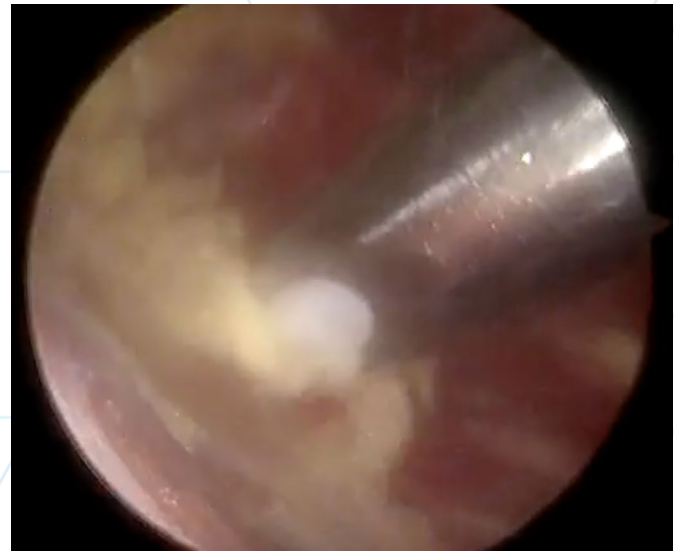


Figura 1D: Liberación de adherencias utilizando un raspador mecánico.

A continuación, se procedió a la liberación del tendón del piriforme, lo cual se facilitó mediante la flexión de la rodilla y la rotación interna de la cadera, separando así el nervio del tendón del piriforme (**Fig. 2A**). Después de confirmar que el nervio estuviera completamente libre a lo largo de su trayecto (**Fig. 2B**), se eliminó el fluido artroscópico y se finalizó el procedimiento con el cierre de los portales y la aplicación de un apósito estéril.

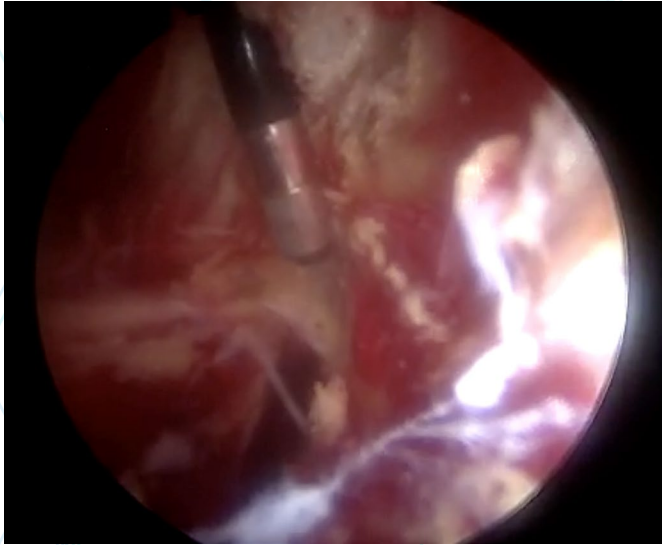


Figura 2A: Liberación del tendón del piriforme facilitada por la flexión de la rodilla y rotación interna de la cadera.

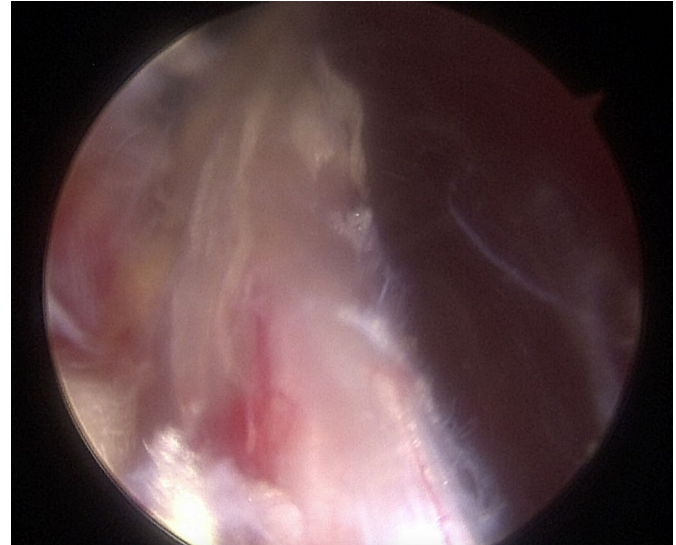


Figura 2B: Confirmación de la liberación completa del nervio ciático a lo largo de su trayecto.

