

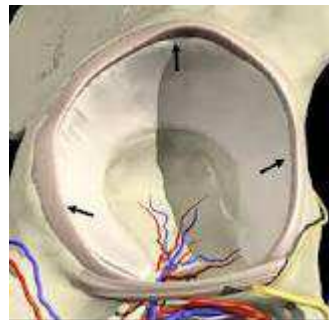
CHOQUE FEMORO-ACETABULAR (IMPINGEMENT)

Es una patología que ocasiona frecuentemente dolor de cadera en pacientes jóvenes y deportistas. Es una patología de la articulación de la cadera que se debe a una deformidad ósea que provoca un golpeo anormal entre la cabeza femoral y el acetábulo durante el movimiento y que provoca un progresivo deterioro de la articulación. Distintos estudios han demostrado que **el choque fémoro acetabular podría ser el causante de hasta el 70% de las artrosis que afectan a menores de 50 años y que pueden acabar en prótesis.**

ANATOMÍA DE LA CADERA

La articulación de la cadera está constituida por dos elementos fundamentales:

- La **cabeza femoral**: esférica.
- El **acetábulo**: es el hueco de la pelvis donde se aloja la cabeza femoral. Posee en su reborde una especie de “menisco” denominado **labrum** que abraza a la cabeza femoral durante su movimiento.

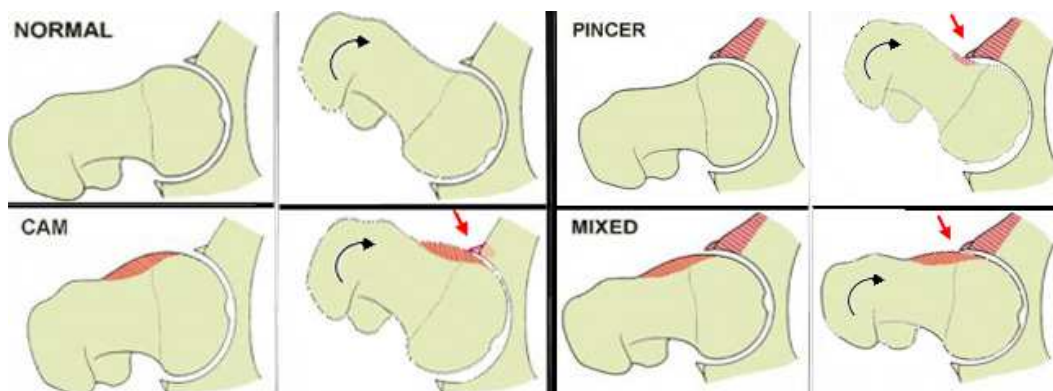


¿POR QUÉ OCURRE EL CHOQUE FEMORO-ACETABULAR?

No se conoce con certeza el porqué se ocasiona el crecimiento imperfecto de los huesos afectados. Los traumatismos en la cadera, o los deportes que ocasionan fricciones repetidas del fémur contra la pelvis, con posiciones agachadas forzadas y mantenidas (como las de los jugadores de hockey hielo, o los pilotos de motociclismo), podrían ocasionar lesiones en el labrum.

La deformidad puede asentar en cualquiera de los dos elementos que participan en el juego de la cadera: el acetábulo y el fémur.

- A modo de giba en el cuello del fémur (**Deformidad tipo Cam**).
- A modo de crecimiento del borde anterolateral del acetábulo (**Deformidad tipo Pincer**).
- ambas (**Deformidad Mixta**)



Cuando los picos de hueso chocan entre si debido a la deformidad, atrapan entre ellos al **labrum** lesionándolo y llegando, incluso, a romperlo. El choque de hueso contra hueso de forma continuada conduce además a un deterioro progresivo del **cartilago** y al desarrollo de una artrosis). Todas estas lesiones limitan la movilidad y ocasionar dolor cada vez mayor..

El diagnóstico precoz y el tratamiento temprano del choque fémoro acetabular (Impingement), podría evitar hasta el 70% de las prótesis de cadera que se implantan en pacientes menores de 50 años de edad.

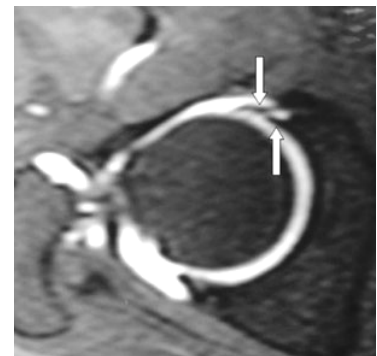
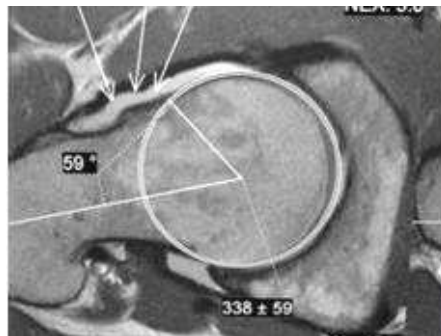
¿CUÁLES SON LOS SÍNTOMAS DEL CHOQUE FEMORO ACETABULAR?

