



Cadera dolorosa del adulto

Dr. Alonso Bau González

Jefe Asociado
Unidad Cadera y Rodilla
Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica
Hospital Universitario Rey Juan Carlos.

Cadera dolorosa del adulto: ÍNDICE

CLASIFICACIÓN

1. Dolor referido

- El paciente refiere dolor en la zona de la cadera pero la causa se encuentra en una zona distante

2. Patología Periarticular

3. Patología Intraarticular

PRIMERA PARTE

DOLOR REFERIDO

Cadera dolorosa del adulto

DOLOR REFERIDO

¿QUE ES LA CADERA?

- En el lenguaje popular no es raro que los pacientes se refieran al flanco, a la zona de la columna lumbar y la cresta iliaca como la cadera
- Es importante pedirle al paciente que señale exactamente el dolor
- La articulación de la cadera provoca un dolor que se percibe en la zona:
 - Glútea
 - Trocantérea
 - Inguinal
- El dolor de la articulación de la cadera puede irradiar distalmente hasta la rodilla
 - Nunca irradia más allá de la rodilla
 - De ser así, probablemente se trate de un dolor ciatálgico
 - Nunca irradia próximamente a la cresta iliaca
 - De ser así, probablemente se trate de un dolor lumbar



Cadera dolorosa del adulto

DOLOR REFERIDO

Patologías que provocan dolor referido en la región de la cadera son

- PATOLOGÍA LUMBAR
- SACROILEITIS
- MERALGIA PARESTÉSICA
- HERNIA INGUINAL



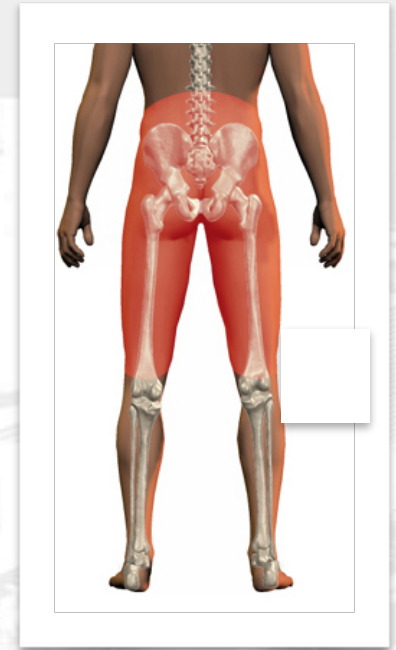
Cadera dolorosa del adulto

DOLOR REFERIDO

DOLOR DE ORIGEN LUMBAR

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Irradiación de predominio por la cara posterior del muslo.
- No es habitual que irradie a la zona de la ingle, salvo cuando existe afectación de los discos altos (L1 o L2)
- Existe dolor a la palpación de la musculatura paravertebral lumbar y no existe dolor cuando se realizan rotaciones de la cadera
- Puede existir (o no) dolor distalmente a la rodilla, según exista o no afectación del nervio ciático



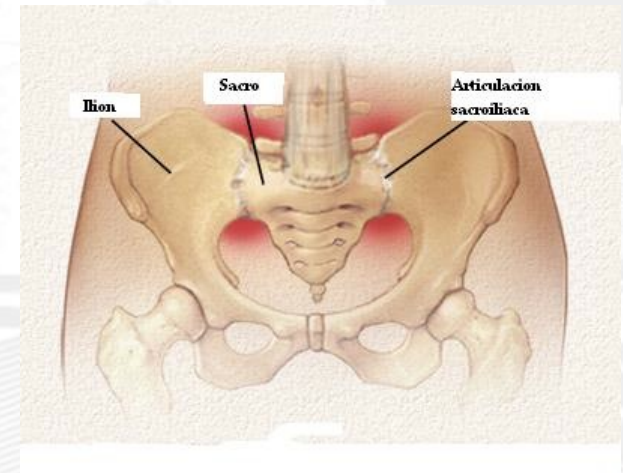
Cadera dolorosa del adulto

DOLOR REFERIDO

SACROILEITIS

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Muy semejante al dolor de origen lumbar
- Dolor de predominio glúteo con irradiación por cara posterior del muslo
- Distalmente se extiende menos que el dolor lumbar
- No hay dolor inguinal
- Es una patología menos frecuente que el dolor de origen lumbar o de cadera
- Es propia de pacientes con enfermedades reumatológicas (especialmente la Espondilitis Anquilopoyética)



Cadera dolorosa del adulto

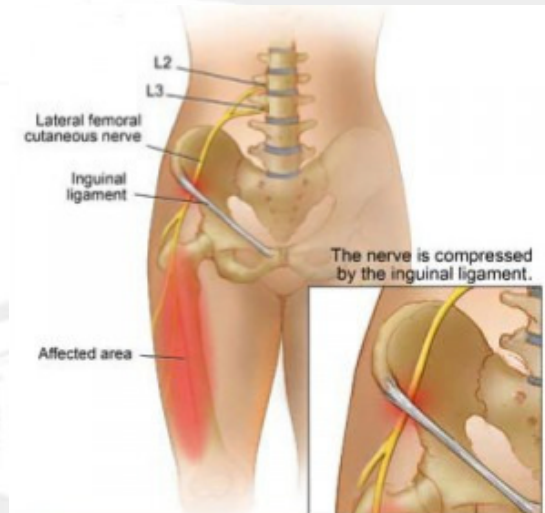
DOLOR REFERIDO

MERALGIA PARESTÉSICA

Es una neuropatía del nervio Cutáneo Femoral Lateral, por atrapamiento del mismo entre la espina iliaca y el ligamento inguinal.

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Se localiza exclusivamente en la cara anterior del muslo
- El dolor es de tipo neuropático:
 - Hormigueos, pérdida de sensibilidad, hipersensibilidad,...
- Aumenta estando sentado
- Es propio de pacientes con abdomen voluminoso, especialmente si usan cinturón apretado bajo el vientre
- Se puede confirmar mediante la realización de unos potenciales evocados somatosensoriales



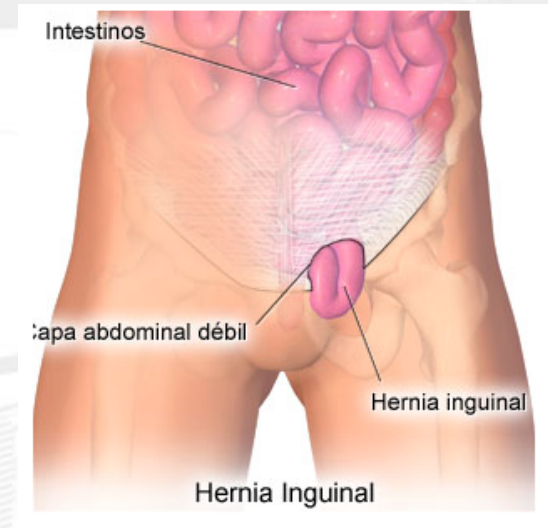
Cadera dolorosa del adulto

DOLOR REFERIDO

HERNIA INGUINAL

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Existe dolor inguinal
- No se reproduce al movilizar la cadera.
- Existe una masa palpable
 - Puede no apreciarse en las fases iniciales, especialmente si exploramos al paciente en decúbito
 - Hay que poner al paciente de pie y pedir que realice maniobras de valsalva
- Ante la sospecha se debe pedir una ecografía de pared abdominal



SEGUNDA PARTE

DOLOR DE ORIGEN PERIARTICULAR

Cadera dolorosa del adulto

DOLOR PERIARTICULAR

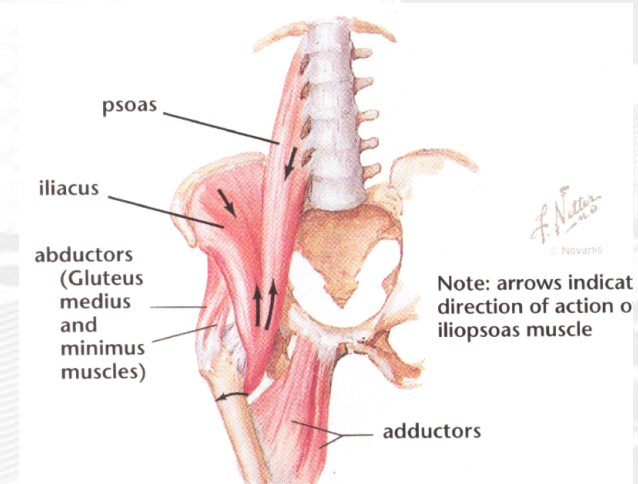
TENDINITIS/ENTESITIS/ROTURAS FIBRILARES

- La articulación de la cadera está íntimamente relacionada con numerosas inserciones musculares que son susceptibles de inflamarse o de sufrir roturas:

- Psoas
- Aductor mayor
- Recto anterior del cuádriceps
- Glúteo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Existe un punto doloroso concreto que coincide con la inserción muscular
- El dolor se exagera al hacer trabajar el músculo en cuestión
- Suele afectar a pacientes jóvenes y el inicio es brusco en relación con un esfuerzo
- Una RNM muestra edema en el tendón en cuestión y confirma el diagnóstico



