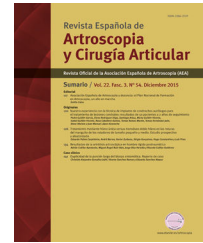




Revista Española de Artroscopia y Cirugía Articular

www.elsevier.es/artroscopia



Caso clínico

Cadera dolorosa de difícil diagnóstico



Eric Margalet Romero^{a,*}, Rafael J. Corrales Merinero^a y Ángel Villamor Pérez^b

^a Institut Margalet, Barcelona, España

^b IQTRA, Madrid, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 24 de octubre de 2015

Aceptado el 20 de enero de 2016

On-line el 17 de febrero de 2016

Palabras clave:

Cadera

Artroscopia

Isquiofemoral

Impingement

Glúteo

Keywords:

Hip

Arthroscopy

Ischiofemoral

Impingement

Gluteous

R E S U M E N

El dolor de cadera y el dolor trocantérico son síntomas de consulta frecuente en el área de Cirugía Ortopédica y Traumatología que, en ocasiones, son de difícil diagnóstico. El abordaje de esta enfermedad con el diagnóstico correcto facilita el tratamiento y evita recurrencias del dolor.

Presentamos un caso de dolor de cadera de larga evolución con fracaso inicial del tratamiento conservador, diagnosticado de pinzamiento isquiofemoral y tendinopatía degenerativa del glúteo medio al que se ha practicado tratamiento endoscópico según técnica propia.

© 2016 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licencias/by-nc-nd/4.0/>).

Painful hip difficult to diagnose

A B S T R A C T

Hip and trochanteric pain is some of the common symptoms mentioned by patients to the orthopaedic surgeon, and they are sometimes difficult to diagnose. Management of this condition, as well as correct diagnosis, make treatment easier and prevent recurrences.

A case is presented of a patient with longstanding hip pain with initial conservative treatment failure, diagnosed with ischiofemoral impingement and gluteus medius tendinosis and managed using our own endoscopic treatment technique.

© 2016 Fundación Española de Artroscopia. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ericmargalet@institutmargalet.com (E. Margalet Romero).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.reaca.2016.01.004>

2386-3129/© 2016 Fundación Española de Artroscopia. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la CC BY-NC-ND licencia (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Caso clínico

Mujer de 47 años de edad que acude a nuestra consulta por cuadro de 7 años de evolución de dolor a nivel inguinal y peritrocantérico bilateral de predominio en cadera izquierda junto con dolor lumbar recurrente que afecta a su calidad de vida. Fue tratada con infiltración epidural y bloqueo para tratar su síndrome facetario, con lo que mejoró la sintomatología lumbar, pero persistió el dolor en ambas caderas, lo que motivó consulta en nuestro instituto.

La paciente no presentaba alergias medicamentosas conocidas. Destacaba, dentro de los antecedentes personales, hiperlaxitud ligamentosa e intervenciones previas de apendicectomía, esplenectomía e hysterectomía con doble anexectomía por endometriosis.

En la exploración destacaba dolor en cadera izquierda provocado por las maniobras de adducción, flexión y rotación interna, típicas del conflicto mecánico articular tipo atrapamiento femoroacetabular junto con dolor en trocánter mayor a la presión e impotencia funcional para la abducción del miembro afecto, con dolor en la tuberosidad isquiática.

Aporta estudios previos (radiología en bipedestación y RMN de pelvis de 2011 y 2013). Inicialmente se realiza estudio ecográfico, en el que se objetiva una colección líquida subfascial bilateral y engrosamiento bilateral de los tendones de glúteos medios, con lo que se diagnostica de bursitis troncatérica bilateral y tendinitis insercional del glúteo medio, y se propone tratamiento con plasma rico en factor plaquetario asociado a tratamiento rehabilitador (figs. 1-4).

Dada la persistencia de su sintomatología tras el tratamiento efectuado y con aumento del dolor en zona subglútea y en tensor de la fascia lata, se realiza nueva exploración física. En esta exploración se comprueba la positividad de las maniobras compatibles con atrapamiento isquiofemoral (*long-stride walking test*: dolor con la extensión pasiva de la cadera en neutro o en adducción) que no se habían realizado en el examen inicial, por lo que se decide realizar nueva RMN de 3 teslas. En la RMN se aprecia una alteración de la señal a nivel de la inserción distal del glúteo menor y medio de la cadera izquierda,



Figura 1 – Radiografía AP de pelvis en bipedestación.

así como disminución del espacio isquiofemoral, compatible con tendinopatía degenerativa del glúteo menor y medio, y síndrome de atrapamiento isquiofemoral (tabla 1).

