



Lesiones del labrum acetabular

N. Bonin, T. Gicquel, J.-E. Gedouin

La función del labrum acetabular en la cadera normal está bien establecida. Actúa como una junta de estanqueidad y favorece la distribución de las cargas en el acetábulo. Es un fibrocartilago bien inervado, y sus lesiones son responsables de síntomas mecánicos, básicamente de topografía inguinal. Predominan dos tipos de lesiones: las desinserciones de la base del labrum y las lesiones del cuerpo del labrum. Estas lesiones suelen ser secundarias a defectos estructurales del acetábulo y/o del fémur. Entre ellos, el conflicto femoroacetabular es responsable de la mayoría de las lesiones del labrum. El diagnóstico clínico de una lesión del labrum se basa principalmente en el signo de conflicto anterior, una prueba sensible pero por desgracia poco específica. Un estudio radiológico con tres proyecciones (anteroposterior de la pelvis, seudolateral de Lequesne y lateral axial de Dunn o Ducroquet) es útil para analizar el morfotipo óseo del acetábulo y de la cabeza femoral, con objeto de establecer el diagnóstico etiológico. En caso de sospecharse la lesión del labrum, sólo el estudio por imagen en cortes acoplado a una artrografía (artrotomografía computarizada [artro-TC] o artroresonancia magnética [artro-RM]) permite hacer una evaluación precisa del labrum. El tratamiento debe ser ante todo conservador y basarse en la rehabilitación. Si fracasa, el tratamiento es quirúrgico. En caso de lesión del labrum secundaria a una displasia, la corrección ósea suele prevalecer sobre el tratamiento del labrum. En caderas bien cubiertas y de forma conjunta con la corrección de un posible conflicto óseo, pueden considerarse dos formas de tratamiento: la resección parcial (desbridamiento) o la reparación (reinserción-sutura) del labrum. Hoy en día se prefiere la cirugía artroscópica, y sus indicaciones están bien definidas.

© 2017 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Cadera; Labrum; Acetábulo; Artroscopia

Plan

■ Introducción	1
■ Reseñas anatómicas y biomecánicas	2
■ Lesiones del labrum	2
Etiología	2
Clasificaciones	4
Lesiones asociadas	5
Diagnóstico	5
■ Tratamiento de las lesiones del labrum	8
Tratamiento conservador	8
Tratamiento quirúrgico	9
Tratamiento etiológico de las lesiones del labrum	10
Tratamiento de las lesiones condrales asociadas	11
■ Conclusión	11

■ Introducción

La cadera es una articulación pequeña, profunda y coaptada, provista de un labrum periférico. Debido a

esta configuración, la exploración del labrum acetabular resultó difícil durante largo tiempo, lo que explica el poco interés demostrado por esta estructura.

Gracias a los progresos de los métodos de imagenología, las lesiones del labrum se diagnostican mejor y ahora se identifican como una causa frecuente de dolor de la cadera. Estas lesiones suelen ser secundarias a una sobrecarga mecánica inducida por algunos morfotipos óseos y algunas actividades físicas o deportivas. El trastorno articular resultante y las lesiones cartilagosas asociadas preparan el terreno para la artrosis [1-3].

La función del labrum acetabular en la cadera normal está bien establecida. Este fibrocartilago ricamente inervado actúa como una junta de estanqueidad y favorece la distribución de las cargas en el acetábulo [4-8].

El tratamiento de un desgarro del labrum consiste en una reparación o en una resección segmentaria de la zona afectada. La artroscopia es la técnica quirúrgica de referencia y permite hacer una evaluación precisa de la lesión a través de un acceso poco invasivo. En el mismo tiempo quirúrgico se debe buscar y tratar una anomalía ósea asociada como, por ejemplo, una displasia o un conflicto femoroacetabular.

Antes de describir las lesiones del labrum, las circunstancias patológicas de su aparición y las diversas clasificaciones lesionales, se reseñarán las bases anatómicas y biomecánicas del labrum. El diagnóstico se analizará para considerar las opciones terapéuticas, según la experiencia de los autores de este artículo y los datos de las publicaciones.

■ Reseñas anatómicas y biomecánicas

El labrum se inserta en el contorno del anillo acetabular, cuyas irregularidades rellena, y se prolonga hacia abajo por el ligamento transverso del acetábulo. Tiene una gran variación de grosor y de forma en función de la localización y la morfología del acetábulo: de forma globalmente triangular al corte, es aplanado y fino por delante, más grueso en la parte superior y redondeado posteriormente [9, 10].

■ Lesiones del labrum

Las lesiones del labrum, que pueden ser sintomáticas o no, aumentan de frecuencia con la edad hasta alcanzar el 70-80% en la persona mayor [11, 12]. Una lesión del labrum se observaría en el 55% de los pacientes que presentan dolores mecánicos de la cadera [3].

Sea cual sea su causa, las lesiones predominan en el cuadrante anterosuperior. Varias hipótesis se han planteado para explicar esta localización preferencial: pobre vascularización, menor resistencia mecánica de los tejidos o zona de mayor carga [3, 13].