Cadera dolorosa del adulto **DOLOR PERIARTICULAR**

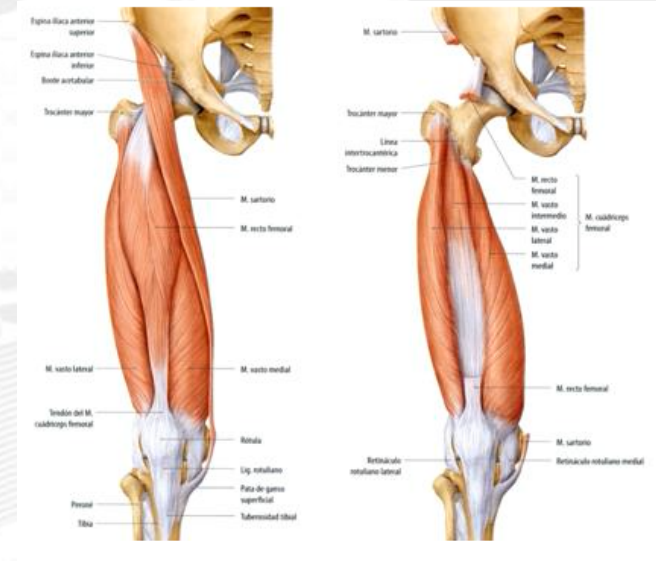
TENDINITIS/ENTESITIS/ROTURAS FIBRILARES

- La articulación de la cadera está íntimamente relacionada con numerosas inserciones musculares que son susceptibles de inflamarse o de sufrir roturas:

- Psoas
- Aductor mayor
- Recto anterior del cuádriceps
- Glúteo

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

- Existe un punto doloroso concreto que coincide con la inserción muscular
- El dolor se exagera al hacer trabajar el músculo en cuestión
- Suele afectar a pacientes jóvenes y el inicio es brusco en relación con un esfuerzo
- Una RNM muestra edema en el tendón en cuestión y confirma el diagnóstico

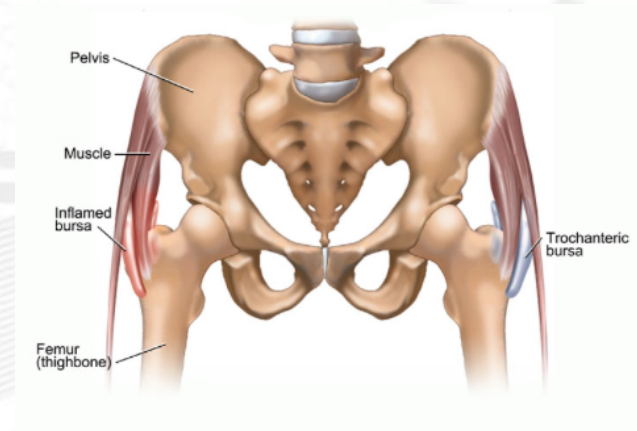


Cadera dolorosa del adulto

DOLOR PERIARTICULAR

TROCANTERITIS = BURSITIS TROCANTEREA

- Es un cuadro que merece una mención aparte por su alta incidencia, especialmente en mujeres
- ETIOLOGÍA
 - Se trata de una inflamación del trocánter mayor y de la bursa que lo cubre por su roce con la fascia lata
- CLÍNICA:
 - Se caracteriza por dolor en la cara lateral de la cadera que irradia lateralmente hacia la rodilla
 - El dolor es especialmente a la presión directa, manifestando el paciente incapacidad para dormir de ese lado
 - También existe dolor al cruzar las piernas, por lo que existe también dolor a dormir sobre el otro lado



Cadera dolorosa del adulto

DOLOR PERIARTICULAR

TROCANTERITIS = BURSITIS TROCANTEREA

- EXPLORACIÓN
 - Existe dolor a la palpación directa del trocánter
- DIAGNÓSTICO
 - Una ecografía o una resonancia puede confirmar la inflamación
 - En los casos crónicos en la radiografías simples pueden apreciarse calcificaciones sobre el trocánter



Cadera dolorosa del adulto

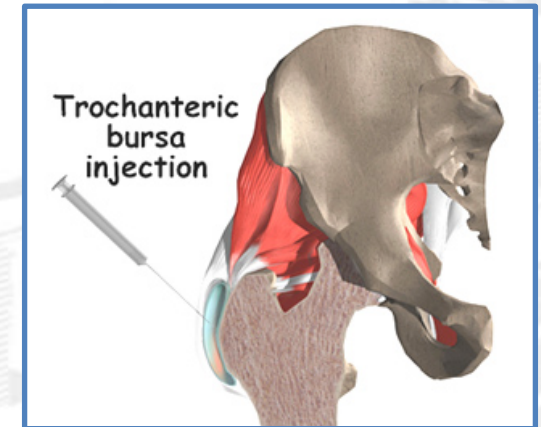
DOLOR PERIARTICULAR

TROCANTERITIS = BURSITIS TROCANTEREA

• TRATAMIENTO



- Analgesia y rehabilitación
- Infiltraciones de esteroides
- Cirugía
 - Resección de la bursa y sección de la fascia lata para que no roce con el trocánter
 - Algunos casos pueden llevar asociados desgarros en la inserción de los glúteos medio y menor que pueden requerir sutura



TERCERA PARTE

DOLOR DE ORIGEN INTRARTICULAR

Cadera dolorosa del adulto

DOLOR INTRARTICULAR = COXOFEMORAL

- Todas provocan dolor semejante
 - Dolor trocantereo, glúteo e inguinal
 - Irrradiado por el muslo a la rodilla
- La exploración va mas bien destinada a distinguir que el dolor viene de la articulación que a descubrir la causa
 - Disminución de la movilidad de la articulación
 - especialmente la flexión y la rotación interna
 - Dolor inguinal con las rotaciones
 - Claudicación del miembro



Cadera dolorosa del adulto

DOLOR INTRARTICULAR = COXOFEMORAL

PATOLOGÍAS MÁS RELEVANTES:

1. NECROSIS AVASCULAR
2. OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE LA CADERA
3. COXARTROSIS
4. IMPINGEMENT FEMOROACETABULAR



1

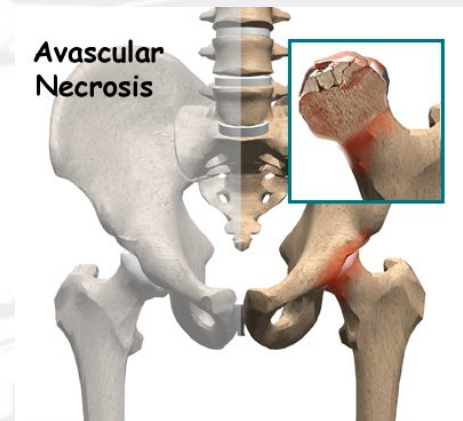
NECROSIS AVASCULAR

Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DEFINICION

- Se conoce también con el nombre de necrosis aséptica de la cadera
- Se trata de una muerte del tejido óseo de la cadera por déficit en el aporte sanguíneo
- La zona más afectada es siempre la región anterolateral de la cabeza

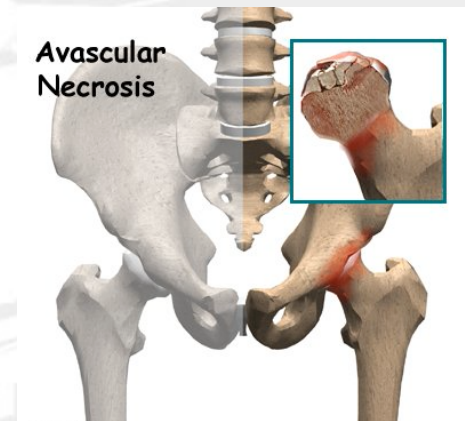


Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

EPIDEMIOLOGÍA

- Tiene una incidencia aproximada de unos 20.000 pacientes al año en los Estados Unidos
- El 10% de las prótesis totales de cadera que se ponen al año son por esta enfermedad
- Es bilateral en el 80% de los casos
 - Cuando se diagnostica enfermedad en una cadera siempre debe estudiarse la contralateral aunque esté asintomática
- Un 3% de los pacientes que tienen necrosis avascular de cadera presentan necrosis en otros huesos del esqueleto (trastorno conocido como osteonecrosis multifocal)



Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

ETIOLOGÍA

- Lo más frecuente es que no exista una etiología reconocible del proceso (NAV Idiopática)
- Dentro de los casos con causa conocida los más frecuentes son:
 - 1-Alcoholismo
 - 2-Consumo de corticoesteroides
 - Puede aparecer incluso muchos años después de haber suspendido el consumo de estos fármacos
 - 3-Secundario a fracturas un luxaciones
- Todas aquellas patologías que cursan con vasculopatía periférica o hipercoagulabilidad aumentan el riesgo de tener NAV (ver tabla)

Otras causas menos frecuentes

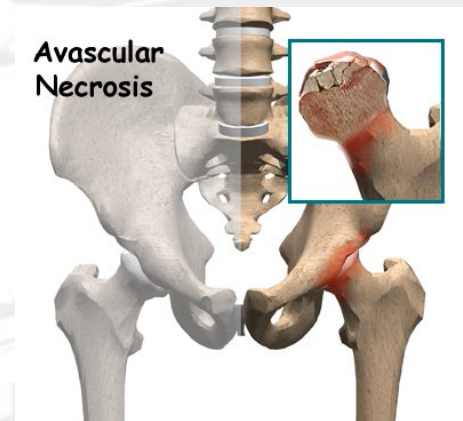
- Aterosclerosis
- Transplante renal
- Embarazo
- Tumores
- Hemoglobinopatía (anemia falciforme)
- Disbarismo (síndrome de descompresión de los buceadores)
- Radioterapia y quimioterapia
- Enfermedad de Gaucher
- Gota e hiperglicemia
- Consumo de antirretrovirales para el VIH

Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFÍA
 - Es la prueba inicial que se pide ante todo dolor de cadera pero las fases iniciales de la necrosis vascular puede ser normal
 - El signo radiológico mas característico es el de la “luna creciente” o “sino de la uñada”
 - Otras imágenes radiológicas que nos deben hacer sospechar una necrosis vascular son zonas aisladas de esclerosis, pérdida de la esfericidad y colapso de la cabeza.



Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFÍA
 - Signo de la Uñada



Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFÍA
 - Signo de la Uñada
 - Se debe a un despegamiento del cartílago por necrosis del hueso subcondral



Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFÍA
 - Colapso



Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DIAGNÓSTICO

- GAMMAGRAFIA
 - La gammagrafía con tecnecio muestra zonas de hipercaptación en la cabeza femoral en las fases iniciales cuando la radiografía todavía es normal
 - Es una prueba muy sensible pero muy poco específica, se utilizaba antiguamente en las fases iniciales cuando sospechaba necrosis y las radiografías eran normales pero hoy día ha sido desplazada por la resonancia



Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

DIAGNÓSTICO

- RESONANCIA MAGNÉTICA
 - Es la prueba de elección para el diagnóstico de la necrosis vascular, además es la prueba que mejor nos permite establecer la extensión de la enfermedad y por lo tanto el pronóstico de la misma
 - Presenta una sensibilidad y especificidad cercana son 99%
 - La imagen de RNM se caracteriza por presentar un aumento de la intensidad de señal en las imágenes en T2 y una disminución de la intensidad de señal en las imágenes en T1

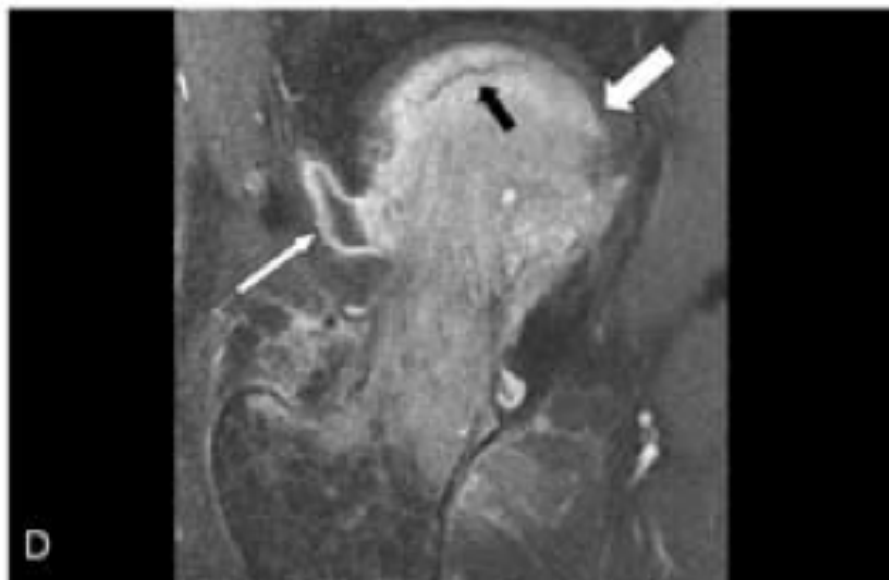
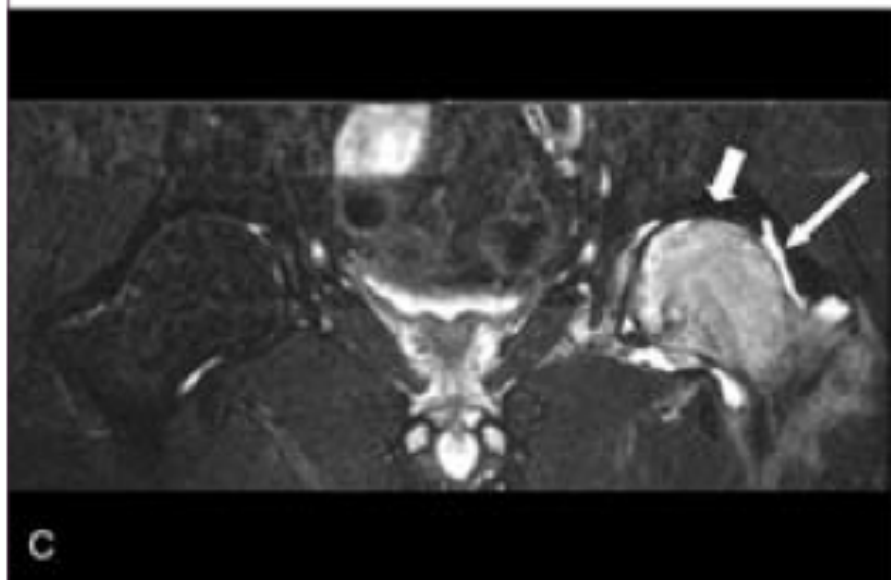
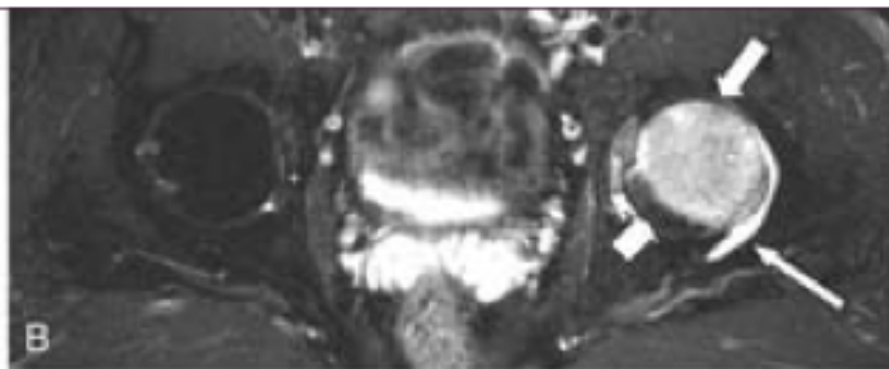
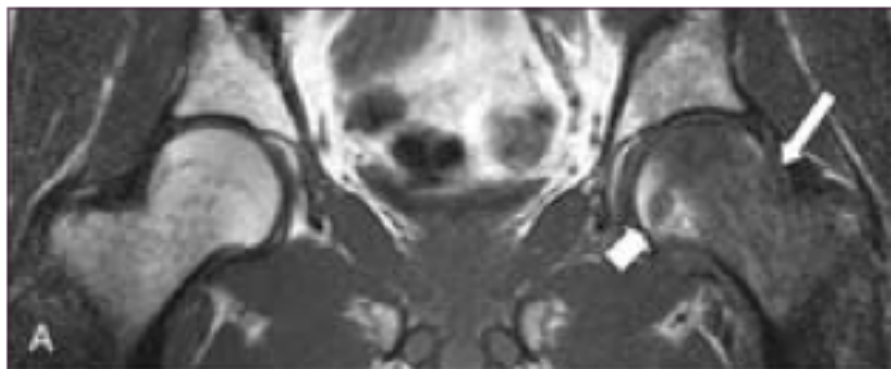


Figure 3 A 45-year-old man presented with left hip pain persisting for 10 weeks; the final diagnosis was transient osteoporosis of the hip. **A**, Coronal T1-weighted magnetic resonance imaging (MRI) scan demonstrating an area of low signal intensity (long arrow) extending down to the intertrochanteric area. Spared normal marrow is seen medially (short arrow). **B**, Axial fat-suppressed T2-weighted fast spin-echo MRI scan demonstrating high signal intensity in the involved area (arrow), moderate joint effusion (thin arrow), and normal marrow (short arrow). **C**, Coronal short tau inversion recovery MRI scan demonstrating high-signal-intensity edematous marrow lesion (arrow) and joint effusion (thin arrow). **D**, Oblique axial fat-suppressed contrast-enhanced MRI scan demonstrating enhancement of the marrow edema (white arrow), synovitis (thin white arrow), and a thin subchondral low-signal-intensity structure in keeping with an insufficiency fracture (black arrow).

Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

ESTADIAJE

FICAT y ARLET	STEINBERG	
ESTADIO I - Rx normales - Sólo es visible en RNM	ESTADIO I - Rx normales - Sólo es visible en RNM	
ESTADIO II Esclerosis difusa y quistes en la RX	ESTADIO II Esclerosis difusa y quistes en la RX	
ESTADIO III Aparece fractura subcondral	ESTADIO III Aparece fractura subcondral	
ESTADIO IV Colapso de la Cabeza	ESTADIO IV Colapso de la Cabeza	
	ESTADIO V Cambios acetabulares añadidos al colapso	
	ESTADIO VI DESTRUCCIÓN ARTICULAR COMPLETA	

En clasificación de Steinberg los estadios I, II, III y IV se subdividen además en A, B o C:

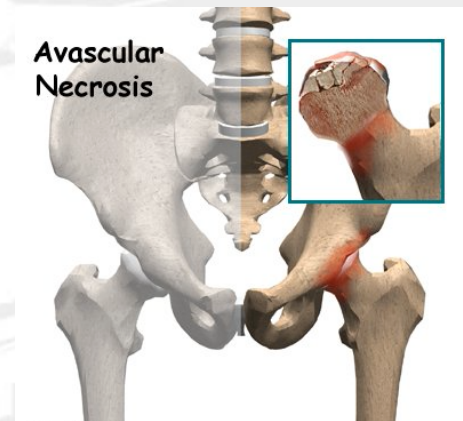
- A. Afectación de la cabeza menor del 15%
- B. Afectación entre el 15 y el 30%
- C. Afectación mayor del 30%

Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO MÉDICO

- Controvertido
- Aunque sabemos que las lesiones pequeñas diagnosticadas muy precozmente pueden cicatrizar sin colapso de la articulación y por lo tanto resolverse sin secuelas, esta es una situación muy poco frecuente
- Tradicionalmente el tratamiento médico se ha basado en la descarga (uso de muletas sin apoyar el miembro) y el uso de algunos fármacos como las estatinas y los bifosfonatos. Los estudios publicados respecto a la efectividad de estos métodos son controvertidos.