- Esta anomalía empieza a manifestarse en la mayoría de los casos como un **dolor inguinal** y, en menor frecuencia, en la región trocantérea (cadera), glúteos o en cresta ilíaca. El dolor se presenta frecuentemente durante o después de la práctica deportiva, cuando se permanece un rato sentado o bien al levantarse desde la silla.
- También puede manifestarse como una lenta **pérdida de la movilidad** de la cadera.

¿CÓMO DIAGNOSTICAMOS EL CHOQUE FEMORO ACETABULAR?

Antes de conocerse esta patología, la mayoría de los pacientes eran tratados de tendinitis de adductores, tendinitis del músculo piramidal u osteopatía de pubis, entre otros diagnósticos erróneos, que conducían a un tratamiento también equivocado.

La **entrevista personal** con el paciente, además de las pruebas diagnósticas (radiografía, resonancia magnética) son fundamentales para confirmar la patología. Las **radiografías** revelan las imperfecciones óseas y la **RNM** nos ayuda a visualizar las posibles lesiones del labrum.



TRATAMIENTO CONSERVADOR (NO QUIRÚRGICO)

- Una vez diagnosticado el problema, las primeras propuestas al paciente son el uso de **Antiinflamatorios**, y un protocolo de Fisioterapia que ayude a corregir los movimientos perjudiciales, a la vez que alivie el dolor.
- Las **infiltraciones intra-articulares** pueden reducir o hacer desaparecer el dolor, en ocasiones temporalmente. La desaparición del dolor es también una señal que confirma el diagnóstico.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO - LA ARTROSCOPIA DE CADERA

Se trata de una intervención **mínimamente invasiva**, consistente en realizar 2 o 3 miniincisiones, de aproximadamente un centímetro, en la zona de la cadera. Por ellas se introduce de una pequeña cámara (**artroscopio**) que permite tener una visión del interior de la articulación de la cadera y diferente instrumental quirúrgico necesario para reparar las lesiones de la articulación.

Durante la intervención, el cirujano intentará reparar las lesiones del labrum, rebajar los picos de hueso y la giba que provocan el choque, y extirpar aquellas lesiones que no sean reparables.

Para conseguir trabajar dentro de la articulación, es imprescindible separar la articulación, para lo que se usa una **mesa de tracción**, y se insufla suero salino constante para que el flujo de líquido mantenga la articulación limpia. Se utiliza un **fluoroscopio** durante toda la intervención, que ayuda al equipo radiológicamente a saber que la cámara y los instrumentos están en las localizaciones correctas.

Anestesia

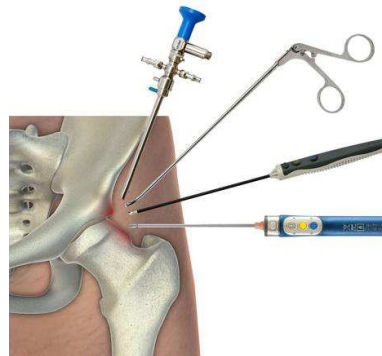
En la mayoría de los casos la cirugía se realiza con **anestesia general**, bajando la presión arterial para evitar el sangrado en el interior de la articulación (**hipotensión controlada**)

Duración

Cada cirugía puede tener una duración diferente, en función de la lesión de la patología, pero es habitual que dure unas 3 horas.

Durante las 24 horas siguientes a la intervención, mientras su cuerpo va eliminando la anestesia, puede sentirse algo somnoliento, sensación que desaparecerá en pocas horas.

Es posible que tras la cirugía, el paciente sienta molestias, edema y adormecimiento en el pubis, durante unas horas o días, debido a la tracción.



Artrosur (<http://www.artrosur.es>):

Dr. Barrena: Traumatología general, Patología de Rodilla y Cadera. Cirugía abierta y artroscópica.

Dr. Cárdenas: Traumatología general, Patología de Hombro, Codo y Mano Cirugía abierta y artroscópica.

Dr. Baquero: Traumatología general, Patología de Rodilla, Cadera y Pie. Cirugía abierta y artroscópica.

Dr. Hidalgo: Traumatología general, Patología de Columna Vertebral (cervical, lumbar, escoliosis,...).