

PECULIARIDADES EN CHOQUE FEMOROACETABULAR: HALLAZGOS DE CHOQUE EN REGIÓN POSTERIOR

González Escobar S.¹, Fiz N. ², Oraa-Apr aiz J. ², Guadilla-Arsuaga J. ², Sánchez M. ²

1 Servicio Cirugía Ortopédica y Traumatología Hospital Universitario La Paz, Madrid

2 Unidad Cirugía Artroscópica, Hospital Vithas San José, Vitoria - Gasteiz

Introducción y Objetivos

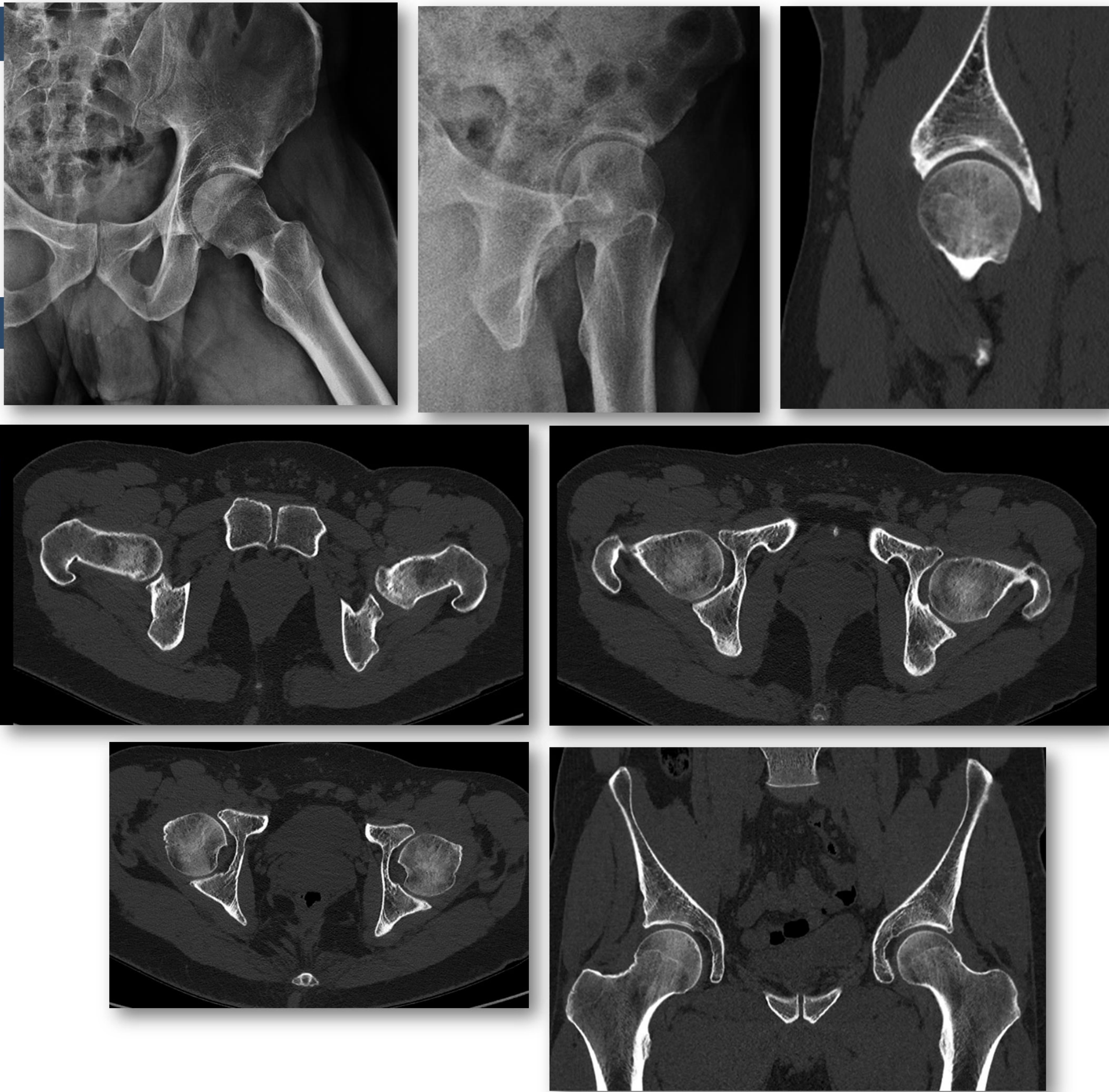
- El choque femoroacetabular (CFA) es una causa común de dolor de cadera en gente joven y activa.
- Más de un 25% del CFA típico se asocia a dolor posterior.
- El diagnóstico de dolor posterior de cadera nos plantea el reto de diferenciarlo con patología raquídea, subglútea, isquiofemoral, etc. Si bien es verdad, que una localización atípica del CFA en región posterior puede ocasionar dicho dolor posterior
- Dos objetivos claros del estudio son: diagnóstico diferencial del dolor posterior de cadera y el manejo de las lesiones de CFA posterior dada su localización y difícil acceso quirúrgico-terapéutico.