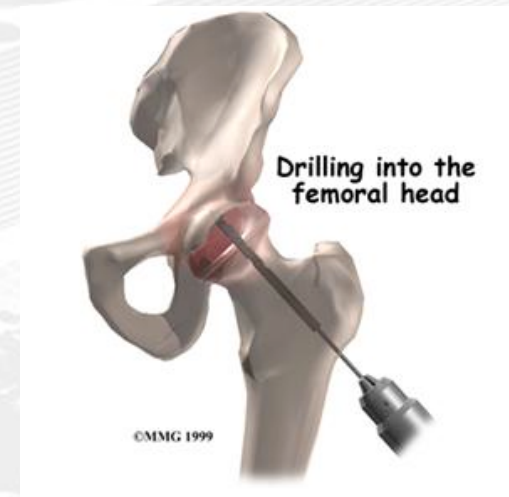
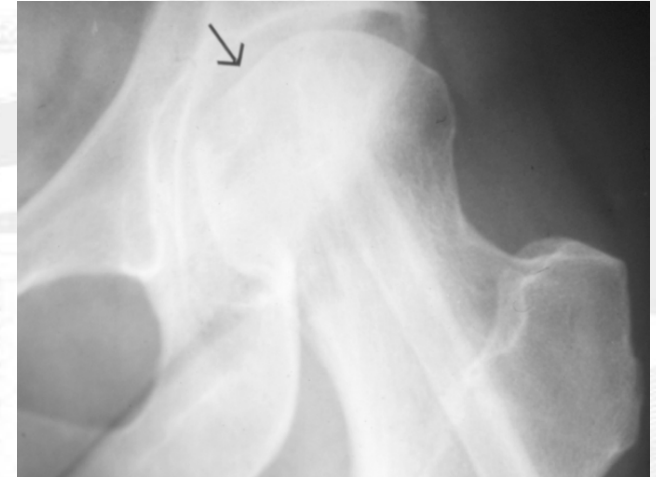
Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- DESCOMPRESION (FORAGE)

- Consiste en la realización de agujeros desde la región trocanterea lateral del fémur, atravesando el cuello femoral, hasta la cabeza.
- El objetivo es reducir la presión en la médula ósea y estimular la vascularización
- Puede dejarse o no un implante cilíndrico de tantalio para que la descompresión persista
- Puede, o no, introducirse injerto, si el diámetro de los forajes es suficiente
- Recientemente se ha incorporado a esta técnica la introducción, por los agujeros realizados, de factores de crecimiento derivados de las plaquetas (PrPs) o de células madres obtenidas de la médula ósea, pero los resultados de esta estas más técnicas aún no son consistentes.
- La descompresión-forage sólo tiene sentido que los estadios iniciales, antes de que exista colapso de la cabeza (especialmente estadios I y II)



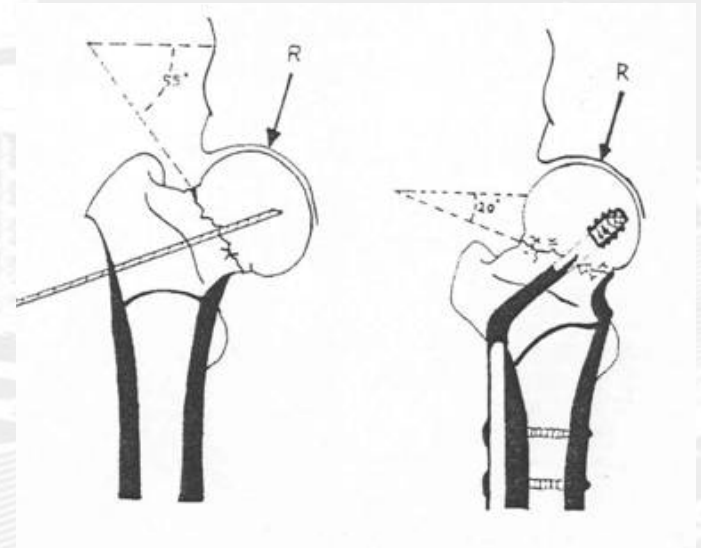
Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- OSTEOTOMÍAS

- El objetivo consiste en cambiar la orientación de la cadera, apartando la zona necrótica de la cabeza femoral de la zona de carga.
- Se realiza en pacientes con estadios III de Ficat
- Los estudios muestran una eficacia controvertida, entre el 60 y el 90% de mejoría.
- Inconvenientes: alteran mucho la anatomía y dificultan la conversión a una futura prótesis total de cadera si fuese necesario (cosa que es habitual con el tiempo)



Cadera dolorosa del adulto

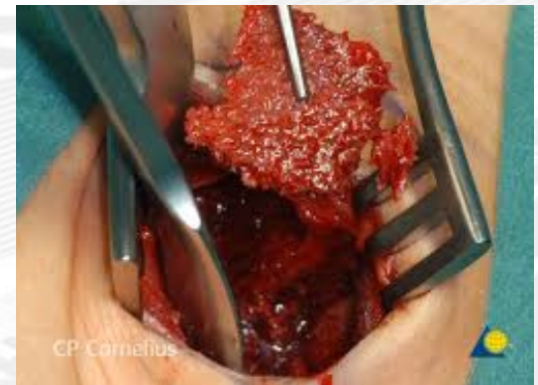
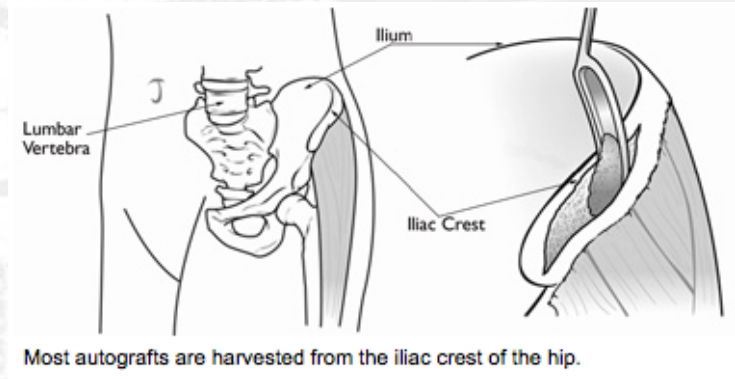
NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- APORTE DE INJERTO

- A. NO VASCULARIZADO

- Normalmente son pequeños chips de hueso obtenidos de la cresta iliaca que se introducen en la zona necrosada de la cadera a través de distintos abordajes:
 - Los agujeros laterales utilizados para un foraje.
 - Una ventana central realizada en el centro del cuello
 - O incluso luxando la cadera y levantando el cartílago articular



Cadera dolorosa del adulto

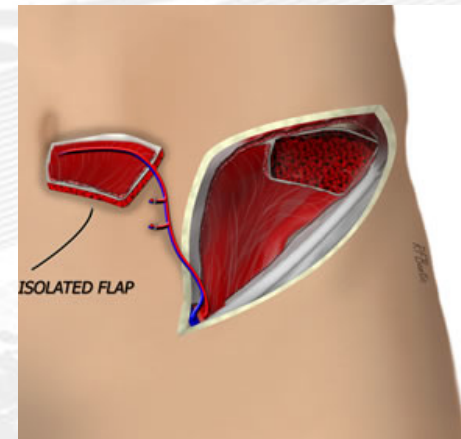
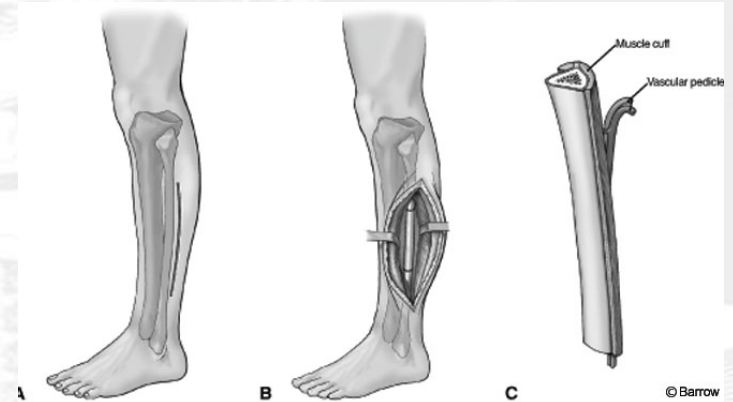
NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- APORTE DE INJERTO

- B. VASCULARIZADO

- Se puede trasladar un fragmento óseo con sus vasos nutricios desde otra zona del cuerpo (típicamente diáfisis del peroné que se introduce por el cuello). Requiere realizar anastomosis vascular a los vasos locales de la cadera
 - Se puede transportar hueso con sus vasos desde una zona vecina, típicamente cresta iliaca
 - Son procedimientos muy complejos que requieren el dominio de la difícil técnica de la sutura vascular, algunos autores sin embargo han publicado buenos resultados con estos métodos

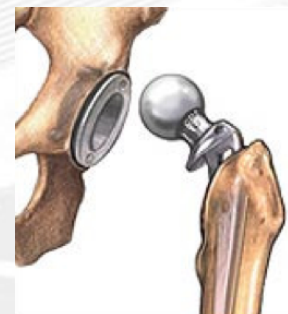


Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ARTROPLASTIA DE CADERA (PRÓTESIS)
- Artroplastia total
 - De todas las técnicas comentadas en esta clase es el procedimiento que tiene mayor alivio del dolor y de una manera más predecible
 - Las prótesis totales de cadera puestas por necrosis vascular tienen más riesgo de aflojamiento que las prótesis puestas por artrosis

