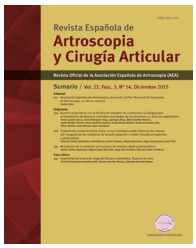
Revista Española de
Artroscopia y Cirugía Articular
www.elsevier.es/artroscopia



Caso clínico

Cadera dolorosa de difícil diagnóstico

Eric Margalet Romero[a,*], *Rafael J. Corrales Merinero*[a] y *Ángel Villamor Pérez*[b]

[a] *Institut Margalet, Barcelona, España*
[b] *IQTRA, Madrid, España*

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Recibido el 24 de octubre de 2015
Aceptado el 20 de enero de 2016
On-line el 17 de febrero de 2016

Palabras clave:
Cadera
Artroscopia
Isquiofemoral
Impingement
Glúteo

RESUMEN

El dolor de cadera y el dolor trocantérico son síntomas de consulta frecuente en el área de Cirugía Ortopédica y Traumatología que, en ocasiones, son de difícil diagnóstico. El abordaje de esta enfermedad con el diagnóstico correcto facilita el tratamiento y evita recurrencias del dolor.

Presentamos un caso de dolor de cadera de larga evolución con fracaso inicial del tratamiento conservador, diagnosticado de pinzamiento isquiofemoral y tendinopatía degenerativa del glúteo medio al que se ha practicado tratamiento endoscópico según técnica propia.

© 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/).

Painful hip difficult to diagnose

Keywords:
Hip
Arthroscopy
Ischiofemoral
Impingement
Gluteous

ABSTRACT

Hip and trochanteric pain is some of the common symptoms mentioned by patients to the orthopaedic surgeon, and they are sometimes difficult to diagnose. Management of this condition, as well as correct diagnosis, make treatment easier and prevent recurrences.

A case is presented of a patient with longstanding hip pain with initial conservative treatment failure, diagnosed with ischiofemoral impingement and gluteus medius tendinosis and managed using our own endoscopic treatment technique.

© 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/).

* *Autor para correspondencia.*
Correo electrónico: ericmargalet@institutmargalet.com (E. Margalet Romero).
http://dx.doi.org/10.1016/j.reaca.2016.01.004
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/).

Caso clínico

Mujer de 47 años de edad que acude a nuestra consulta por cuadro de 7 años de evolución de dolor a nivel inguinal y peritrocantérico bilateral de predominio en cadera izquierda junto con dolor lumbar recurrente que afecta a su calidad de vida. Fue tratada con infiltración epidural y bloqueo para tratar su síndrome facetario, con lo que mejoró la sintomatología lumbar, pero persistió el dolor en ambas caderas, lo que motivó consulta en nuestro instituto.

La paciente no presentaba alergias medicamentosas conocidas. Destacaba, dentro de los antecedentes personales, hiperlaxitud ligamentosa e intervenciones previas de apendicectomía, esplenectomía e histerectomía con doble anexectomía por endometriosis.

En la exploración destacaba dolor en cadera izquierda provocado por las maniobras de adducción, flexión y rotación interna, típicas del conflicto mecánico articular tipo atrapamiento femoroacetabular junto con dolor en trocánter mayor a la presión e impotencia funcional para la abducción del miembro afecto, con dolor en la tuberosidad isquiática.

Aporta estudios previos (radiología en bipedestación y RMN de pelvis de 2011 y 2013). Inicialmente se realiza estudio ecográfico, en el que se objetiva una colección líquida subfascial bilateral y engrosamiento bilateral de los tendones de glúteos medios, con lo que se diagnostica de bursitis troncatérica bilateral y tendinitis insercional del glúteo medio, y se propone tratamiento con plasma rico en factor plaquetario asociado a tratamiento rehabilitador (figs. 1-4).

Dada la persistencia de su sintomatología tras el tratamiento efectuado y con aumento del dolor en zona subglútea y en tensor de la fascia lata, se realiza nueva exploración física. En esta exploración se comprueba la positividad de las maniobras compatibles con atrapamiento isquiofemoral (*long-stride walking test*: dolor con la extensión pasiva de la cadera en neutro o en adducción) que no se habían realizado en el examen inicial, por lo que se decide realizar nueva RMN de 3 teslas. En la RMN se aprecia una alteración de la señal a nivel de la inserción distal del glúteo menor y medio de la cadera izquierda, así como disminución del espacio isquiofemoral, compatible con tendinopatía degenerativa del glúteo menor y medio, y síndrome de atrapamiento isquiofemoral (tabla 1).

Con dicho diagnóstico se procede a la realización de cirugía artroscópica para la reparación de la lesión tendinosa del glúteo menor y mediano y liberación del espacio isquiofemoral según *técnica propia* (técnica presentada por el Institut Margalet por primera vez en comunicación oral en el XXXIII congreso nacional de la AEA celebrado en Madrid en abril de 2015).

Se posiciona al paciente en decúbito supino en mesa ortopédica, pero sin tracción para permitir la movilidad (flexión/extensión así como rotación interna/externa) de la extremidad que se va a intervenir, así como para facilitar el uso de la escopia. No es necesario el uso de pivote perineal (fig. 5). Las referencias marcadas son la espina ilíaca anterosuperior y el trocánter mayor, así como la línea que desde la espina ilíaca se dirige al centro de la rótula (fig. 5).

Los portales se establecen en la cara anterior de la cadera. Primer portal (visión) en la proximidad de la línea dibujada y

Figura 1 – Radiografía AP de pelvis en bipedestación.

Figura 2 – RMN corte coronal: afectación en la inserción del tendón del glúteo.

Figura 3 – RMN corte axial: imagen compatible con tendinopatía insercional.

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/4305965

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/4305965

Daneshyari.com