Con dicho diagnóstico se procede a la realización de cirugía artroscópica para la reparación de la lesión tendinosa del glúteo menor y mediano y liberación del espacio isquiofemoral según *técnica propia* (técnica presentada por el Institut Margalet por primera vez en comunicación oral en el xxxiii congreso nacional de la AEA celebrado en Madrid en abril de 2015).

Se posiciona al paciente en decúbito supino en mesa ortopédica, pero sin tracción para permitir la movilidad (flexión/extensión así como rotación interna/externa) de la extremidad que se va a intervenir, así como para facilitar el uso de la escopia. No es necesario el uso de pivote perineal (fig. 5). Las referencias marcadas son la espina ilíaca anterosuperior y el trocánter mayor, así como la línea que desde la espina ilíaca se dirige al centro de la rótula (fig. 5).

Los portales se establecen en la cara anterior de la cadera. Primer portal (visión) en la proximidad de la línea dibujada y



Figura 2 – RMN corte coronal: afectación en la inserción del tendón del glúteo.



Figura 3 – RMN corte axial: imagen compatible con tendinopatía insercional.



Figura 4 – RMN corte axial: disminución del espacio isquiofemoral.

Tabla 1 – Diagnóstico diferencial del dolor de cadera

Dolor de origen articular

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Sin alteración estructural • Lesión condral • Lesión labral • Sinovitis • Cuerpos libres articulares | <ul style="list-style-type: none"> • Con alteración estructural • Atrapamiento femoroacetabular • Displasia de cadera • Secuelas epifisiólisis o enfermedad de Perthes • Necrosis avascular en cabeza femoral • Atrapamiento isquiofemoral |
|--|--|

Dolor de origen extrarticular

- Bursitis trocantérica
- Síndrome del glúteo profundo
- Enfermedad del psoas
- Otros (dolor lumbar irradiado, enfermedad genitourinaria, etc.)

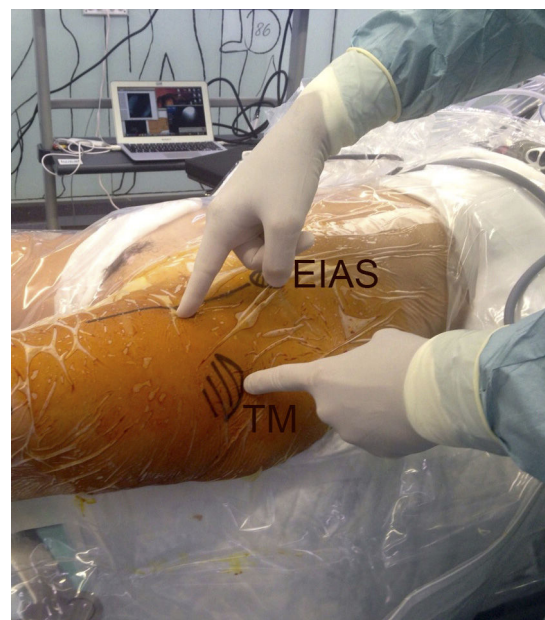


Figura 6 – Referencias para establecer el portal de visión con relación al trocánter mayor.

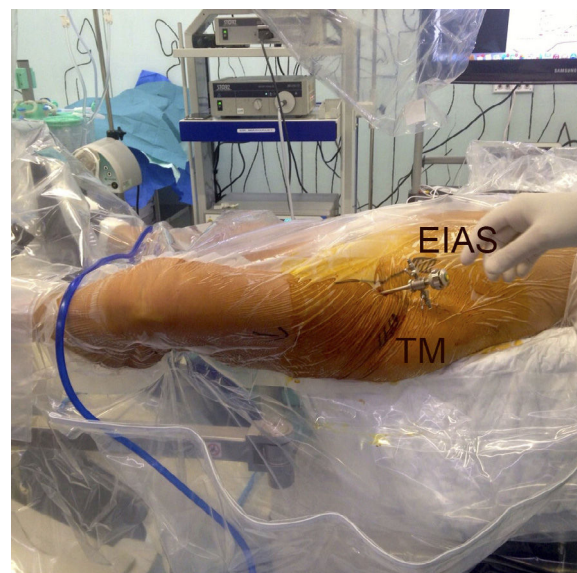


Figura 7 – Detalle de la orientación del artroscopio en dirección al trocánter menor con rotación externa de la cadera.