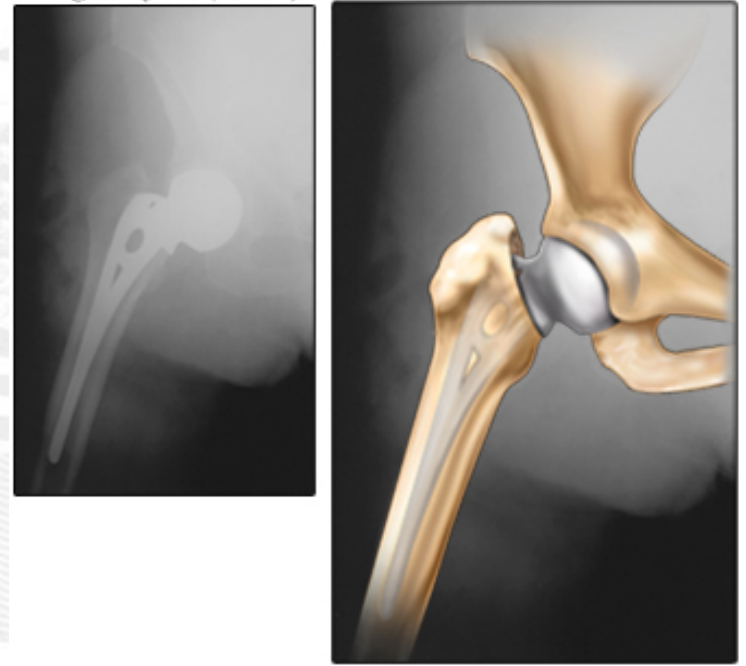


Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- ARTROPLASTIA DE CADERA (PRÓTESIS)
- Artroplastia parcial
 - Consiste en protetizar sólo la cabeza del fémur dejando el acetábulo normal del paciente
 - Cabría pensar que es un buen tratamiento ya que en esta enfermedad, sólo hay afectación de la cabeza femoral y no del acetábulo (al menos en fases iniciales), pero no es así.
 - El roce de el metal con el acetábulo puede acabar desgastándolo y provocando un dolor que haga necesario convertir la prótesis a una prótesis total, por lo que sólo se aconseja en pacientes muy ancianos (los pacientes con NAV no tienen por que ser ancianos)

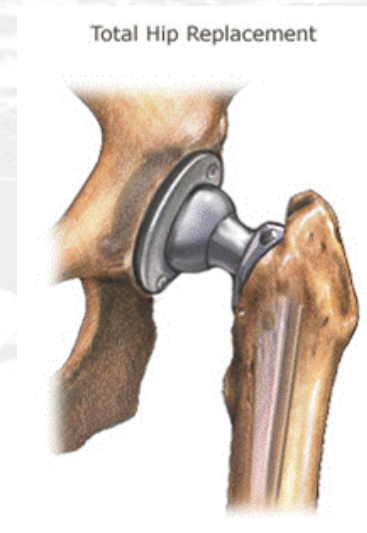


Cadera dolorosa del adulto

NECROSIS AVASCULAR

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

- PRÓTESIS DE SUPERFICIE (RESURFACING)
- Esta técnica se utilizó ampliamente en sus inicios para necrosis vascular de cadera porque permitía a los pacientes jóvenes no someterse a una cirugía como la prótesis total
- Sin embargo el riesgo de que la necrosis se extienda toda la cabeza y a parte del cuello hace que estas prótesis puedan fracasar por fractura del cuello
- Además recientemente todas las artroplastias de superficie han dejado prácticamente utilizarse por los problemas con los iones metálicos que liberan a sangre (Ver clase sobre prótesis de cadera)



2

OSTEOPOROSIS TRANSITORIA DE CADERA

Cadera dolorosa del adulto

OSTEOPOROSIS TRANSITORIA

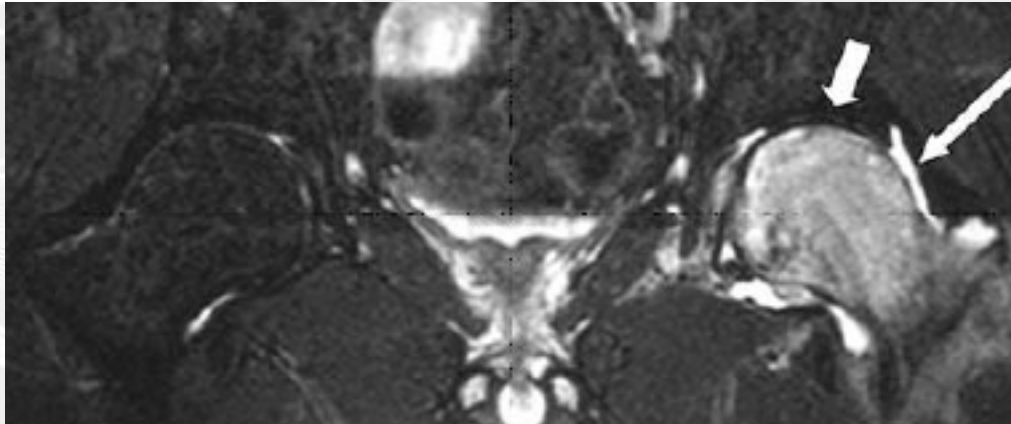
DEFINICION

- Proceso inflamatorio de causa desconocida y de curso autolimitado
- Su inicio es brusco y habitualmente suelen resolverse sólo entre seis meses y un año
- No tiene nada que ver con la osteoporosis generalizada del esqueleto propia de las mujeres postmenopáusicas
- Al contrario que la necrosis avascular, es una patología muy poco frecuente
- Es muy característica de las mujeres en el periodo del embarazo, especialmente en el tercer trimestre
- Habitualmente afecta a una sola de las caderas
- En general el pronóstico es bueno no requiere tratamiento salvo calmantes y ayuda de la marcha con muletas mientras duren los síntomas



Cadera dolorosa del adulto **OSTEOPOROSIS TRANSITORIA**

DIAGNÓSTICO	OSTEOPOROSIS TRANSITORIA	NAV
RX	<i>Osteopenia, muy difícil de ver</i>	• Nada en las fases iniciales • Esclerosis, geodas, signo de la uñada y colapso en fases avanzadas
GAMMA	<i>Aumento difuso de la captación en todo el fémur proximal</i>	<i>Aumento solo en una zona localizada de la cabeza</i>
RNM	<i>Edema difuso</i>	• Imagen Hipointensa en T1 • Imagen Hiperintensa en T2



3

COXARTROSIS

Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

INTRODUCCIÓN

- La artrosis de cadera es una artropatía no inflamatoria caracterizada por la degeneración del cartílago articular
- Las lesiones anatomopatológicas características de la artrosis en cualquier localización son:
 - Adelgazamiento del cartílago articular hasta su posible desaparición
 - Remodelación del hueso subcondral.
 - Esclerosis subcondral.
 - Geodas.
 - Crecimiento patológico de hueso: osteofitos.
- La artrosis de cadera es algo más frecuente en el sexo masculino
- Afecta al 2-4% de la población entre 40 y 70 años.
- Su incidencia aumenta con la edad.

Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

ETIOPATOGENIA

- La artrosis forma parte del proceso normal de envejecimiento de los tejidos.
- La mayor parte de los pacientes desarrollan artrosis de cadera no tienen una causa clara desencadenante de la misma (artrosis primaria)
- Algunos factores pueden influir en el grado de artrosis que desarrollen los individuos sin que podamos considerarlos causas directas (factores de riesgo):
 - Sexo
 - Predisposición genética
 - Exceso de estrógenos
 - Factores de riesgo cardiovascular
 - Obesidad
- Un número pequeño de pacientes si poseen una causa que desencadenó el daño articular que acaba con la degeneración a artrosis en la cadera (hablamos de artrosis secundaria)
 - Traumatismos previos
 - Malformaciones previas (choque femoroacetabular)
 - Rigidez de rodilla
 - Hemofilia
 - Artropatías inflamatorias (artritis reumatoide, gota,...)

Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

DIAGNÓSTICO

- El gold estándar lo constituye la radiología simple.
 - Rx ap de pelvis mas rx axial de cadera
- En los casos de artrosis muy leve en los que casi no apreciamos cambios en la Rx podemos solicitar una resonancia para confirmar el diagnóstico

