

Ruptura del *labrum* acetabular como causa de cadera en resorte

J. C. Monllau, I. Takatoshi*, C. Escuder,
A. León, R. Cugat, J. Ballester

Servicio de Cirugía Ortopédica y Traumatología.
Hospital Universitari del Mar. Barcelona.
*Department of Orthopaedic Surgery.
Yamanashi University Hospital. Japan.

Correspondencia:

Dr. Juan Carlos Monllau García
Servicio de C.O. y T.
Hospital Universitari del Mar
Passeig Marítim, 25-29
08003 Barcelona

Se presenta un caso de cadera en resorte ocasionado por una ruptura del *labrum* acetabular. La historia se caracterizaba por dolor mecánico de cadera y bloqueos tras un mínimo traumatismo. El diagnóstico se realizó por exploración clínica y RNM, mientras que el resto de las exploraciones complementarias resultaron negativas. La artroscopia de la cadera afecta sirvió para confirmar el diagnóstico y tratar la lesión. Describimos la técnica empleada y presentamos la iconografía artroscópica del caso. Realizamos una revisión de la todavía escasa bibliografía existente sobre este tipo de patología.

Palabras clave: Artroscopia, *labrum* acetabular, cadera en resorte.

Acetabular labrum tear as a cause of snapping hip. We present a case report of snapping hip due to an acetabular labrum tear. Both mechanical and snapping hip pain after a minor injury characterized the history. Diagnosis was made through physical exam and MRI, while the rest of explorations were negatives. Hip arthroscopy confirms the diagnosis and serves to treat the injury. We describe the arthroscopic technique and also present the pictures of the case. We also review the literature about this topic.

Key words: Arthroscopy, acetabular labrum, snapping hip.



Habitualmente, se aceptan dos causas para el síndrome de cadera en resorte (*snapping hip*). Una causa es extraarticular, está relacionada con la patología de la *fascia lata* y, normalmente, puede diagnosticarse mediante exploración clínica. La segunda causa es intraarticular, origen de auténticos episodios de bloqueo mecánico de la articulación, y se ha relacionado con la existencia

de cuerpos libres articulares, o bien, con rupturas del *labrum* acetabular (LA)^(1,2).

Aunque este último tipo de patología se conoce desde hace años^(3,4), sólo es muy reciente cuando se han reconocido las posibilidades del abordaje artroscópico^(5,10). El objetivo de esta trabajo es presentar un nuevo caso de cadera en resorte por ruptura compleja del LA y su resolución mediante cirugía artroscópica.



Figura 1. Estudio radiológico convencional: se observan cambios degenerativos propios de la edad.

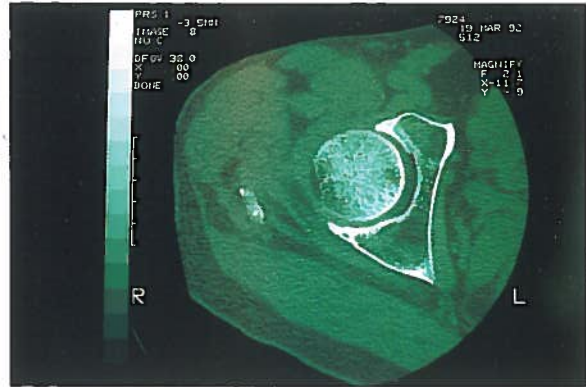


Figura 2. Tomografía axial computarizada: no presenta alteraciones significativas.

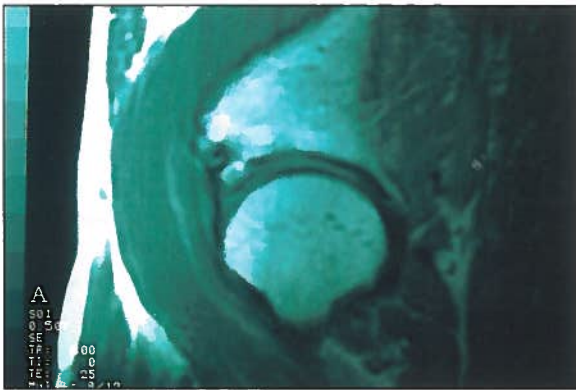


Figura 3. Resonancia nuclear magnética: evidencia imagen compatible con ruptura del LA.