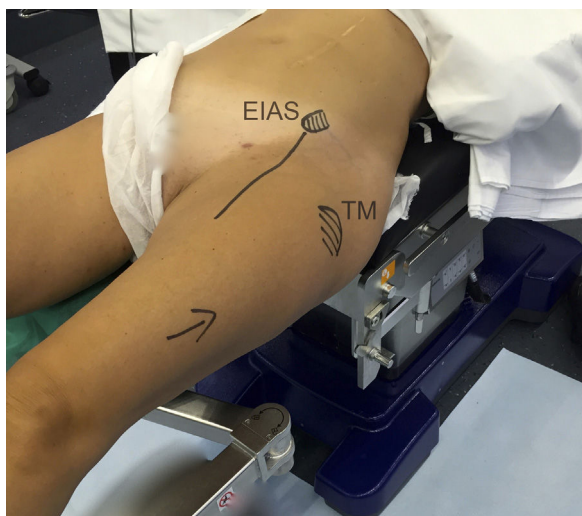


Figura 5 – Posicionamiento del paciente en mesa ortopédica y referencias anatómicas.

que une la EIAS con el centro de la rótula y a 1-2 cm respecto al trocánter mayor, en dirección distal (fig. 6).

El portal de trabajo se establece a 3-4 cm del primero en sentido distal y en la misma línea longitudinal que el portal de visión. Ambos portales son intercambiables visión/trabajo para mejor acceso al trocánter menor. Realizaremos un control escópico en ese momento para valorar nuestra localización correcta, con una rotación externa y flexión de la extremidad (figs. 7-10).

Con la ayuda de terminal curvo de fresado (4,2 mm Large Hub de Linvatec), procederemos a la resección del trocánter menor, previa sinovectomía de la zona e identificación del

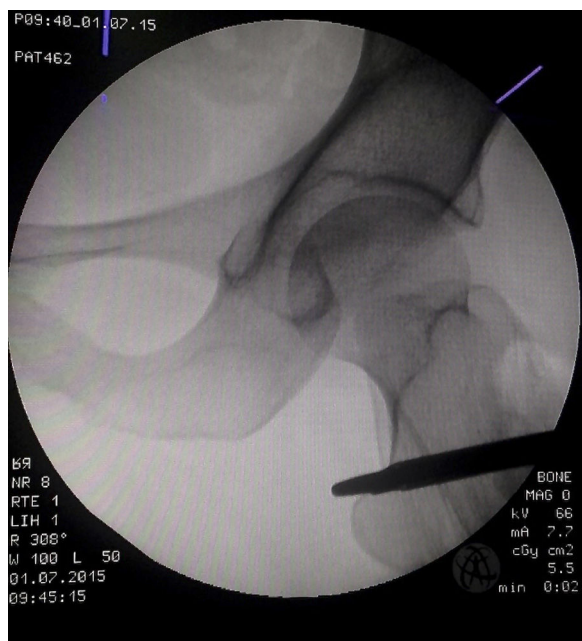


Figura 8 – Control escópico del portal de visión con la relación del artroscopio y el trocánter menor.

