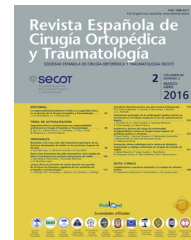




Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



NOTA CLÍNICA

¿Pinzamiento isquiofemoral agudo?

X.G. García^{a,d,*}, A. Turmo^{a,b,d}, M.A. Cos^{a,c}, J. Puigdemívol^e y Ll. Til^{a,e}

^a Centre d'Alt Rendiment (CAR) de Sant Cugat del Vallès, Sant Cugat del Vallès, Barcelona, España

^b Universitat de Barcelona, Barcelona, España

^c Real Federación Española de Atletismo, España

^d RCD Espanyol de Barcelona, Barcelona, España

^e Fútbol Club Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 24 de mayo de 2017; aceptado el 19 de diciembre de 2017

PALABRAS CLAVE

Pinzamiento;
Cadera;
Lesiones deportivas

Resumen Se presenta un caso de una rara entidad clínica que forma parte del espectro de los pinzamientos en la articulación de la cadera. Se trata de una atleta olímpica de 36 años que desarrolló un pinzamiento isquiofemoral 14 meses tras una reinserción quirúrgica de tendón de isquiosurales, en la que se optó por seguir tratamiento conservador constatándose una total recuperación. Revisando la bibliografía probablemente se trata de una entidad infra-diagnosticada especialmente en los casos que no existe antecedente quirúrgico. Es el primer caso comunicado después de cirugía de reinserción de tendón de isquiosurales que tengamos conocimiento.

© 2018 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Impingement;
Hip;
Sports Injuries

Acute ischiofemoral impingement?

Abstract We report a case of rare clinical entity, which comes within the spectrum of hip impingements. The case deals with a 36 year old female, Olympic athlete, who developed ischiofemoral impingement 14 months after a surgical hamstring reattachment. She was treated conservatively and fully recovered. When looking into literature on this matter, we found that it is probably an under-diagnosed problem, particularly in patients with no history of prior surgery. To our knowledge, this is the first case reported after a hamstrings tendon reattachment.

© 2018 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: farmaafyde@gmail.com (X.G. García).

Introducción

El pinzamiento isquiofemoral es una condición médica que se produce cuando un estrechamiento entre el trocánter menor y la tuberosidad isquiática produce cambios sintomáticos en el músculo cuadrado femoral (QF).

Etiología

Dicha condición podría ser debida a causas congénitas y adquiridas. Las congénitas son casos de variaciones de los ángulos entre el eje femoral/cuello femoral/trocánter menor (p. ej., coxa valga), del ángulo trocánter menor/cuello femoral en el plano axial¹, y también se ha descrito por efecto masa en exostosis hereditaria múltiple. La etiología adquirida se asocia con efecto masa (tendinitis de isquiosurales, bursitis del psoas, osteofitos), tendinitis del QF², tratamiento ortopédico de fracturas de fémur, fractura-avulsión del tendón de los músculos isquiosurales, y también se asocia con procedimientos quirúrgicos como hemiartroplastia (HA), artroplastia total de cadera (ATC), osteosíntesis de diáfisis femoral y osteotomías intertrocanteréas.

Epidemiología

Afecta predominantemente al sexo femenino (86%) y sin edad de presentación claramente definida. Se ha informado de bilateralidad³ hasta en un 40%. Las series que se revisaron alcanzan los 275 pacientes, siendo 270 sin cirugía previa (fig. 1).

Presentación

Es característica la aparición gradual de dolor lumbar bajo, glúteos, ingle, cara posterior de la cadera, a veces irradiación a rodilla e incluso puede estar asociada con resorte, crepitación y/o bloqueo de cadera.