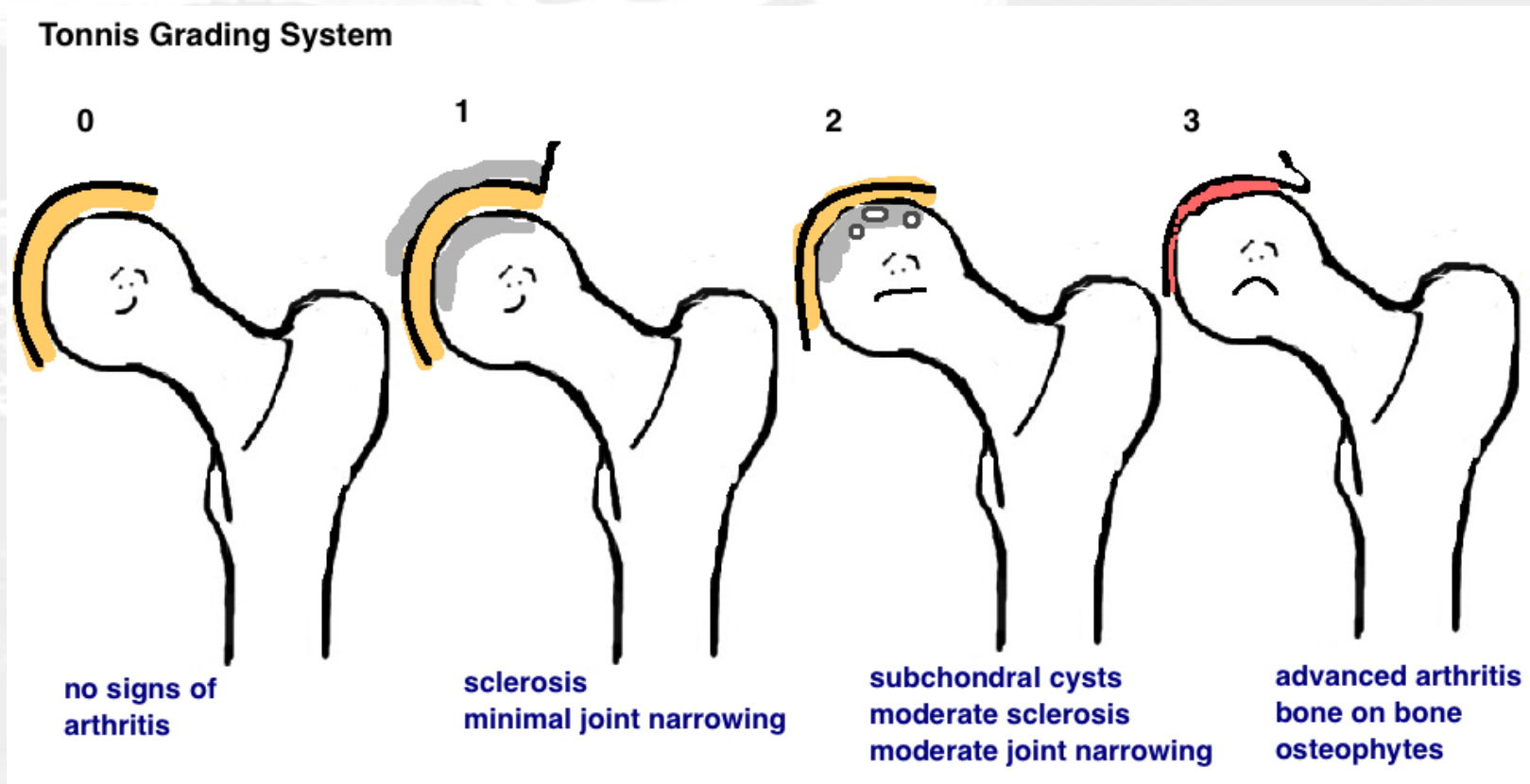


Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

ESTADIAJE

- La clasificación más extendida es la Clasificación de Tönnis



Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

ESTADIAJE

- También se puede usar la clasificación de Kellgren-Lawrence, que no es específica de la cadera (se aplica a cualquiera articulación)

CLASIFICACIÓN RADIOLÓGICA DE LA ARTROSIS (KELLGREN Y LAWRENCE)
- Grado 0: normal
- Grado 1: dudoso • Dudoso estrechamiento del espacio articular • Posible osteofitosis
- Grado 2: leve • Posible estrechamiento del espacio articular • Osteofitosis
- Grado 3: moderado • Estrechamiento del espacio articular • Osteofitosis moderada múltiple • Leve esclerosis • Posible deformidad de los extremos de los huesos
- Grado 4: grave • Marcado estrechamiento del espacio articular • Abundante osteofitosis • Esclerosis grave • Deformidad de los extremos de los huesos

Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

TRATAMIENTO

- Depende fundamentalmente de lo avanzada que esté la enfermedad y la edad del paciente

TRATAMIENTO MEDICO

- CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO
 - Obesidad, enfermedades reumáticas
- TRATAMIENTO ANALGESICO (Escala de la OMS)
- FÁRMACOS SYSADOA (Sulfato de glucosamina y Diacelereina)
 - Alivian los síntomas y tienen muy baja toxicidad, pero la magnitud de sus efectos es pequeña y su coste a largo plazo alto. Los aspectos fármaco económicos de su uso no están bien establecidos. La mayor parte de las guías clínicas actualizadas no recomiendan su uso, por escasa evidencia de su efecto. La Diacelereina puede presentar efectos secundarios hepáticos por lo que existe una alerta de la AEM y ya casi no se usa.
- INYECCIONES INTRAARTICULARES DE ESTEROIDES O AC. HIALURONICO
 - Producen alivio temporal de los síntomas y son técnicamente difíciles de aplicar (en quirófano enviado por un aparato de rayos, o guiados por eco por un ecografista experto)
 - Se recurre ocasionalmente a ellos en pacientes muy jóvenes para intentar retrasar la edad de implantación de una prótesis

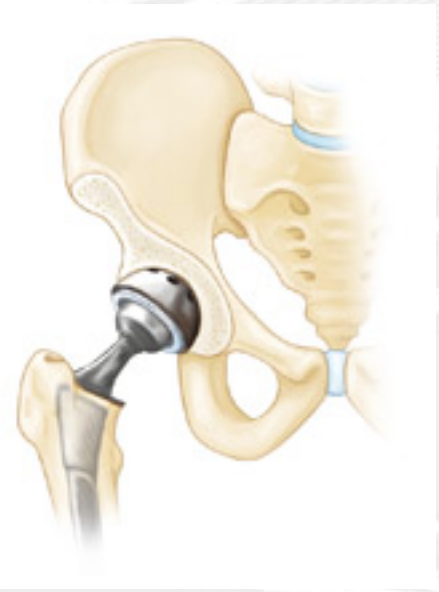
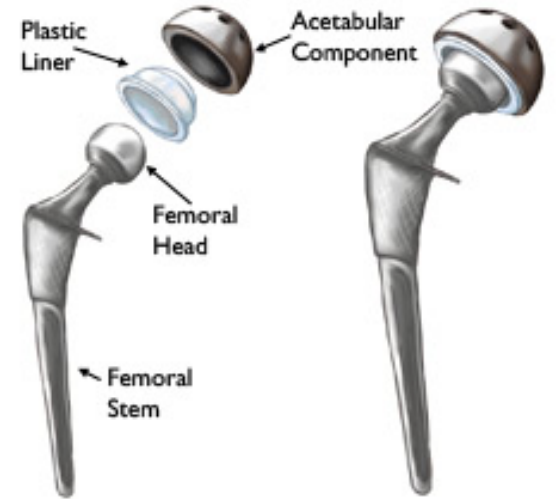
Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: PRÓTESIS TOTAL DE CADERA

- Es el método más eficaz y predecible en el alivio del dolor en los pacientes con fases avanzadas de Coxartrosis
- No resulta tan eficaz en la recuperación del rango de movilidad como del dolor
- Se trata de una cirugía mayor con complicaciones potencialmente graves. Si a esto le sumamos que la supervivencia de los implantes es limitada, debemos ajustar las indicaciones sólo aquellos casos en los que el tratamiento conservador haya fracasado y la calidad de vida del paciente esté muy afectada



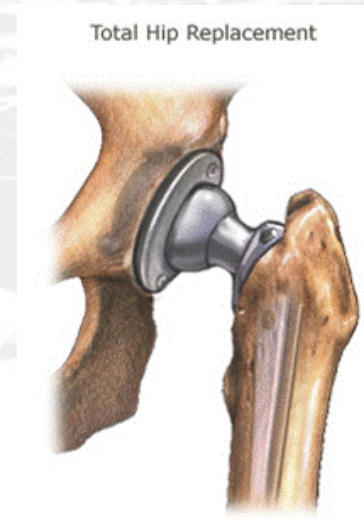
Cadera dolorosa del adulto

COXARTROSIS

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO: PRÓTESIS DE SUPERFICIE (RESURFACING)

- Se trata de un diseño especial de prótesis total de cadera que conserva más hueso del paciente
- Reseca, sólo una fina capa de la cabeza femoral y el acetábulo
- Existe sólo un minivástago que sólo ocupa el cuello femoral
- Se planteó que podía ser una buena opción en pacientes jóvenes (ya que deja mas hueso para los futuros recambios)
- Su uso fue muy popular en la primera década del Siglo XXI
- Su diseño sólo está disponible en con una superficie de fricción metal contra metal (Cromo-Cobalto)
- A final de la primera década del siglo existieron varias alertas la comunidad científica, la FDA y la AEM respecto a malos resultados de estos implantes por dos causas fundamentales
 - Fracaso precoz
 - Reacciones adversas de los tejidos blandos circundantes al os implantes por las partículas metálicas liberadas por los implantes
 - Toxicidad sistémica como consecuencia del pase de iones de Cr o Co a sangre
- Esto llevó a la retirada del mercado de la mayor parte de los diseños disponibles, pero persisten algunos, con buenos resultados en casos muy seleccionados (Ver seminario de artroplastia)



4

CHOQUE FEMOROACETABULAR

Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

INTRODUCCIÓN

- La cadera es una enartrosis (articulación esferoidea)
- Para su correcto funcionamiento y supervivencia necesita un grado exacto de cobertura de la cabeza por parte del acetábulo
 - Si la cobertura es pequeña, como ocurre en la displasia de cadera, se genera inestabilidad y a la larga la articulación degenera (artrosis secundaria)
 - Si la cobertura es excesiva se produce un choque entre el fémur y el acetábulo (choque femoroacetabular) que también lleva a la degeneración articular (artrosis secundaria)

Articulación de la cadera = Enartrosis o Esferoidea

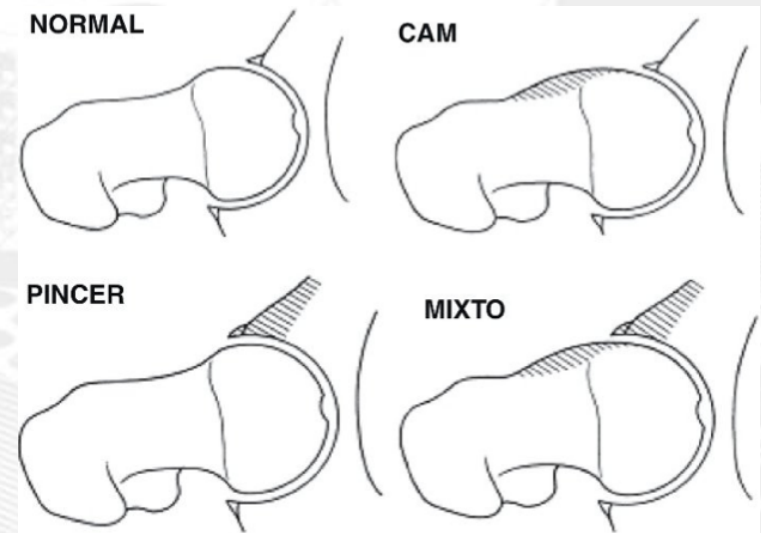


Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

DEFINICIÓN

- El choque femoroacetabular es un trastorno producido por un exceso de cobertura de la cabeza femoral por parte del acetábulo, esto desencadena alteraciones en la biomecánica normal de la cadera favoreciendo su degeneración y la aparición de artrosis secundaria
- Existen dos tipos de CHFA:
 - Tipo CAM (o leva)
 - La cabeza femoral presenta una forma anormal, no del todo esférica, que queda atrapada contra el reborde del acetábulo
 - Es más frecuente en varones entre la segunda y tercera década de la vida
 - Tipo Pincer (o tenaza)
 - La cabeza femoral es normal pero el reborde acetabular cubre en exceso a dicha cabeza.
 - Es típico de mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida
 - Mixto: en el que se mezclan los dos anteriores.