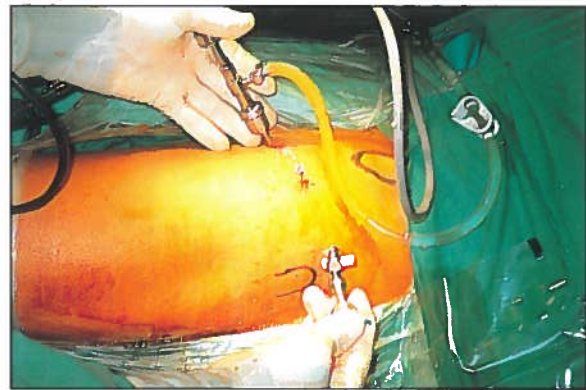


Figura 4. Portales artroscópicos: anterior, anterolateral y trocánterico.

CASO CLINICO

Paciente varón de 45 años de edad, sin antecedentes patológicos de interés, que consulta por un cuadro álgico de cadera derecha de, aproximadamente, 12 años de evolución y agravado durante los últimos meses. Consiste en crisis paroxísticas de bloqueo articular relacionado con los movimientos de flexión y rotación de dicha articulación y que no ha cedido, pese a la ingesta continuada de AINEs.

En la exploración clínica se evidenciaba dolor con los movimientos de hiperflexión y rotaciones extremas de la cadera, pero sin lograr reproducir el bloqueo. El estudio radiológico convencional (Figura 1), la tomografía axial computarizada (Figura 2) y la gammagrafía ósea con ^{99m}Tc resultaron normales. La resonancia nuclear magnética (Figura 3) evidenció una imagen, en los cortes sagitales, compatible con una ruptura del LA. Dado el tiempo de evolución del cuadro y la ausencia de respuesta al

tratamiento conservador, se decidió practicar una artroscopia de la cadera afectada.

TECNICA ARTROSCOPICA

Con el paciente bajo anestesia regional, en decúbito supino sobre la mesa de tracción, se marcaron las líneas guía de referencia (cresta ilíaca, ligamento inguinal, trocánter y vasos femorales), y se establecieron tres portales de acceso: anterior, anterolateral y trocánterico (Figura 4), con agujas espinales del nº 18, distendiendo la articulación con solución fisiológica.

Las agujas fueron sustituidas, sin la ayuda del intensificador de imágenes, por dos vainas metálicas y una plástica intercambiables para, posteriormente, facilitar la instrumentación. Se aplicaron un máximo de 40 kg de tracción al pelvitrazador con objeto de no lesionar el nervio pudendo. Durante el procedimiento pudo comprobarse el buen estado de la cabeza femoral, carilla semilunar y fóvea (Figura 5) y la existen-

Figura 5. Imagen artroscópica: cabeza femoral, fóvea y ligamento redondo (flecha), y carilla semilunar de aspecto normal.

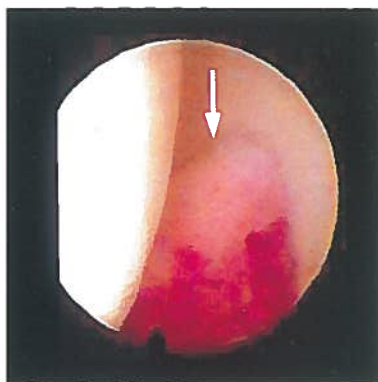


Figura 6. Imagen artroscópica: ruptura pediculada en zona pósterosuperior del LA (flecha).

