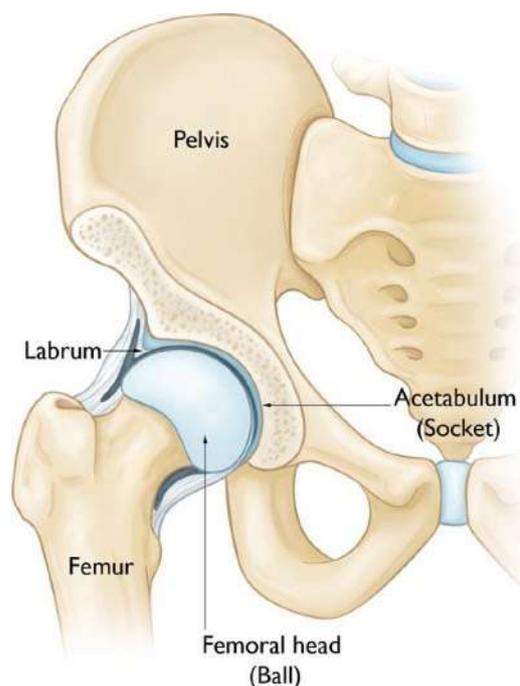


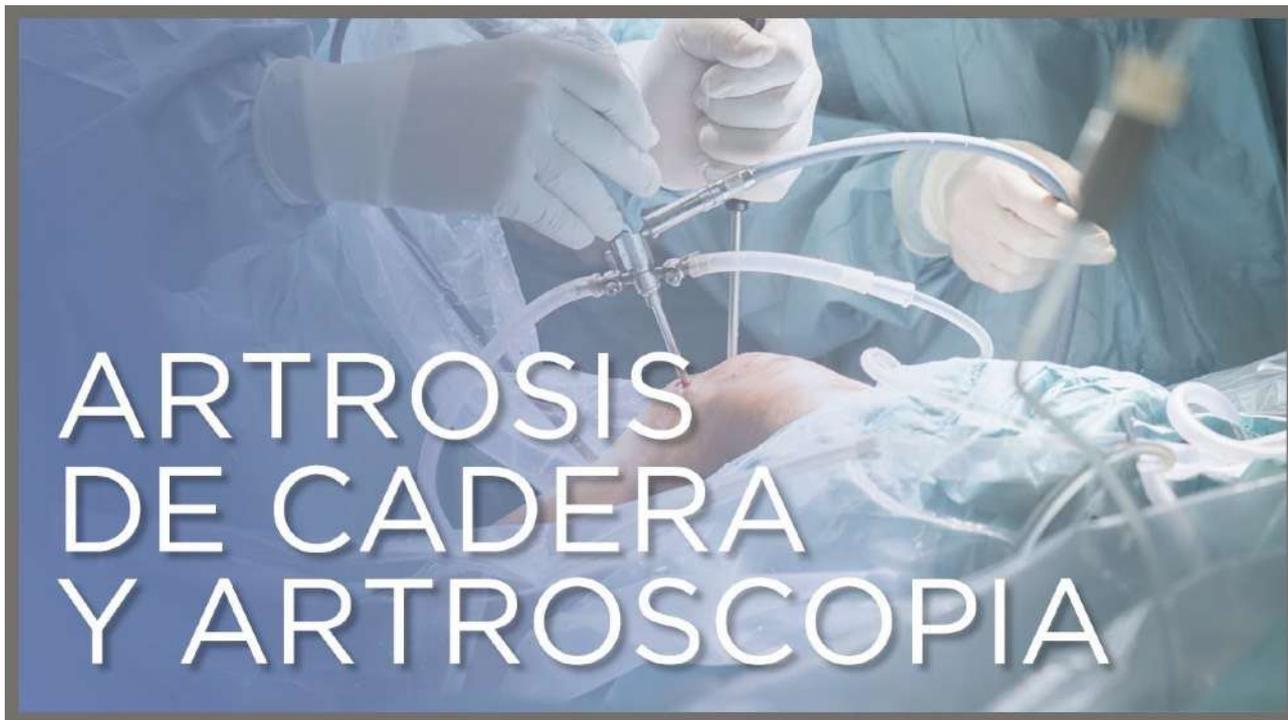
# ARTROSCOPIA CADERA

La operación de Artroscopia de Cadera es una técnica quirúrgica Mínimamente Invasiva que permite tratar en muchos casos el dolor de cadera del adulto joven y activo que no ha respondido a un tratamiento médico. De entre las técnicas de cirugía artroscópica es la más reciente y está experimentado un gran desarrollo.

El incremento de la actividad deportiva por parte de la población general, junto con ciertas alteraciones constitucionales a nivel de la articulación de la cadera llevan a la aparición de dolor y/o limitación en la región inguinal. Estas dolencias, de no ser tratadas a tiempo pueden generar un desgaste progresivo en la articulación denominado Artrosis de Cadera. La artroscopia de cadera nos permite resolver numerosas patologías articulares a través de 2 o 3 incisiones de 1 centímetro, denominados portales. Esta técnica mini invasiva permite obtener una rápida recuperación post operatoria por su baja agresión quirúrgica. Las patologías más comunes que pueden ser resueltas a través de la Artroscopia de cadera son las Lesiones a nivel del Labrum, que es un rodete cartilaginoso que recubre el borde acetabular, y los síndromes de fricción fémoro acetabular que pueden estar causados por alteraciones morfológicas a nivel del cuello femoral, denominado CAM, a nivel del acetabulo, denominado PINCER, o mixtos con alteraciones morfológicas en ambas regiones.

En la correcta técnica quirúrgica y selección del paciente que realmente se puede beneficiar de la Artroscopia de Cadera radica el éxito de esta cirugía.







