



ACTUALIZACIÓN

## Atrapamientos y choques extraarticulares de la cadera: revisión de la literatura

N. Arévalo Galeano<sup>a,\*</sup>, N. Santamaría Guinea<sup>b</sup>, J. Gredilla Molinero<sup>c</sup> y M. Grande Báñez<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Clínico San Carlos, Madrid, España

<sup>b</sup> Unidad Central de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Infanta Leonor, Madrid, España

<sup>c</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 20 de junio de 2017; aceptado el 19 de septiembre de 2017

### PALABRAS CLAVE

Atrapamiento extraarticular de cadera;  
Atrapamiento isquiofemoral;  
Choque de la espina iliaca anteroinferior;  
Choque subespinoso;  
Atrapamiento del iliopsoas;  
Choque pélvico-trocantéreo

### KEYWORDS

Extra-articular hip impingement;  
Ischiofemoral impingement;  
Subspine impingement;  
Psoas impingement;  
Greater trochanteric-pelvic impingement

**Resumen** El dolor inguinal o de cadera es un motivo de consulta muy frecuente. Debido a las múltiples causas que pueden generarlo, y a que en muchas ocasiones comparten características clínicas y demográficas, las pruebas de imagen desempeñan un papel complementario en el diagnóstico etiológico. Se han descrito nuevas formas de atrapamiento extraarticular de la cadera como causa de dolor y limitación funcional, en especial en pacientes jóvenes activos. Incluyen el atrapamiento isquiofemoral, el choque subespinoso o de la espina iliaca anteroinferior, el atrapamiento del iliopsoas y el choque pélvico-trocantéreo. De forma general, se deben a un problema mecánico que conduce al contacto anormal o excesivo entre el fémur proximal y la pelvis ósea, o las partes blandas interpuestas. Realizamos una revisión actualizada de estas formas de atrapamiento extraarticular de la cadera, describiendo la fisiopatología, las manifestaciones clínicas, los hallazgos radiológicos más comunes y el tratamiento.

© 2017 SERAM. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Extra-articular hip impingement: a review of the literature

**Abstract** Hip and groin pain is a common clinical problem. Multiple causes can generate hip or groin pain, often sharing clinical and demographic characteristics. Diagnostic imaging tests play an important role in the etiological diagnosis. New forms of extra-articular hip impingement have recently been recognized as a cause of hip pain and limited function especially in young active patients. These conditions include ischiofemoral impingement, anterior inferior iliac spine and subspine impingement, iliopsoas impingement and greater trochanteric-pelvic

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [noeliaarevalo@hotmail.com](mailto:noeliaarevalo@hotmail.com) (N. Arévalo Galeano).

impingement. In general, they are caused by a mechanical conflict with an abnormal or excessive contact between the proximal femur and pelvis and/or soft tissue between them. In this manuscript we review the physiopathology, clinical presentation, the most common radiologic findings and treatment of these forms of extra-articular hip impingement.

© 2017 SERAM. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

## Introducción

El dolor de cadera y el dolor inguinal son un motivo de consulta muy frecuente y pueden deberse a una gran variedad de causas de diferente fisiopatología, pero que comparten características clínicas y demográficas, por lo que el diagnóstico etiológico final constituye un reto.

Los atrapamientos en la cadera, ya sean intraarticulares (choque femoroacetabular) o extraarticulares, han adquirido una especial relevancia en los últimos años como causa de dolor y limitación funcional, en especial en pacientes jóvenes activos

En 2003, Ganz et al.<sup>1</sup> describieron el choque femoroacetabular (CFA) como «un contacto anormal entre el fémur y la cavidad acetabular secundario a alteraciones morfológicas o a un movimiento articular en un rango excesivo o suprafisiológico». Recientemente se ha redefinido al síndrome de CFA como una patología clínica asociada al movimiento de la cadera que representa un contacto sintomático prematuro entre el fémur y el acetábulo, para cuyo diagnóstico deben existir síntomas y hallazgos en la exploración física y en las pruebas de imagen que sean compatibles<sup>2</sup>.