Cualquier movimiento que pellizque en el músculo QF entre el trocánter menor y la tuberosidad isquiática suscita dolor. Esos movimientos son cualquier combinación de EXtensión, ADducción y rotación externa (EXADER). El dolor puede aumentar con otros movimientos relacionados con la compresión o estiramiento del QF, como los signos de Freiberg, FADIR, sentarse o deambular a largos pasos.

Información adicional

Las técnicas de imagen pueden ser útiles. La radiografía simple puede demostrar cuello femoral valgo, estrechamiento del espacio isquiofemoral, quistes en el isquion u osteofitos. La ecografía (ECO) tiene un gran valor en exploraciones dinámicas y también para guiar infiltraciones con fines diagnósticos y terapéuticos (pero es explorador dependiente). La resonancia magnética (RM) puede mostrar estrechamiento tanto del espacio isquiofemoral (IFS, entre trocánter menor y tuberosidad isquiática) como del espacio del QF (QFS, entre el trocánter menor y el tendón de la musculatura isquiosural), edema muscular del QF (aumento de la señal en T2⁴) y atrofia del vientre muscular del QF.

Diagnóstico

Debe apoyarse en el criterio clínico, semiológico y morfológico, si bien pueden existir estrechamientos puramente anatómicos, funcionales^{1,5}, o una combinación de ambos.

Diagnóstico diferencial

Resalte del tendón del psoas, dolor ciático, lesión crónica de isquiosurales, rotura fibrilar del QF, tendinitis de aductores, inestabilidad capsular coxofemoral, desgarró posterior de *labrum* acetabular y dolor en las articulaciones sacroilíacas.

Tratamiento

Se han comunicado buenos resultados con infiltraciones (córtico-anestésicas, proloterapia) guiadas por fluoroscopia/TC/ECO, y con la rehabilitación. Dichos tratamientos resultan de elección especialmente para los pacientes sin tratamiento quirúrgico previo, quedando la cirugía abierta y artroscópica como alternativa en pacientes que no responden.

Caso clínico

Presentamos el caso de una mujer de 36 años, corredora olímpica de larga distancia, que sintió un dolor agudo en la nalga derecha después de ser empujada y caer hacia adelante en una competición. El estudio con ECO y RM mostraban una avulsión total del tendón de los isquiosurales. Se practicó cirugía de reinserción tendinosa mediante abordaje longitudinal posterior transglúteo, sección de fascia, sección de algunas fibras de glúteo mayor para una mejor visualización-localización de la huella de inserción isquiática de la musculatura isquiosural, realización de 2 anclajes con SUTUREFIX Ultra Anchor 1,9 mm (Smith & Nephew) respetando la anatomía insercional (tendón conjunto semitendinoso/bíceps femoral hacia medial y semimembranoso hacia lateral). Posteriormente inició un programa de rehabilitación progresiva y secuencial de 6 meses, hasta que llegó a recuperar sus anteriores marcas en carrera.

Catorce meses después de la intervención quirúrgica, notó un dolor agudo en la nalga mientras realizaba carrera intensiva cuesta abajo con irradiación ciática aguda. A la exploración física se observó bajo reclutamiento de los isquiosurales, pero las maniobras de tensión radicular del ciático no estaban claras. La RM muestra cambios posquirúrgicos con 2 tornillos, líquido entre el isquion y el tendón de los isquiotibiales, no se observa anclaje osteo-perióstico, pero sí puentes fibrosos en los tejidos blandos (ligamento sacrotuberoso). También muestra fibrosis en los isquiosurales proximales, edema mínimo en el vientre proximal del semitendinoso y bíceps femoral, edema en el QF (vientre y la grasa adyacente), edema entre pectíneo y psoas, edema en el glúteo mayor y la tuberosidad isquiática adyacente, y edema peri-intraneural en ciático. Las mediciones tanto del IFS como del QFS se adecuaban a los criterios de pinzamiento isquiofemoral de Singer et al.⁹ (fig. 2) de manera bilateral, aunque el contralateral era asintomático y sin edema en QF.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8803131>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8803131>

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