### **Síndrome de Fricción Femoroacetabular**

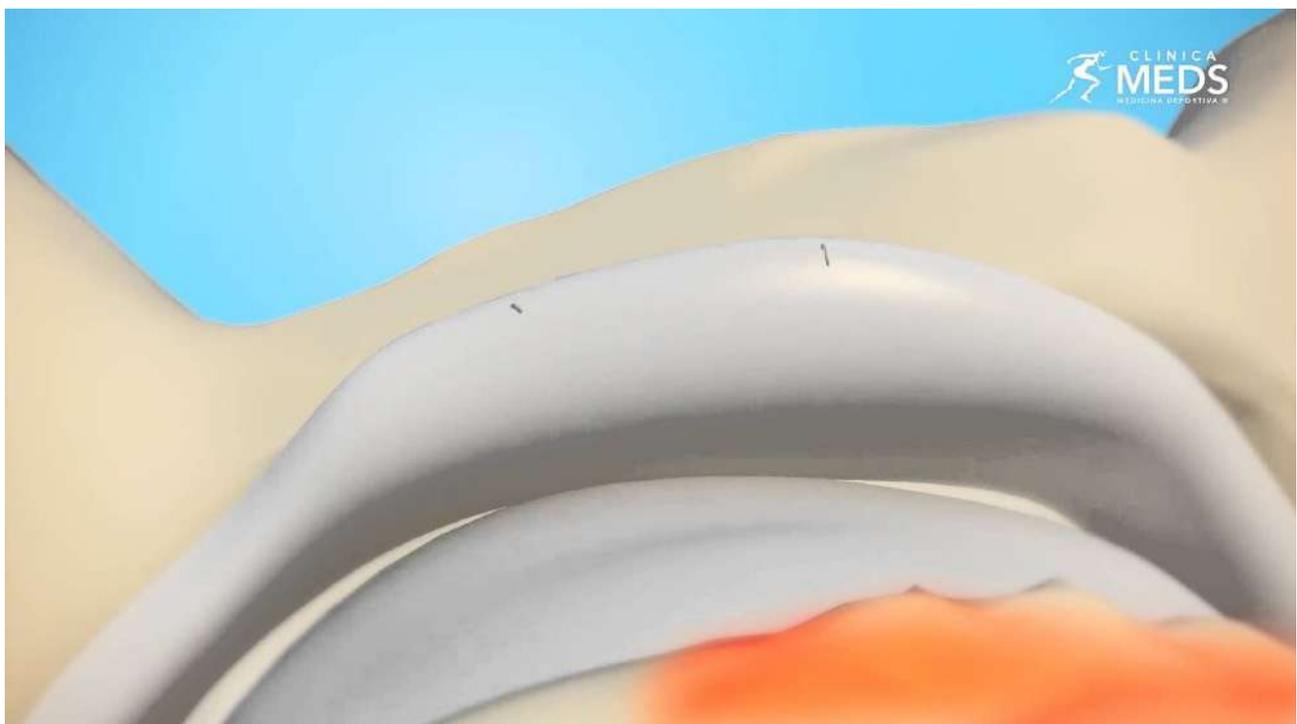
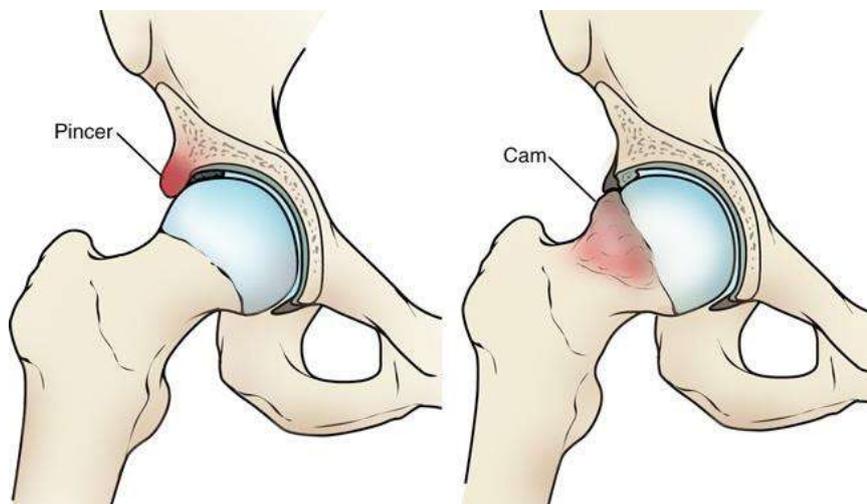
La presencia de alteraciones morfológicas del fémur y/o del acetábulo, provocan fuerzas de contacto anormales sobre el labrum y el cartílago articular. Estas fuerzas, se cree llevan un desgaste prematuro de la articulación progresando a la degeneración artrósica a corto plazo.

El choque femoroacetabular es una patología frecuente hoy en día en las consultas externas de COT pudiendo afectar al 15 % de la población. Es importante su detección precoz ya que se podrían evitar hasta un 70% de las prótesis que se implantan en pacientes menores de 50 años.

Habitualmente el problema se manifiesta en el adulto joven, en la tercera década de la vida. con un dolor inguinal, a veces irradiado hacia la parte externa de la cadera y otras hacia la cara interna o la parte posterior del muslo. El paciente tipo tiene entre 20 y 45 años, practica deporte y manifiesta dolor en la zona del trocánter (lateral), ingle y glúteo, sobre todo cuando está sentado durante un tiempo.

En esta patología el hueso de la giba que sobresale más de lo normal debe ser regularizado mediante un fresado para obtener una transición convexa-cóncava que evite en choque en flexión. La presencia de alteraciones morfológicas de la cadera genera una limitación en el rango de movilidad, provocando impacto o fricción del cuello acetabular con el labrum y el cartílago acetabular. Las dos formas de SFFA, son el PINCER y el CAM y cada una provoca un patrón lesional característico. La primera provoca un atrapamiento