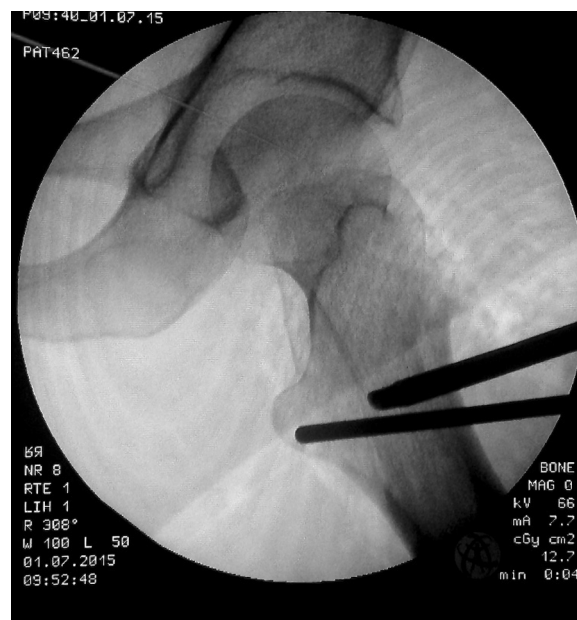


Figura 10 – Control escópico del portal de trabajo con la relación ósea del artroscopio y el material de trabajo.

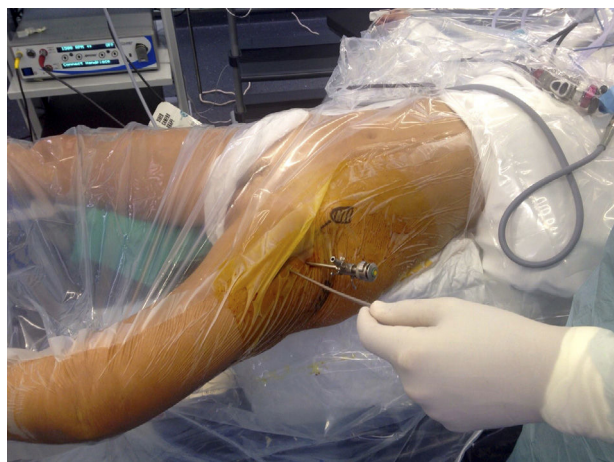


Figura 9 – Detalle de la introducción de Bissinger por el portal de trabajo.

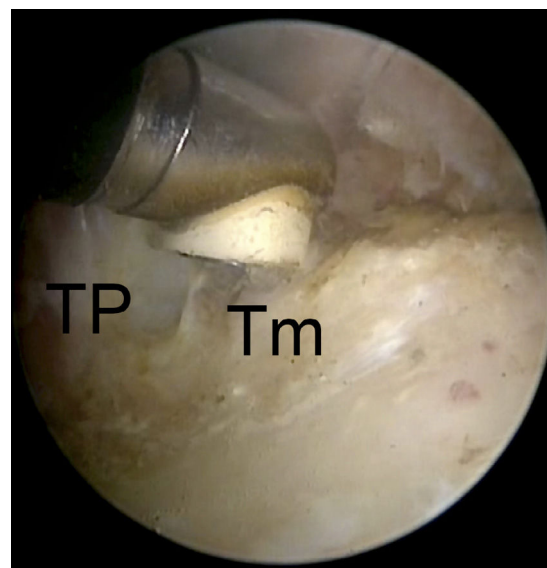


Figura 11 – Tm: trocánter menor; TP: tendón del psoas.

trocánter (fig. 11), preservando casi la totalidad de la inserción del tendón del psoas.

Posteriormente a la correcta resección del trocánter menor, comprobada mediante escopia (fig. 12), se procedió en el mismo tiempo quirúrgico a reparación de la rotura del tendón del glúteo medio: se reorientó el portal de visión hacia el espacio trocantéreo y se realizó un portal accesorio de trabajo en la zona del trocánter mayor según técnica habitual de reparación glútea.

Discusión

El dolor en la zona peritrocantérica, también conocido como síndrome del trocánter mayor, es una enfermedad que incluye diversas etiologías, de las cuales la postraumática es la causa

principal. Se han descrito asociaciones con tendinosis de los abductores, así como con enfermedades que afectan a la cadera de origen degenerativo o reumático, pinzamiento femoroacetabular y disfunciones en la marcha¹. En ocasiones, la afectación del trocánter mayor puede relacionarse con dolor lumbar, e incluso simular pseudociática, como era el caso de nuestra paciente.

Otra causa menos frecuente de dolor en zona trocantérica es el pinzamiento isquiofemoral o *impingement* isquiofemoral²⁻⁴. La incidencia es desconocida, en probable relación con infradiagnóstico: se han descrito solo casos aislados o series de casos reducidas con predominio en el sexo femenino. El correcto estudio clínico así como las pruebas



Figura 12 – Comprobación escópica de la resección del trocánter menor.

complementarias bien realizadas y orientadas a la enfermedad son claves para el diagnóstico de confirmación⁵.

