



REHABILITACIÓN

www.elsevier.es/rh



CASO CLÍNICO

Síndrome de pinzamiento isquiofemoral: a propósito de un caso. Diagnóstico diferencial y manejo rehabilitador

S. Domínguez Ibáñez^{a,*}, B. Palomino Aguado^a, J. Acosta Batlle^b, B. Alonso Álvarez^a,
A. Teixeira Taborda^a y L. de la Nuez Rodríguez-Batllori^a

^a Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b Servicio de Radiología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 4 de abril de 2017; aceptado el 4 de septiembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Pinzamiento isquiofemoral;
Dolor de cadera;
Resonancia magnética;
Diagnóstico diferencial

KEYWORDS

Ischiofemoral impingement;
Hip pain;
Magnetic resonance;
Differential diagnosis

Resumen Hay múltiples causas de dolor de cadera. Entre ellas se encuentra el síndrome de pinzamiento isquiofemoral, actualmente de etiología desconocida, aunque inicialmente relacionado con historia previa de traumatismo o cirugía, para el cual no existe un protocolo de actuación unificado.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

Ischiofemoral impingement syndrome: A case report. Differential diagnosis and rehabilitation management

Abstract There are multiple causes of hip pain, including ischiofemoral impingement syndrome. The aetiology of this syndrome is currently unknown, although it is associated with a history of trauma or surgery. Currently, there is no standard of care for this syndrome.

© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: dominguezi.silvia@gmail.com
(S. Domínguez Ibáñez).

<https://doi.org/10.1016/j.rh.2017.09.002>

0048-7120/© 2017 Elsevier España, S.L.U. y SERMEF. Todos los derechos reservados.

Introducción

Existen múltiples causas de dolor de cadera. En los últimos años el progresivo aumento en la realización de pruebas de imagen como la resonancia magnética (RM) ha permitido identificar una nueva entidad a incluir en su diagnóstico diferencial, denominada síndrome de pinzamiento isquiofemoral (SPIF). Descrito en pacientes de edad media con una clínica y exploración física difíciles de interpretar, a pesar de haberse relacionado con historia previa de traumatismo o cirugía, sigue siendo de etiología desconocida. Actualmente no existe un protocolo de actuación unificado para este síndrome, posiblemente infradiagnosticado.

El objetivo es discutir el diagnóstico diferencial en un paciente de edad media con dolor de cadera y las posibilidades terapéuticas conservadoras del SPIF.

Material y métodos

Mujer de 41 años intervenida hace 2 años con una artrodesis en la columna lumbar L5-S1, que presenta un dolor crónico continuo inespecífico de un año de evolución en la región posterior de la cadera izquierda y la zona glútea baja, irradiado por la cara externa e interna hasta la rodilla, que empeora con la sedestación prolongada. No presenta alteraciones de la marcha y no ha recibido previamente ningún tratamiento.

A la exploración física de la columna lumbosacra se observa una cicatriz crónica de cirugía previa, sin datos de complicación; no presenta alteraciones de la estática postural. A la palpación no presenta apofisalgia ni dolor en la musculatura paravertebral, y el balance articular está conservado completo y no es doloroso en ningún arco del movimiento.

A la exploración física de la cadera afecta no se observaban tumefacción ni otros signos externos, no presentaba dolor a la palpación de la musculatura del piramidal ni cabeza femoral, no se acompañaba de crepitación ni chasquidos. El balance articular activo estaba conservado, con dolor a la rotación interna y adducción, extensión completa con molestias, maniobras de flexión, adducción, rotación interna (FADIR) y flexión, abducción, rotación externa (FABER) positivos, Laségue y Bragard negativos, maniobra del rodado negativa. El balance muscular mostraba una afectación del psoas izquierdo respecto al contralateral con una leve pérdida de fuerza (BM = 4/5). Presentaba hipoestesia en la cara interna del muslo izquierdo hasta el tercio medio.