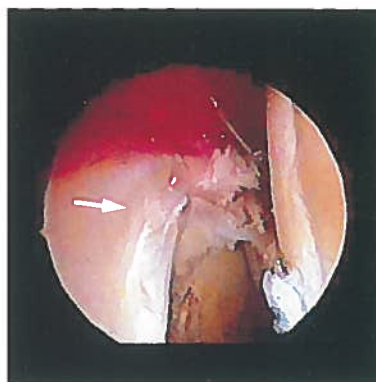


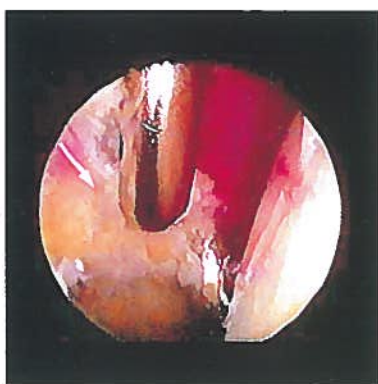
Figura 7. Imagen artroscópica: pinza de basket resecando la ruptura pediculada; la flecha señala la ruptura longitudinal en zona pósterosuperior del LA.



Figura 8. Imagen artroscópica: limbectomía parcial de la zona lesionada.



Figura 9. Imagen artroscópica: resultado final postlimbectomía parcial.



cia de una doble lesión del LA en su zona pósterosuperior; por una parte, una ruptura pediculada (Figura 6), situada aproximadamente a las 0 horas de la esfera horaria y, por otra, una ruptura longitudinal (Figura 7) que corría desde la anterior hasta las 22 horas.

Se trató mediante limbectomía parcial de la zona lesionada, realizada con pinza de *basket* e instrumental motorizado (Figura 8), como si se tratara de una meniscectomía subtotal (Figura 9). El postoperatorio consistió en reposo absoluto durante 1 semana, seguido de descarga completa hasta la tercera semana y deambulación con la ayuda de bastones ingleses durante 3 semanas

más. A los 3 meses de la artroscopia, el paciente se encontraba libre de molestias y no ha experimentado nuevos episodios de bloqueo.

DISCUSION

Las ventajas que aporta la cirugía artroscópica frente a la convencional en la cadera, son similares a las de cualquier otra articulación. Sin embargo, debido a las peculiaridades de la coxofemoral, cabe añadir que evita la realización de grandes abordajes sobre la articulación, con finalidad únicamente exploratoria y, sobre todo, hace innecesaria la luxación de la cabeza femoral que tanto riesgo implica para ésta^(2,8,10).

Entre las indicaciones se han señalado el diagnóstico de caderas dolorosas sin causa aparente, las biopsias sinoviales y eventuales sinovectomías, la exéresis de cuerpos libres y, últimamente, el tratamiento de lesiones del LA^(1,2,5-10). Se ha demostrado que el LA contiene terminaciones nerviosas que pueden estar involucradas en mecanismos nociocéptivos y propioceéptivos de la articulación, y ser también causa de dolor⁽¹¹⁾. En la década de los 50, Patterson⁽³⁾ y Dameron⁽⁴⁾ publicaron sendos artículos sobre la patología del LA, pero relacionándola con luxa-

ciones previas o con artrosis de la articulación de la cadera. Ueo y cols.⁽⁵⁾ describieron dos casos de dolor de cadera, no relacionado con traumatismo previo grave ni con patología degenerativa o displásica, que mejoraron tras la resección parcial artroscópica del LA roto. Ikeda y cols.⁽⁶⁾ aportaron 7 nuevos casos de ruptura del LA en adolescentes, consecutivas a distorsiones en accidentes deportivos, aún cuando 2 de ellos padecían algún grado de displasia congénita de cadera. Fitzgerald⁽¹⁾, en un revisión retrospectiva de 19 años, encontró 56 lesiones del LA en 55 pacientes con historia de dolor mecánico de cadera y *click* secundarios a traumatismos mínimos.

Aunque 42 de estos pacientes precisaron tratamiento quirúrgico, sólo en 12 ocasiones se realizó por vía artroscópica, y únicamente en 4 de éstas pudo completarse la exéresis de la porción rota del *labrum*, al parecer, debido a dificultades técnicas para abordar la lesión con el instrumental convencional de artroscopia. Este último dato pudiera relacionarse con la situación anatómica habitual de estas lesiones, al respecto hemos encontrado opiniones dispares en la literatura revisada.