RESULTADOS:

Curso postoperatorio:

El paciente presentó una recuperación favorable durante los primeros días postoperatorios. Se permitió la movilización temprana y se prescribió analgesia adecuada, junto con fisioterapia para mejorar la movilidad de la cadera y la fuerza de los músculos involucrados. El seguimiento postoperatorio inicial a las 3 semanas mostró una mejoría significativa en la escala visual analógica (EVA) del dolor, con una reducción de 7-8 prequirúrgico a un 0-1 postquirúrgico.

Evolución a largo plazo:

A los 6 meses de seguimiento, el paciente continúa sin dolor significativo en la región glútea, con una EVA de 0-1, lo que ha permitido la normalización de su actividad diaria y el retorno a sus rutinas laborales. Se ha logrado una mejora en su calidad de vida, y no se han presentado complicaciones postquirúrgicas.

Discusión y Conclusión

El síndrome de piriforme (SP) es una condición poco comprendida y frecuentemente subdiagnosticada, que representa una causa importante de dolor en la región glútea y ciática (**Fig. 3**). Aunque históricamente se ha asociado con trastornos lumbares, el SP debe ser considerado en pacientes con dolor glúteo persistente, especialmente cuando los estudios de imagen y la electromiografía no muestran correlación con los síntomas. Su diagnóstico a menudo se basa en la exclusión de otras causas y en la identificación de hallazgos clínicos característicos, como el dolor a la palpación del músculo piriforme y pruebas específicas como el test FAIR^{10,1}.

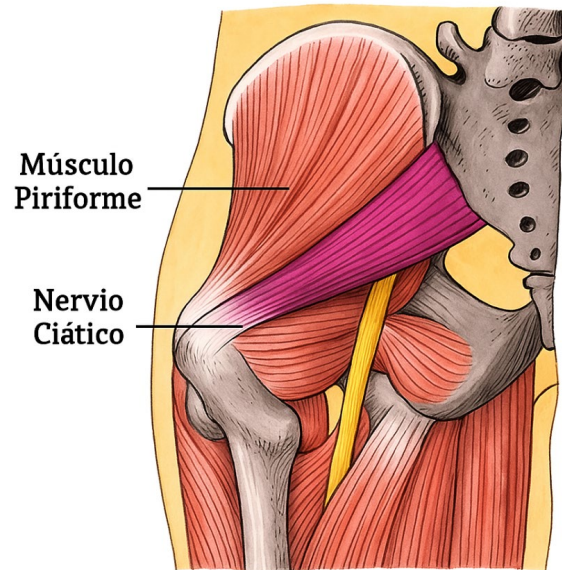


Figura 3: Ilustración anatómica detallada del músculo piriforme y el nervio ciático, con las estructuras identificadas.

La dificultad para diagnosticar correctamente el SP y la falta de consenso sobre su manejo han llevado a que muchos pacientes reciban tratamientos inadecuados durante años¹². En este caso, el paciente fue tratado inicialmente como si tuviera lumbalgia, lo que retrasó el diagnóstico y la intervención adecuada. La confirmación del diagnóstico a través de la infiltración glútea y la posterior mejora clínica al realizarla subraya la importancia de una evaluación detallada. Los criterios de Fishman pueden ser útiles para valorar el síndrome de piriforme (**Tab. 1**).

Criterios clínicos de Fishman para el síndrome de piriforme.

1. Signo de Laseque positivo a 45°
2. Dolor a la palpación en la escotadura ciática
3. Aumento del dolor en la distribución ciática con el muslo en la posición FAIR (Flexión, Aducción, Rotación Interna)
- 4 Estudios electrodiagnósticos que excluyan miopatía o neuropatía

La liberación endoscópica del tendón del piriforme con neulolisis ciática ha emergido como un tratamiento eficaz para aquellos pacientes con síntomas refractarios a tratamiento conservador, como en el caso presentado. Esta intervención mínimamente invasiva ofrece una excelente opción terapéutica, con una recuperación rápida y una reducción significativa del dolor, como lo demuestran los resultados postoperatorios del paciente^{13,4,5}.