del labrum entre la ceja anterior y el cuello femoral. Con el pasar del tiempo, la alteración de la ceja anterior genera una lesión de contragolpe (contre-coup), la cual lesiona el cartílago de la ceja posterior producto del golpe de la cabeza femoral por el desplazamiento posterior secundario a la fricción. Típicamente las lesiones de este tipo de fricción tienden a ser más globales. El tipo CAM desplaza el labrum acetabular hacia la capsula y provoca una presión y fricción de la alteración del cuello femoral sobre el cartílago. Esta presión anormal provoca una lesión de la unión condro-labral y la característica lesión de desprendimiento del cartílago del hueso subcondral en la zona antero superior del acetábulo. Las lesiones condrales del CAM, aunque más focales tienden a ser más severas que las del PINCER.



Estas dos formas de fricción se pueden dar por separado aunque se ha demostrado que la gran mayoría de los casos se dan en forma conjunta, es decir SFFA mixto, en más del 80% de los casos.

La artroscopia de cadera es el procedimiento de elección actualmente para el tratamiento del choque o pinzamiento femoroacetabular permitiendo a los pacientes con alta demanda física o deportiva, mantener su nivel de actividad preoperatorio tras el periodo rehabilitador. Los resultados clínicos determinan una recuperación mucho más temprana y con menos tasa de complicaciones que mediante cirugía abierta.

La artroscopia de cadera es el tratamiento de elección en el atrapamiento fémoroacetabular gracias a la poca morbilidad, menor pérdida de sangre, mejor resultado estético y mucho más rápida recuperación en comparación con la cirugía abierta. Mediante esta técnica podemos extraer calcificaciones, reparar estructuras dañadas como el labrum (especie de menisco dentro de la cadera), o las úlceras en el cartílago mediante técnicas de estimulación e injertos con mallas de colágeno.

### **Inestabilidad Traumática**

La inestabilidad femoroacetabular generalmente se ve asociada a traumatismos de alta energía, como accidentes automovilísticos y habitualmente presentan una fractura asociada. Esta patología requiere tratamiento precoz, para disminuir la posibilidad de necrosis de la cabeza femoral y el daño condral en forma tardía.

Las luxaciones de menor energía, como las deportivas no suelen presentar lesiones óseas.

La presencia de dolor crónico posterior a una luxación o subluxación de cadera puede deberse a cuerpos libres, lesiones del ligamento redondo, o lesiones condrales.

El antecedente de una luxación femoroacetabular obliga a evaluar la totalidad del labrum, ya que en principio la lesión es posterior, debido al mecanismo lesional pero el resto del labrum también puede presentar lesión, por presencia de SFFA o debido a la lesión propiamente dicha.

### **Displasia Acetabular**

La displasia acetabular definida como un ángulo centro borde menor a 20°, genera una hipertrofia del labrum, ya que esta estructura debe soportar mayor carga, compensando la falta de estructura ósea. La artroscopía de cadera no es una contraindicación para el tratamiento de dicha patología pero, los resultados son mejores de combinarse con una osteotomía periacetabular.

### **Artrosis Femoroacetabular**

La patología degenerativa de la articulación femoroacetabular genera lesión del cartílago articular y del labrum. La resección de los osteofitos, cuerpos libres o lesiones labrales puede mejorar la sintomatología mecánica en algunos pacientes. Este procedimiento no debe ser utilizado para todos los pacientes, ya que los resultados no son uniformes ni predecibles. Inclusive el resultado puede empeorar la sintomatología. Se debe tener especial cuidado con los pacientes que presentan lesión de espesor completo del cartílago femoral, ya que dichos pacientes evolucionan peor que las lesiones acetabulares.

### **Fricción del psoas**

Las lesiones del labrum ocurren habitualmente en la porción anterosuperior, sea por displasia o por SFFA. Menos frecuentemente en la porción estrictamente anterior, el labrum se lesiona sin alteraciones óseas debido a la fricción del tendón del psoas. La presencia de esta lesión sobre la porción anterior del labrum sugiere que la fricción del psoas es la causa de dicha lesión