En los últimos años se han descrito nuevas formas de atrapamiento extraarticular de la cadera, que incluyen el atrapamiento isquiofemoral, el choque subespinoso o de la espina iliaca anteroinferior (EIAI), el atrapamiento del iliopsoas y el choque pélvico-trocantéreo.

De forma general, están causadas por un problema mecánico que conduce a un contacto anormal o excesivo entre el fémur proximal y la pelvis ósea, o de las partes blandas interpuestas<sup>3</sup>.

En el diagnóstico de estas formas de atrapamiento extraarticular de cadera, la clínica y la exploración física dinámica son fundamentales. El papel de las pruebas de imagen será apoyar la sospecha clínica y, en ocasiones, participar en el tratamiento, ya sea como guía para la administración percutánea de medicación o como ayuda al traumatólogo en la planificación quirúrgica.

No es infrecuente encontrar signos radiológicos compatibles en pacientes asintomáticos, y por otro lado, los límites entre los cambios morfológicos que pueden constituir un sustrato patológico o una variante de la normalidad son todavía muy confusos. Por ello, debemos señalar la necesidad de ser especialmente cautos en el diagnóstico exclusivamente radiológico de estos síndromes, para evitar intervenciones innecesarias.

Existe un creciente interés por definir los factores predisponentes, los mecanismos fisiopatológicos y los hallazgos de

imagen de estas formas de atrapamiento extraarticular de la cadera, si bien a día de hoy todavía persisten numerosas incógnitas, por lo que son necesarios nuevos estudios para mejorar la comprensión y la precisión diagnóstica mediante la validación de criterios clínico-radiológicos<sup>3-7</sup>.

A continuación realizaremos una revisión actualizada de estas formas de atrapamiento extraarticular de la cadera, describiendo su fisiopatología, las manifestaciones clínicas y los hallazgos radiológicos más comunes; finalmente, haremos una breve referencia a su tratamiento (tabla 1).

## Atrapamiento isquiofemoral

El atrapamiento isquiofemoral, descrito por primera vez en pacientes sin antecedentes de artroplastia en 2008<sup>8,9</sup>, se refiere al dolor de cadera atribuible a un estrechamiento del espacio entre la tuberosidad isquiática o la inserción de los isquiotibiales y el trocánter menor, con compresión intermitente y repetitiva del músculo cuadrado femoral<sup>3,6,10</sup>.

El espacio isquiofemoral puede ser evaluado, a su vez, mediante la valoración de dos espacios (medidos en un plano axial a la altura del trocánter menor):

- El espacio isquiofemoral propiamente dicho (EIF), definido como la distancia menor entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor.
- El espacio del cuadrado femoral (ECF), que constituye el espacio más estrecho por donde tiene que pasar el músculo cuadrado femoral, delimitado medialmente por el margen lateral de los tendones isquiotibiales (en concreto por el tendón del semimembranoso) y lateralmente por el trocánter menor o el margen medial del tendón del psoas, o por ambos<sup>11</sup> (fig. 1).

Si bien no se han estandarizado los límites de la normalidad para estos espacios, en varios estudios de casos y controles publicados en los últimos años se constata que, en los pacientes sintomáticos, el EIF y el ECF son significativamente menores que en los pacientes asintomáticos<sup>11-13</sup>.

En un metaanálisis, Singer et al.<sup>14</sup> concluyen que existe una fuerte correlación entre el estrechamiento del EIF y del ECF y la presencia de edema o atrofia en el vientre muscular del cuadrado femoral en el contexto de una cadera dolorosa, pero que la presencia aislada de un estrechamiento de estos espacios es insuficiente para el diagnóstico. Además, proponen como medidas umbral de la normalidad 15 mm para el EIF y 10 mm para el ECF<sup>14</sup>. Previamente, en otras publicaciones<sup>11,12</sup> se han propuesto como medidas

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8824708>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8824708>

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