Etiología

Las cinco causas principales de desgarros del labrum son el conflicto femoroacetabular, el traumatismo, la displasia, la inestabilidad articular y el trastorno degenerativo [13, 14]. Entre ellas, el conflicto femoroacetabular y la displasia están relacionados con defectos estructurales del acetábulo y/o del fémur que deben buscarse de forma específica, mientras que las otras tres causas se observan con una coxometría «normal».

Conflicto femoroacetabular

El conflicto femoroacetabular es la primera causa de lesión del labrum. Corresponde a microtraumatismos inducidos por un contacto dinámico repetido entre la epífisis femoral y el reborde acetabular [1]. Este contacto suele ser secundario a un dismorfismo óseo femoral y/o acetabular. Una actividad deportiva con pivote o de gran amplitud será entonces un factor agravante.

Se distinguen dos categorías de dismorfismo óseo responsable del conflicto: la leva y la pinza [15, 16].

El efecto de leva es producto de una excrecencia ósea en la unión de la cabeza y el cuello, que altera la esfericidad anterosuperior de la cabeza femoral. También puede resultar de una disminución de la lateralización (*offset*) femoral (distancia horizontal entre el centro de la cabeza femoral y la cima del trocánter mayor) [15]. Así, en flexión, la parte esférica de la cabeza femoral levanta el labrum y comprime el cartílago acetabular, provocando primero una deslaminación cartilaginosa profunda y después una avulsión de la base del labrum [17, 18] (Fig. 1). En artroscopia se ha observado una correlación entre el valor del ángulo alfa y la extensión de las lesiones cartilaginosas y del labrum [19]. Al final se desarrolla una artrosis anterosuperior [20].

El efecto de pinza es secundario a una cobertura acetabular excesiva (coxa profunda) o a una retroversión del

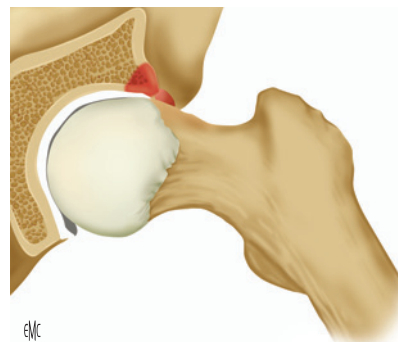


Figura 1. Fisiopatología de la lesión del labrum por efecto de leva.

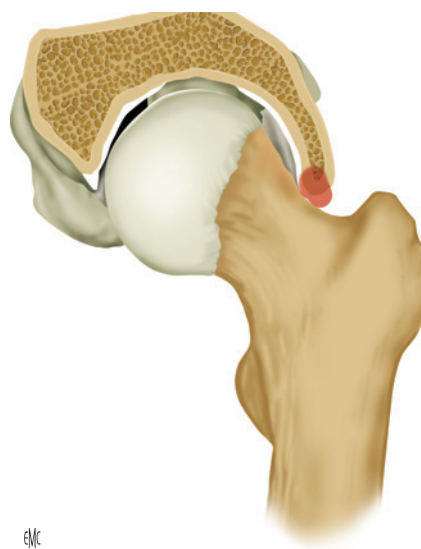


Figura 2. Fisiopatología de la lesión del labrum por efecto de pinza.

acetábulo. En este trastorno, el cuello femoral choca precozmente contra el reborde acetabular. El labrum actúa entonces como un parachoques. Los daños aparecen de forma preponderante en el cuerpo del labrum y luego en el cartílago circundante [17] (Fig. 2). Más tarde aparecen lesiones de contragolpe de la superficie articular posterior, que preparan el terreno para una artrosis posteroinferior [20].

Las lesiones del labrum inducidas difieren histológica y morfológicamente según el tipo de mecanismo [10]. Las lesiones resultantes de un efecto de leva, a modo de desinserción del labrum, son perpendiculares a la superficie articular en la zona de transición entre el labrum fibrocartilaginoso y el cartílago articular hialino. Las lesiones secundarias al efecto de pinza son de tipo degenerativo, perpendiculares a la superficie del labrum, y conducen a una degeneración mucoide (Fig. 3) o a una osificación del cuerpo del labrum (Fig. 4). En algunos casos, las lesiones alcanzan el hueso subcondral, con calcificación progresiva y completa del labrum (Fig. 5), como una duplicación de la capa basal calcificada subcondral.

El 50-80% de los pacientes que sufren un conflicto tienen una combinación de los dos efectos [17]; por esta razón, las lesiones del labrum no siempre están claramente diferenciadas.

Traumatismo

Las lesiones del labrum pueden suceder en un contexto traumático agudo, ya sea en forma de traumatismo de alta energía responsable de una luxación o por un movimiento de gran amplitud, como una hiperflexión forzada. En el primer caso, la extrusión de la cabeza femoral arranca el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8737526>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8737526>

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