Material y Método

- Revisión clínico-radiológica- patológica y actitud quirúrgica del caso.
- Seguimiento clínico-radiológico a largo plazo. Revisión de literatura científica.

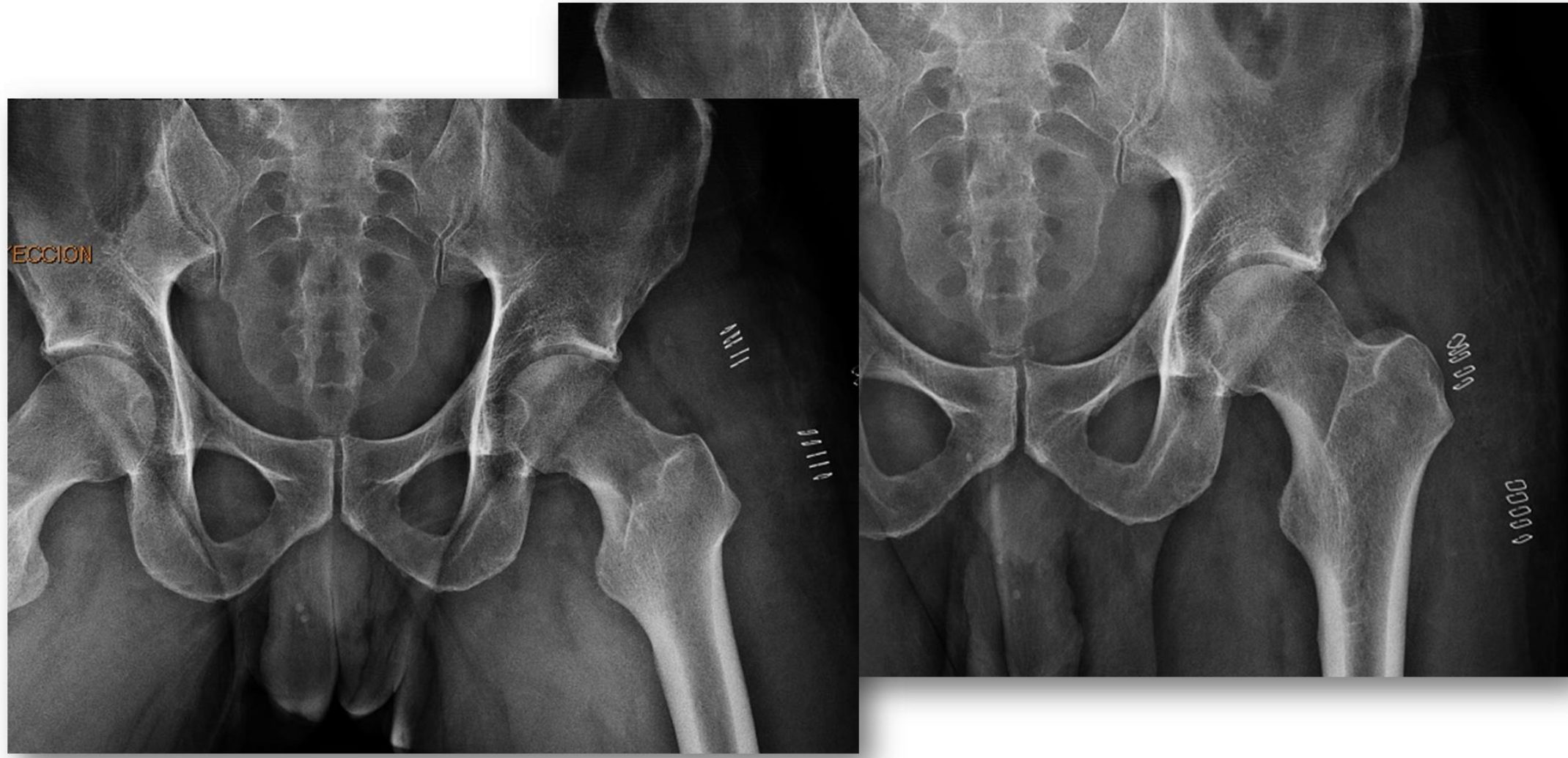
Caso clínico

- Varón de 34 años, zurdo, sin antecedentes médico-quirúrgicos de interés
 - Actividad deportiva: jugador golf a nivel profesional
 - Cuadro de dolor en región posterior de cadera + inguinoperineal
 - Relacionado directamente con el gesto del swing. No dolor con deambulación prolongada ni reproducible con maniobras impingement femoroacetabular. No irradiación a MMII
- Rx simple:** osteofito unión cabeza-cuello posteroinferior.
- RMN:** condropatía leve ceja posterior. No pinzamiento articular superior. Giba femoral posteriorinferior.
- TAC:** reconstrucción 3D: Giba posteriorinferior