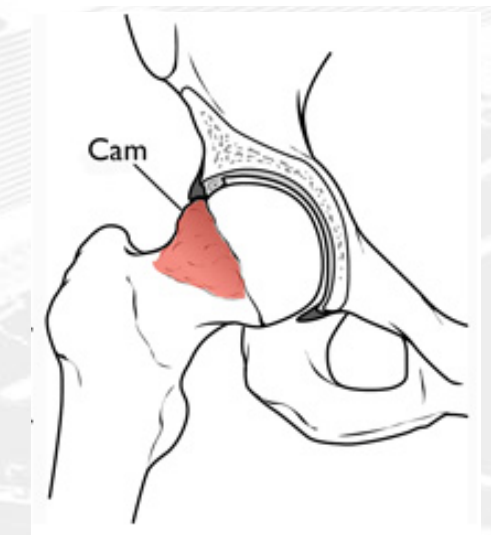
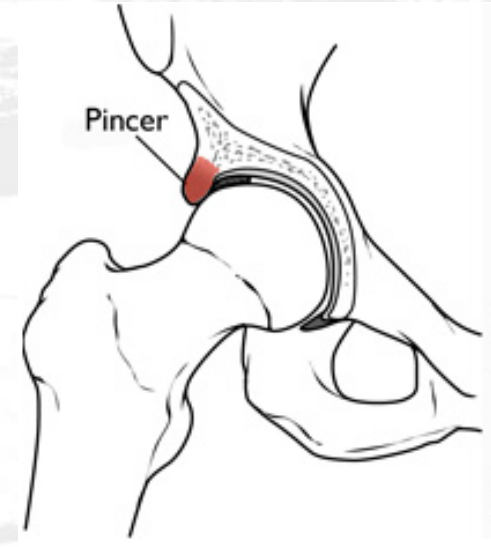


Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

DEFINICIÓN

- El choque femoroacetabular es un trastorno producido por un exceso de cobertura de la cabeza femoral por parte del acetábulo, esto desencadena alteraciones en la biomecánica normal de la cadera favoreciendo su degeneración y la aparición de artrosis secundaria
- Existen dos tipos de CHFA:
 - Tipo CAM (o leva)
 - La cabeza femoral presenta una forma anormal, no del todo esférica, que queda atrapada contra el reborde del acetábulo
 - Es más frecuente en varones entre la segunda y tercera década de la vida
 - Tipo Pincer (o tenaza)
 - La cabeza femoral es normal pero el reborde acetabular cubre en exceso a dicha cabeza.
 - Es típico de mujeres entre la tercera y cuarta década de la vida
 - Mixto: en el que se mezclan los dos anteriores.
- Es muy frecuente que el labrum acetabular se dañe de manera asociada en estos pacientes

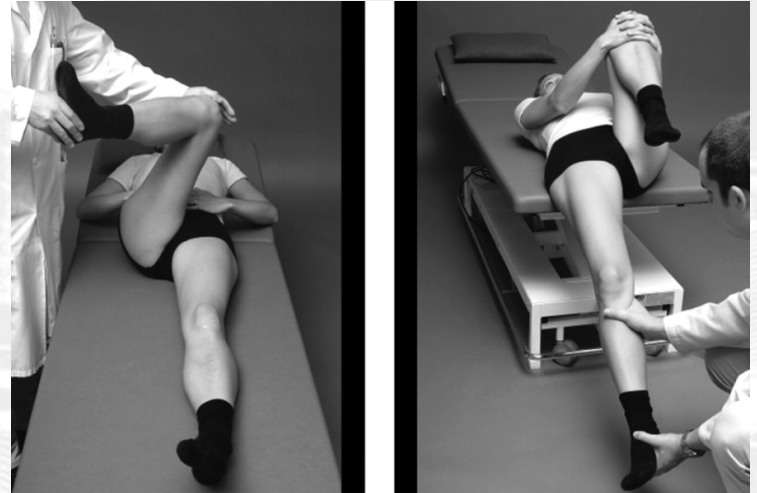


Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

DIAGNÓSTICO

- **EXPLORACIÓN:**
- TEST DE ATRAPAMIENTO:
 - Se considera positivo cuando existe dolor al realizar rotación interna y flexión pasiva a 90° de la cadera con aducción de la misma
- TEST DE APREENSIÓN
 - Se considera positivo cuando existe dolor con la rotación externa e hiperextensión de la cadera, es muy típico de lesión en el labrum



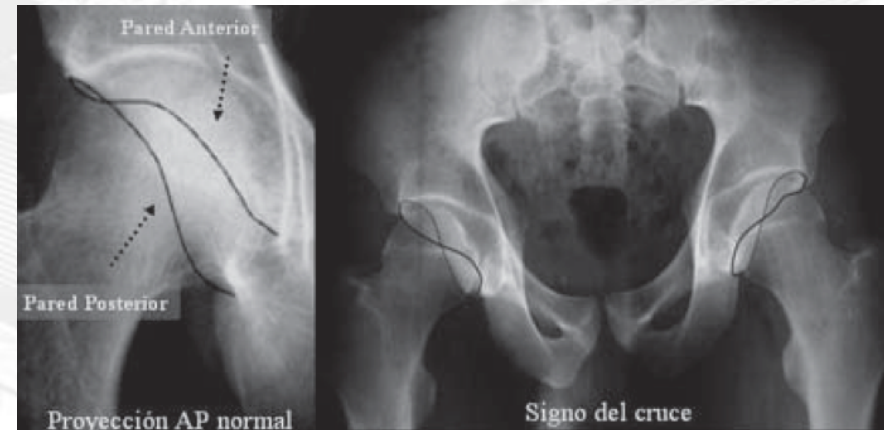
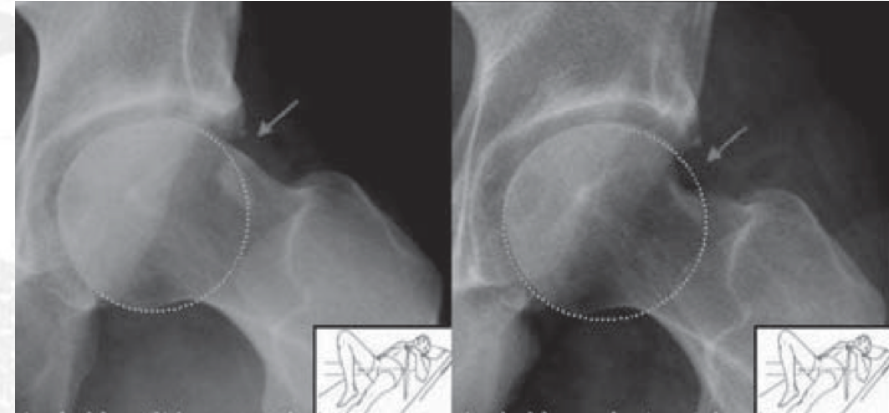
Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

DIAGNÓSTICO

- RADIOGRAFÍA SIMPLE

- Es la prueba fundamental.
- Proyección antero-posterior.
 - Nos permite detectar la sobrecobertura del acetábulo por el llamado signo del doble lazo (o del cruce)
- Proyección axial (debe realizarse en 30° rotación interna)
 - Nos permite valorar la esfericidad de la cabeza femoral

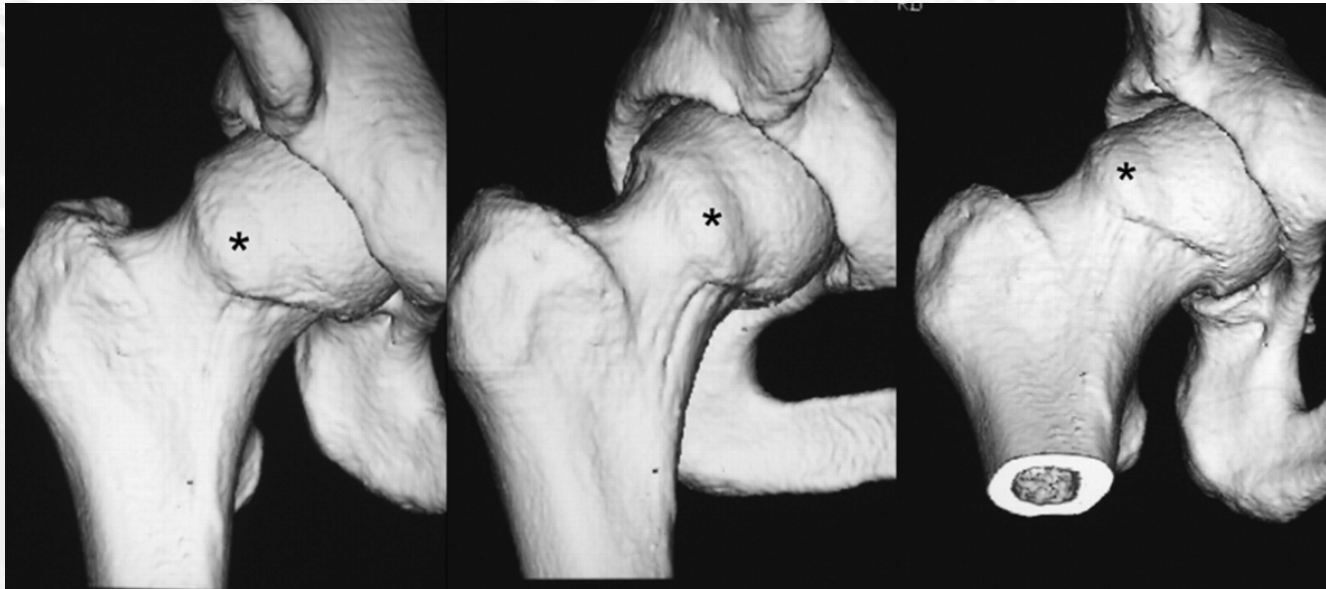


Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

DIAGNÓSTICO

- TAC
 - Permite una valoración mas precisa de las deformidades, especialmente con las reconstrucciones 3d