Este caso refuerza la necesidad de aumentar la conciencia sobre el síndrome de piriforme entre los profesionales de la salud, para mejorar su diagnóstico temprano y la aplicación de tratamientos efectivos. El reconocimiento adecuado de esta condición y el uso de técnicas quirúrgicas avanzadas como la liberación endoscópica podrían reducir el tiempo de dolor crónico, mejorar la calidad de vida de los pacientes y prevenir procedimientos más invasivos.

REFERENCIAS

1. Grgić V. Sindrom mišića piriformisa: etiologija, patogeneza, kliničke manifestacije, dijagnoza, diferencijalna dijagnoza i terapija [Piriformis muscle syndrome: etiology, pathogenesis, clinical manifestations, diagnosis, differential diagnosis and therapy]. *Lijec Vjesn.* 2013 Jan-Feb;135(1-2):33-40. Croatian. PMID: 23607175.
2. Probst D, Stout A, Hunt D. Piriformis Syndrome: A Narrative Review of the Anatomy, Diagnosis, and Treatment. *PM R.* 2019 Aug;11 Suppl 1:S54-S63. doi: 10.1002/pmrj.12189. Epub 2019 Jul 22. PMID: 31102324.
3. Robinson LR. Piriformis syndrome. *Handb Clin Neurol.* 2024;201:203-226. doi: 10.1016/B978-0-323-90108-6.00002-8. PMID: 38697742.
4. Michel F, Decavel P, Toussiro E, Tatu L, Aleton E, Monnier G, Garbuio P, Parratte B. Piriformis muscle syndrome: diagnostic criteria and treatment of a monocentric series of 250 patients. *Ann Phys Rehabil Med.* 2013 Jul;56(5):371-83. doi: 10.1016/j.rehab.2013.04.003. Epub 2013 Apr 25. PMID: 23684470.
5. Ro TH, Edmonds L. Diagnosis and Management of Piriformis Syndrome: A Rare Anatomic Variant Analyzed by Magnetic Resonance Imaging. *J Clin Imaging Sci.* 2018 Feb 21;8:6. doi: 10.4103/jcis.JCIS_58_17. PMID: 29541492; PMCID: PMC5843966.
6. Vassalou, E.E., Katonis, P. & Karantanas, A.H. Piriformis muscle syndrome: A cross-sectional imaging study in 116 patients and evaluation of therapeutic outcome. *Eur Radiol* 28, 447–458 (2018). <https://doi.org/10.1007/s00330-017-4982-x>
7. Yürük D, Can E, Genç Perdecioğlu GR, Yıldız G, Akkaya ÖT. Prevalence of piriformis syndrome in sciatica patients: Predictability of specific tests and radiological findings for diagnosis. *Br J Pain.* 2024 Oct;18(5):418-424. doi: 10.1177/20494637241254349. Epub 2024 May 20. PMID: 39372102; PMCID: PMC11452884.
8. Vij N, Kiernan H, Bisht R, Singleton I, Cornett EM, Kaye AD, Imani F, Varrassi G, Pourbahri M, Viswanath O, Urits I. Surgical and Non-surgical Treatment Options for Piriformis Syndrome: A Literature Review. *Anesth Pain Med.* 2021 Feb 2;11(1):e112825. doi: 10.5812/aapm.112825. PMID: 34221947; PMCID: PMC8241586.
9. Fahmi A, Rahmadhan MA, Aprianto DR, Subianto H, Turchan A. Complete resolution of recurrent piriformis syndrome after piriformis resection with 3 years' follow up: A case report. *Int J Surg Case Rep.* 2020;77:576-579. doi: 10.1016/j.ijscr.2020.11.099. Epub 2020 Nov 20. PMID: 33395849; PMCID: PMC7708764.
10. Cass SP. Piriformis syndrome: a cause of nondiscogenic sciatica. *Curr Sports Med Rep.* 2015 Jan;14(1):41-4. doi: 10.1249/JSR.000000000000110. PMID: 25574881.