Tratamiento y Resultados

- Como alternativas terapéuticas plantearíamos:
 - Osteoplastia anterolateral cuello + reparación condrolabral -> valorar evolución para luxación segura y resección abierta osteofito.
 - Artroscopia cadera -> reparación condrolabral bajo tracción + osteoplastia anterolateral y resección osteofito con fresas curvas y flexión y rot máximas
 - Luxación segura de cadera con reparación condrolabral + resección osteofito
- Se realizó artroscopia de cadera, accediendo a compartimento central bajo tracción donde se visualiza lesión labral inestable con lesión condral delaminante en región anterior, realizándose reparación mediante 3 anclajes. Lesión labral posterior estable. Sin tracción con flexión forzada, colocación dispositivo tracción intracapsular. Se realiza osteoplastia completa con resección giba anterolateral y giba posteroinferior mediante sistema de fresas curvas.
- Actualmente y tras 9 meses de evolución postquirúrgica con plan rehabilitación postquirúrgica: Mejoría postquirúrgica de las escalas EVA, iHOT-12, sin cambios significativos en mHHS



A Less-Invasive Technique for Capsular Management During Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement

Nicolás Fiz, M.D., Mikel Sánchez, M.D., Juan Carlos Pérez, M.D., Jorge Guadilla, M.D., Diego Delgado, Ph.D., Juan Azofra, M.D., and Beatriz Aizpurua, M.D.

Arthrosc Tech. 2014 Jul 28;3(4):e469-74. doi: 10.1016/j.eats.2014.05.005. eCollection 2014 Aug.

The modified mid-anterior portal for hip arthroscopy.

Matsuda DK¹, Villamor A².

Arthrosc Tech. 2013 Feb 4;2(1):e45-9. doi: 10.1016/j.eats.2012.10.007. Print 2013 Feb.

Hip arthroscopy for challenging deformities: posterior cam decompression.

Matsuda DK¹, Hanami D.

Conclusiones

- El dolor posterior de cadera es la queja menos frecuente entre los pacientes con dolor de cadera.
- Involucra un amplio abanico de patologías, siendo la localización posterior del choque femoroacetabular algo inusual, un tratamiento dirigido con la técnica adecuada ofrece resultados satisfactorios para una clínica específica.
- La baja prevalencia de esta patología unido a la limitación en el abordaje quirúrgico no se puede hablar de resultados predecibles/reproducibles.
- El uso de la impresión de 3D a través de pruebas como el TAC aporta beneficios en la planificación preoperatoria de lesiones poco accesibles, evitando errores intraoperatorios
- La localización posterior requiere de portales específicos modificados para garantizar el manejo
- La luxación segura de cadera es una buena alternativa para casos específicos con buenos resultados a largo plazo y baja tasa de conversión a artroplastia total de cadera.

Muscles Ligaments Tendons J. 2016 Dec 21;6(3):384-396. doi: 10.11138/mltj.2016.6.3.384. eCollection 2016 Jul-Sep.

Deep gluteal space problems: piriformis syndrome, ischiofemoral impingement and sciatic nerve release.

Carro LP¹, Hernando ME², Cersasal L², Navarro IS³, Fernandez AA¹, Castillo AO¹.

Sports Health. 2010 May;2(3):237-46.

Posterior hip pain in an athletic population: differential diagnosis and treatment options.

Frank RM¹, Slabaugh MA, Grumet RC, Virkus WW, Bush-Joseph CA, Nho SJ.

Bull NYU Hosp Jt Dis. 2009;67(2):173-6.

Posterior femoroacetabular impingement (PFAI) - after hip resurfacing arthroplasty.

Bell ST¹, Schmalzried TP.

Clin Sports Med. 2016 Jul;35(3):469-486. doi: 10.1016/j.csm.2016.02.010. Epub 2016 Apr 5.

Ischiofemoral Impingement and Hamstring Syndrome as Causes of Posterior Hip Pain: Where Do We Go Next?

Martin HD¹, Khoury A², Schröder R³, Palmer LJ².