Algunos autores las encuentran en una posición anterior o anterosuperior^(1,7), mientras que otros los hallan en la pósterosuperior⁽⁶⁾, en nuestro caso, la ruptura era doble y su posición era pósterosuperior y el abordaje artroscópico, como

en la serie de Ikeda, y no presentó dificultades.

Para diagnosticar una ruptura del *labrum* acetabular es imprescindible la sospecha clínica, McCarthy y Busconi⁽⁹⁾ realizaron una serie de 59 artroscopias de cadera, en pacientes de 17 a 69 años de edad, afectos de dolor de cadera refractario al tratamiento conservador, en el 59% de los casos encontraron lesiones del LA y pudieron establecer una correlación estadísticamente significativa entre la clínica de bloqueo y dichas lesiones. Por otra parte, tanto la artrografía como la RNM⁽¹¹⁾, como ocurrió en el caso que nos ocupa, pueden contribuir a confirmar la sospecha. Recientemente, Hodler y cols.⁽¹²⁾, en un estudio experimental en cadáver, han demostrado la utilidad de la artro RNM para mejorar tanto la definición del LA como para detectar anomalías en su superficie.

La publicación de este caso clínico, de muy corto seguimiento, creemos que está justificada por la poca frecuencia de su presentación o más bien de su diagnóstico. En el momento actual, la artroscopia de cadera es un procedimiento excepcional en la mayor parte de los servicios de cirugía ortopédica y probablemente lo siga siendo, debido a que sus indicaciones son muy limitadas y a que las condiciones técnicas son difíciles⁽²⁾. Sin embargo, la existencia de este tipo de lesiones y las posibilidades reales de un tratamiento artroscópico pueden ahorrar en un futuro cirugías más invasivas.

BIBLIOGRAFIA

1. Fitzgerald, R.H.: Acetabular labrum tears. Diagnosis and treatment. Clin Orthop, 1995; 311: 60-68.
2. Dorfmann, H.; Boyer, T.: Artroscopia de la cadera en Principios de artroscopia y cirugía artroscópica. Zarins y Cugat (eds). Springer-Verlag Ibérica, S.A. Barcelona, 1993.
3. Patterson, I.: The torn acetabular labrum. J Bone Jt Surg, 1957; 39B: 306-309.
4. Dameron, T.B, Jr.: Bucket handle tear of acetabular labrum accompanying posterior dislocation of the hip. J Bone Jt Surg, 1959; 41A: 131-134.
5. Ueo, T.; Suzuki, S.; Iwasaki, R.; Yosikawa, J.: Rupture of the labra acetabularis as a cause of hip pain detected arthroscopically, and partial limbectomy for successful pain relief. Arthroscopy, 1990; 6: 48-51.
6. Ikeda, T.; Awasya, C.; Suzuki, S.; Okada, Y.; Tada, H.: Torn acetabular labrum in young patients. Arthroscopic diagnosis and management. J Bone Jt Surg, 1988; 70B: 13-16.
7. Klaue, K.; Durnin, C. W.; Ganz, R.: The acetabular rim syndrome. J Bone Jt Surg, 1991; 73B: 423-429.
8. Sweeney, H.J.: Arthroscopy of the hip joint. Abstracts Book of the International Arthroscopy Congress. Barcelona, Julio 1992.
9. McCarthy, J.C.; Busconi, B.: The role of hip arthroscopy in the diagnosis and treatment of hip disease. Can J Surg, 1995; 38, (Suppl 1): 513-517.
10. Goldman, A.; Minkoff, J.; Price, A.; Krinick, R.: A posterior arthroscopic approach to bullet extraction from the hip. J Trauma, 1987; 27: 1294-1300.
11. Kim, Y.T.; Azuma, H.: The nerve endings of the acetabular labrum. Clin Orthop, 1995; 320: 176-181.
12. Hodler, J.; Yu, J.S.; Goodwin, D.; Haghighi, P.; Trudell, D.; Resnick, D.: MRI Arthrography of the hip: improved imaging of the acetabular labrum with histologic correlation in cadavers. Am J Roentgenol, 1995; 165, 4: 887-891.