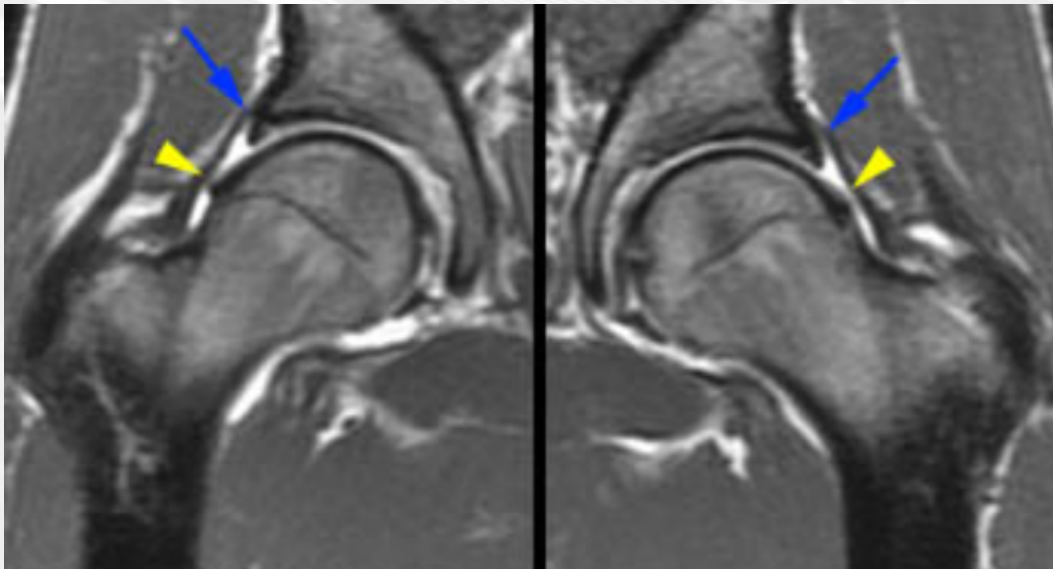


Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

DIAGNÓSTICO

- RNM con contraste Intraarticular (Artro.RNM)
 - Permite valorar lesiones asociadas del labrum que son muy frecuentes y requieren de reparación
 - Permite valorar si existe daño del cartílago articular (factor de mal pronóstico)



Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

TRATAMIENTO

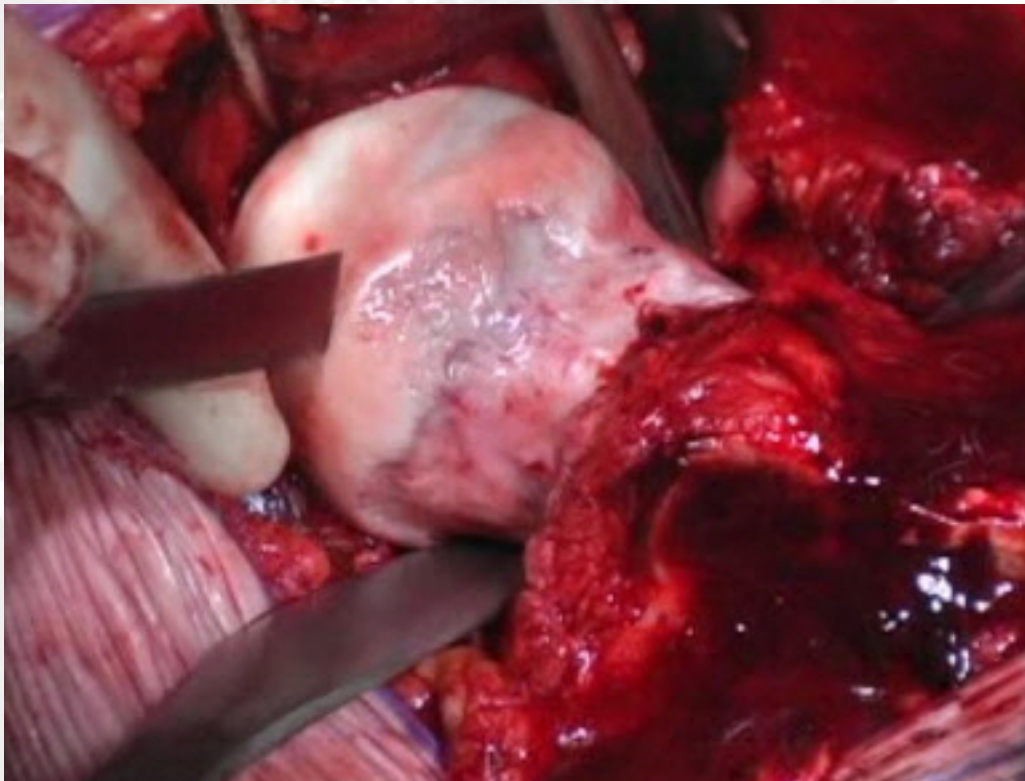
- Debe intentarse siempre el tratamiento conservador de entrada. Éste se basa en la restricción de las actividades que impliquen movimientos repetitivos de la cadera en flexión forzada, analgesia, y fisioterapia.
- El tratamiento conservador suele tener éxito pero sólo temporalmente. Con el paso del tiempo fracasa debido a la edad de los pacientes y alto nivel de actividad de estos
- El tratamiento quirúrgico consiste en extirpar el hueso sobrante, bien del acetábulo , bien de la cabeza femoral. Éste procedimiento se conoce como OSTEOPLASTIA FEMOROACETABULAR
 - Existen dos tipos:
 - Abierta o de Ganz (con riesgo de necrosis de la cabeza)
 - Artroscópica, la mas utilizada hoy día
 - En cualquiera de las dos técnicas, debe repararse también el labrum dañado (si lo hubiera)
- La osteoplastia sólo tiene sentido en pacientes que tengan lesiones muy leves del cartílago (artrosis secundaria incipiente) en los pacientes con lesiones graves del cartílago la única solución será la prótesis de cadera

Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

TRATAMIENTO

- OSTEOPLASTIA ABIERTA DE GANZ

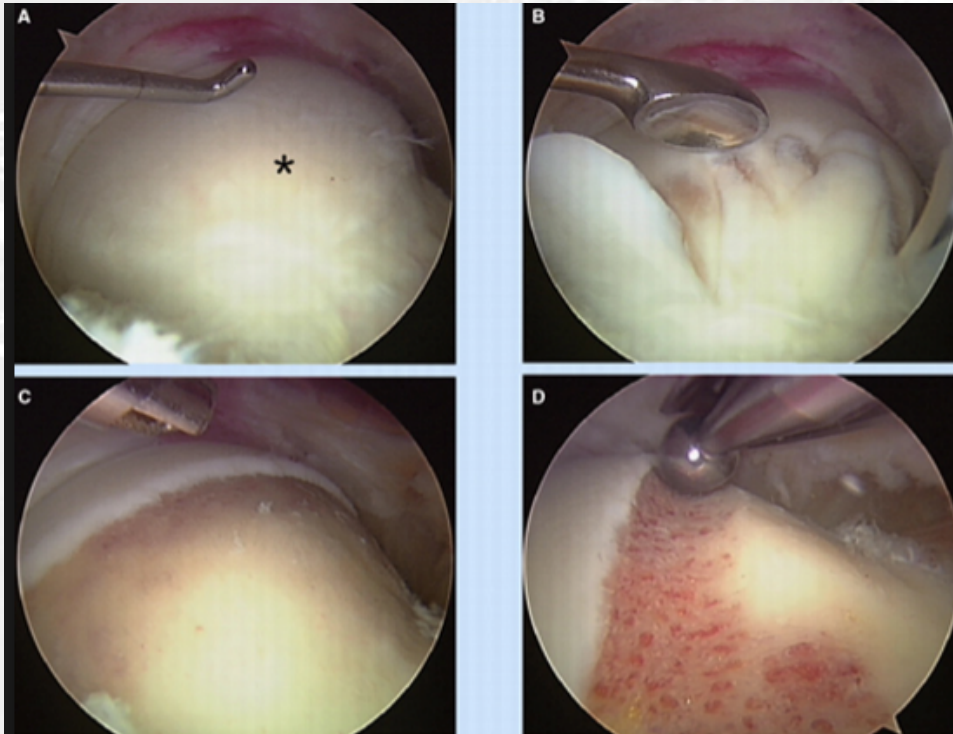


Cadera dolorosa del adulto

CHOQUE FEMOROACETABULAR

TRATAMIENTO

- OSTEOPLASTIA ARTROSCÓPICA



Fin