Se realizó una RM de ambas caderas observándose la existencia de un pinzamiento isquiofemoral bilateral con edema y atrofia incipiente del músculo cuadrado femoral (fig. 1).

La paciente recibió un total de 20 sesiones de rehabilitación consistente en estiramientos de la musculatura pélvica y de cadera, centrados en el músculo cuadrado femoral y en el piramidal, ejercicios de potenciación del psoas y el cuádriceps junto con ultrasonidos.

Al finalizar el tratamiento la paciente presentaba una disminución del dolor con la rotación interna y la adducción, y normalización del balance muscular del psoas. Dada la marcada mejoría, pero persistencia de molestias en últimos grados de movimientos de cadera, se recomendó continuar realizando los ejercicios en el domicilio. A los 3 meses de

haber finalizado el tratamiento la paciente no presentaba dolor.

Resultados

El SPIF es una causa poco frecuente de dolor de cadera. Fue descrito por primera vez por Johnson en 1977 en pacientes con dolor persistente de cadera tras cirugías en las que se reducía el espacio entre el trocánter menor y el isquion (artoplastia total de cadera y osteotomía proximal de fémur), desde entonces se ha asociado también a causas congénitas; sin embargo, en los últimos años se han descrito casos sin historia previa de cirugía o traumatismo, por lo que la etiología continúa siendo incierta^{1,2}. La prevalencia se desconoce, puesto que en la literatura solo disponemos de series con escaso número de casos. La incidencia parece ser más alta en mujeres; la explicación dada ha sido la presencia de unas tuberosidades isquiáticas más prominentes y separadas unas de otras, haciendo que la distancia isquiofemoral sea menor y por lo tanto más susceptible al estrechamiento^{2,3}.

El músculo cuadrado femoral se origina en la cara anterior de la tuberosidad isquiática y se inserta en la cara posteromedial del fémur proximal dejando 2 espacios, el isquiofemoral (entre el margen óseo de la tuberosidad isquiática y el trocánter menor) y el espacio del cuadrado femoral (entre el origen de los músculos isquiotibiales y el trocánter menor o el tendón del iliopsoas)⁴.

En el SPIF las radiografías simples suelen ser normales, aunque pueden demostrar estrechamiento entre el trocánter mayor y el isquion junto con esclerosis subcortical. La técnica de imagen más idónea para su diagnóstico es la RM, si bien no existe una referencia estándar de la distancia isquiofemoral, en la mayor parte de las series se define como inferior a 20 mm. Como consecuencia, se genera edema y rotura intramuscular en el músculo cuadrado femoral, presentando una señal anómala en la RM. En caso de cronificación puede llegar a aparecer degeneración grasa y atrofia muscular. Es posible que los pacientes presenten clínica unilateral con hallazgos de imagen bilaterales. Adams et al. realizaron un estudio retrospectivo de una serie de casos con SPIF para intentar correlacionar la clínica con los hallazgos en la RM encontrando casos con hallazgos compatibles con SPIF en la RM pero asintomáticos, e incluso casos en los que los hallazgos de RM eran del lado contralateral al de la clínica²⁻⁵.

Los pacientes refieren dolor crónico en la región posterior de la cadera y la zona glútea baja, que en ocasiones puede presentarse con irradiación hasta la rodilla, debido a la relación anatómica estrecha que existe entre el músculo cuadrado femoral y el nervio ciático. El dolor empeora a la adducción, rotación externa y extensión de la cadera y puede acompañarse de crepitación y chasquidos^{2,6} (fig. 2).

Entre las enfermedades que pueden causar confusión con el SPIF hay que destacar principalmente el síndrome piramidal y las radiculopatías, y otras entidades clínicas menos frecuentes como el síndrome del glúteo profundo, proceso patológico de inserción de la musculatura isquiotibial o el síndrome de pinzamiento femoroacetabular.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8802694>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8802694>

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