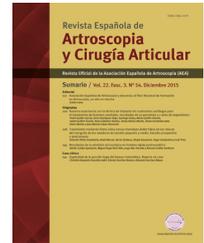




Revista Española de
Artroscopia y Cirugía Articular

www.elsevier.es/artroscopia



Artículo de revisión

Anatomía y función de la articulación coxofemoral. Anatomía artroscópica de la cadera



Oliver Marín-Peña^{a,*}, Esther Fernández-Tormos^a, Pedro Dantas^b,
Paulo Rego^c y Luis Pérez-Carro^d

^a Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

^b Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital CUF Descobertas, Lisboa, Portugal

^c Cirugía Ortopédica y Traumatología, Hospital da Luz, Lisboa, Portugal

^d Cirugía Ortopédica y Traumatología, Clínica Mompia, Santander, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de noviembre de 2015

Aceptado el 8 de febrero de 2016

On-line el 23 de marzo de 2016

Palabras clave:

Cadera

Labrum

Cartílago semilunar

Ligamento redondo

Fosa semilunar

R E S U M E N

Objetivo: La anatomía de la cadera presenta una serie de peculiaridades que condicionan el tratamiento artroscópico de su patología. El objetivo de la presente publicación es describir los hallazgos anatómicos y biomecánicos más destacados para la aplicación clínica y terapéutica.

Método: Dividiremos el capítulo en biomecánica de la cadera con aplicación clínica y las estructuras anatómicas según estén en el compartimento central o en periférico.

Resultados: La necesidad de tracción para poder acceder a la articulación y la dificultad de movilidad dentro de la misma, nos obliga a conocer la anatomía normal y sus variantes. En el compartimento central describiremos estructuras como el labrum, cartílago acetabular, ligamento redondo, fosita semilunar y cartílago de carga de la cabeza femoral. En el compartimento periférico se observará el cartílago de la cabeza, cara no articular del labrum, cápsula y diferentes plicas sinoviales.

Conclusiones: Conocer la anatomía artroscópica y sus variantes, junto con nociones básicas de biomecánica de la cadera, nos permiten mejorar nuestra orientación en una articulación de difícil acceso.

Relevancia clínica: El conocimiento de la anatomía artroscópica y la biomecánica aplicada de la cadera nos permite acortar nuestra curva de aprendizaje quirúrgico en artroscopia de cadera.

Nivel de evidencia: Opinión de expertos Nivel IV.

© 2016 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: olivermarin@yahoo.es (O. Marín-Peña).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reaca.2016.02.001>

2386-3129/© 2016 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Anatomy and function of the hip joint. Arthroscopic anatomy

A B S T R A C T

Keywords:

Hip
Labrum
Acetabular cartilage
Ligamentum teres
Acetabular groove

Objective: Hip joint anatomy has a number of peculiarities that determine the arthroscopic treatment. The aim of this article is to describe the most significant anatomical and biomechanical findings for clinical and therapeutic applications.

Method: We divide the chapter into hip biomechanics with clinical application and anatomical structures of the central or peripheral compartment.

Results: Access and mobility into the hip joint is difficult, and requires understanding the normal anatomy and its variants. In the central compartment, we describe important structures such as the labrum, acetabular cartilage, round ligament, acetabular cartilage, and cartilage of the femoral head. In the peripheral compartment, femoral head cartilage, non-articular labrum, capsule and synovial folds are described.

Conclusions: Understanding hip arthroscopic anatomy and its variants, along with the basics of hip biomechanics, allow us to improve our orientation in a joint with a difficult access.

Clinical relevance: The knowledge of applied anatomy and arthroscopic hip biomechanics allows us to reduce our surgical learning curve in hip arthroscopy technique.

Level of evidence: Level IV Expert opinion.

© 2016 Fundación Española de Artroscopia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

El conocimiento de las estructuras anatómicas de la cadera es un factor clave para el éxito en el tratamiento artroscópico de la patología de cadera. Aunque la anatomía artroscópica pueda tener ciertas similitudes con la articulación glenohumeral, importantes diferencias biomecánicas y funcionales hacen que asemejar el tratamiento de ambas articulaciones puede llevarnos a realizar tratamientos incorrectos. La primera gran diferencia es la gran estabilidad intrínseca de la articulación coxofemoral, ya presente en el desarrollo embrionario (fig. 1), y la segunda es una biomecánica completamente diferente a la articulación del hombro.

La articulación coxofemoral es una diartrosis que soporta ciclos de carga y movimiento a lo largo de toda la vida. El componente óseo acetabular resulta de la fusión de 3 centros de osificación diferentes: ilion, isquion y pubis (fig. 2).

Biomecánica

La amplia y constante actividad de la articulación coxofemoral requiere un sistema de disipación de energía y estabilización basada en el complejo condrolabral a nivel del acetábulo. En el caso de pequeños cambios en la forma de la cabeza femoral o del acetábulo, se rompe este equilibrio y pueden aparecer lesiones estructurales y progreso en la degeneración articular¹.

Distribución de cargas

El factor fundamental que determina el ambiente mecánico en el interior de la articulación es el movimiento, seguido de

la carga total y el tiempo. Existen dos factores que merece la pena conocer:

- Los puntos de máxima fuerza intraarticular se producen tras el contacto del talón en marcha y en el momento de sentarnos desde bipedestación, justo antes de tocar el asiento².
- La máxima presión en estos movimientos dependen del ángulo centro borde y del ángulo alfa.

Si tenemos valores normales de estos ángulos, la presión se distribuye de forma estable y uniforme a lo largo de toda



Figura 1 – Embrión de cadera de 18 semanas. Máxima congruencia articular desde etapas tempranas del desarrollo. Fuente: cortesía de García LLorent de la Embrioteca Prof. Jiménez Collado.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4305956>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4305956>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)