Inicialmente fue descrito como una de las causas de prótesis de cadera dolorosa, y fue relacionado *a posteriori* como causa de dolor en pacientes sin antecedente quirúrgico ni traumático⁶.

Esta enfermedad puede condicionar dolor a nivel de cara posterior del muslo y zona inguinal y, en ocasiones, dolor en cara lateral o trocántérica.

En la exploración física de estos pacientes destaca la presencia de dolor a la hiperextensión de la pierna, junto con adducción y rotación externa.

El diagnóstico será establecido mediante resonancia magnética. La disminución del espacio entre la tuberosidad isquiática y el trocánter (valores inferiores a 13 ± 5 mm en el espacio isquiofemoral o 7 ± 3 mm en el espacio del cuadrado femoral) y la presencia de edema del músculo cuadrado femoral son los hallazgos característicos^{2,4}.

El tratamiento conservador consistente en reposo, anti-inflamatorios e infiltraciones con corticoides suele tener un resultado variable³. Con el desarrollo de la endoscopia se han descrito diversas técnicas para el tratamiento de este síndrome basado en el incremento del espacio entre el fémur y la tuberosidad isquiática con resultados bastantes positivos y con menos complicaciones que con la cirugía abierta⁷.

En el caso presentado hemos usado un abordaje endoscópico anterior para la resección del trocánter menor, por tener

menos complicaciones y mejor accesibilidad que en el acceso posterior, así como por su sencillez técnica^{8,9}. El uso de fresas curvas es indispensable para la cirugía, al igual que el fluoroscopio para el control de la resección.

En nuestra experiencia, la recuperación funcional ha sido correcta, sin déficit funcional del psoas.

Conclusiones

El pinzamiento isquiofemoral es una enfermedad poco frecuente que debe tenerse en cuenta para el diagnóstico diferencial del síndrome del trocánter mayor, que puede mermar la calidad de vida de los pacientes. La respuesta heterogénea al tratamiento conservador hace que en ocasiones sea necesario el tratamiento quirúrgico, para lo cual proponemos la resección del trocánter menor mediante endoscopia según la técnica descrita, con buen resultado según nuestra experiencia en pacientes diagnosticados de pinzamiento isquiofemoral.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Russell AS. Pseudotrochanteric bursitis in the differential diagnosis of lateral hip pain. *J Rheumatol.* 1992;19(10):1648.
2. Patti JW, Ouellette H, Bredella MA, Torriani M. Impingement of lesser trochanter on ischium as a potential cause for hip pain. *Skeletal Radiol.* 2008;37:268-9.
3. Stafford GH, Villar RN. Ischiofemoral impingement. *J Bone Joint Surg Br.* 2011;93:1300-2.
4. Torriani M, Souto SC, Thomas BJ, Ouellette H, Bredella MA. Ischiofemoral impingement syndrome: an entity with hip pain and abnormalities of the quadratus femoris muscle. *Am J Roentgenol.* 2009;193:186-90.
5. Martin HD, Kelly BT, Leunig M, Philippon MJ, Clohisy JC. The pattern and technique in the clinical evaluation of the adult hip: The common physical examination tests of hip specialists. *Arthroscopy.* 2010;26:161-72.
6. O'Brien SD, Bui-Mansfield LT. MRI of quadratus femoris muscle tear: Another cause of hip pain. *AJR.* 2007;189:1185-9.
7. Ali AM, Whitwell D, Ostlere SJ. Case report: Imaging and surgical treatment of a snapping hip due to ischiofemoral impingement. *Skeletal Radiol.* 2011;40:653-6.
8. Hatem MA, Palmer JJ, Martin HD. Diagnosis and 2-year outcomes of endoscopic treatment for ischiofemoral impingement. *Arthroscopy.* 2015;31(2):239-46.
9. Martin HD, Shears SA, Johnson JC, Smathers AM, Palmer JJ. The endoscopic treatment of sciatic nerve entrapment/deep gluteal syndrome. *Arthroscopy.* 2011;27:172-81.