11. Miller TA, White KP, Ross DC. The diagnosis and management of Piriformis Syndrome: myths and facts. *Can J Neurol Sci.* 2012 Sep;39(5):577-83. doi: 10.1017/s0317167100015298. PMID: 22931697.
12. Kean Chen C, Nizar AJ. Prevalence of piriformis syndrome in chronic low back pain patients. A clinical diagnosis with modified FAIR test. *Pain Pract.* 2013 Apr;13(4):276-81. doi: 10.1111/j.1533-2500.2012.00585.x. Epub 2012 Aug 2. PMID: 22863240.
13. Quesada-Jimenez R, Kahana-Rojkind AH, Kingham YE, Kuhns BD, McCarroll TR, Domb BG. Endoscopic Technique: Sciatic Neurolysis and Piriformis Tendon Release for Treating Piriformis Syndrome. *Arthrosc Tech.* 2024 Aug 17;13(12):103137. doi: 10.1016/j.eats.2024.103137. PMID: 39780882; PMCID: PMC11704919.
14. Ilizaliturri VM Jr, Arriaga R, Villalobos FE, Suarez-Ahedo C. Endoscopic release of the piriformis tendon and sciatic nerve exploration. *J Hip Preserv Surg.* 2018 Jun 22;5(3):301-306. doi: 10.1093/jhps/hny018. PMID: 30393558; PMCID: PMC6206698.
15. Vanermen F, Van Melkebeek J. Endoscopic Treatment of Piriformis Syndrome Results in a Significant Improvement in Pain Visual Analog Scale Scores. *Arthrosc Sports Med Rehabil.* 2022 Jan 8;4(2):e309-e314. doi: 10.1016/j.asmr.2021.10.002. PMID: 35494270; PMCID: PMC9042772

CONGRESOS

Nacionales e Internacionales 2026



LXXI CONGRESO NACIONAL DE ORTOPEdia DE LA CIUDAD DE MÉXICO

COLEGIO MEXICANO DE ORTOPEdia Y TRAUMATOLOGÍA A.C. SMO 1946

**WTC ABRIL 29 DOS MIL 26
MAYO 03**

WWW.COLEGIOCMO.COM.MX
f @ X O
WHATSAPP - 55 3518 1164

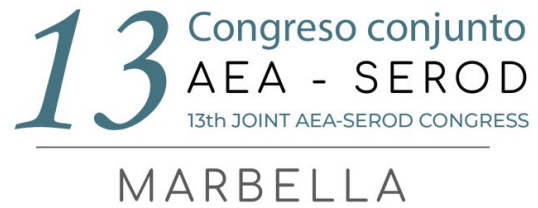
INFORMES
atencionsocios@colegiocmo.com.mx
WTC México, Montecito 38 piso 25
Oficinas 23 a 27 Col. Nápoles, 03810
Tel.: 55 9000 2790 al 94



AAOS
AMERICAN ACADEMY OF ORTHOPAEDIC SURGEONS

2026 Annual Meeting
2-6 March, New Orleans, Louisiana, USA

INTERNATIONAL GROUPS DEPARTMENT



13 Congreso conjunto
AEA - SEROD
13th JOINT AEA-SEROD CONGRESS

MARBELLA



43 CONGRESO AEA
Asociación Española de Artroscopia

44 CONGRESO SEROD
Sociedad Española de la Rodilla

34 CONGRESO DE ENFERMERIA
En Artroscopia y Rodilla

6, 7 Y 8 DE MAYO DE 2026



serod
Sociedad Española de la Rodilla



ISHA 2026 News

ISHA
INTERNATIONAL SOCIETY OF HAND AND WRIST ANATOMY

9-10 OCTOBER 2026
BRUGES, BELGIUM



MAY 14-16

AANA26

PHOENIX, ARIZONA



XXXVI
**CONGRESO MEXICANO DE
 ORTOPEDIA Y TRAUMATOLOGÍA**
21 - 24 DE OCTUBRE
 EXPO SANTA FÉ, CDMX
2026





XVI
ENCUENTRO
 DE LA SOCIEDAD MEXICANA
 DE CIRUJANOS DE HOMBRO Y CODO
19 - 21 NOV, 2026

MONTERREY, NUEVO LEÓN
 HOTEL BARCELÓ MONTERREY VALLE
 [ANTES CAMINO REAL VALLE]




AGENCIA OFICIAL
 WWW.INTERMEETING.COM.MX



ISAKOS
REGIONAL
SUMMIT

MUMBAI
 June 4-6
2026



GACETA ELECTRÓNICA AMECRA @ONLINE

Asociación Mexicana de Cirugía Reconstructiva, Articular y Artroscopia, A.C.



**Asociación Mexicana de Cirugía
Reconstructiva Articular y Artroscopia A.C.**

Boulevard Puerta de Hierro, 5150 int 305-A
Colonia Plaza Corporativo, Zapopan, Jalisco.

C.P. 45116

Teléfono: (33) 3611-3334

E-Mail: secretaria@amecra.org.mx

amecra.org.mx