

ATRAPAMIENTO EXTRA ARTICULAR

Autores

Daher, Cristian Miguel (1-2)
Namuncurá, Cristina Anahí (1)
Meichtry, Oscar Eduardo (1-2)
Villalba, Francisco (2)

Instituciones

Clínica Pasteur (1)-Traumatología del
Comahue (2)
Neuquén-Argentina



INTRODUCCIÓN

- El dolor de cadera, es una causa habitual de consulta en la práctica diaria, generalmente justificada por patologías frecuentes.
- El síndrome de pinzamiento o atrapamiento isquiofemoral, es una entidad que hay que tenerla en cuenta, en casos de dolor inguinal o de cadera, no justificado por patología intra/extraarticular común. El impingement o pinzamiento isquiofemoral, consiste en el atrapamiento del músculo cuadrado femoral entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor del fémur.

OBJETIVOS

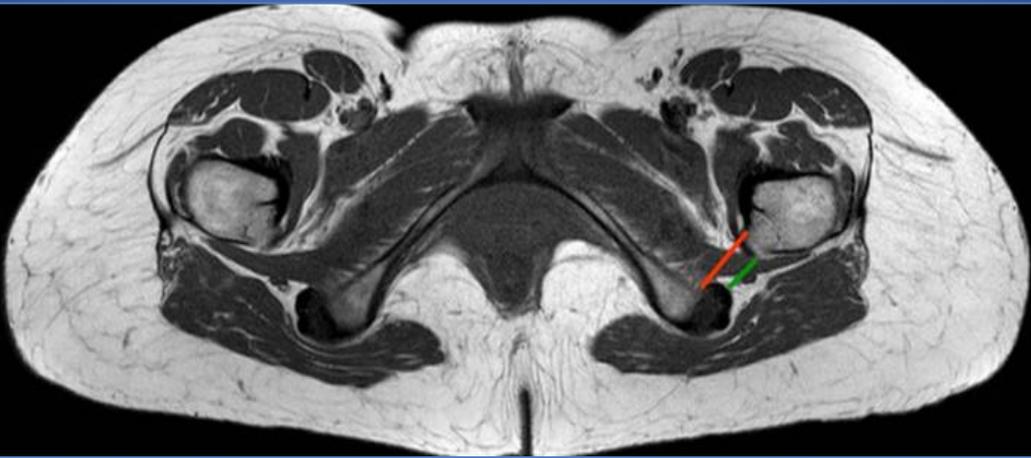
- El propósito del presente trabajo, es demostrar, mediante estudios con resonancia magnética, la entidad pinzamiento o atrapamiento isquiofemoral, en aquellos pacientes sin otra patología diagnosticada, que concurren por dolor inespecífico de cadera.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Se evaluaron retrospectivamente, mediante resonancia magnética de caderas, 40 pacientes (n=40) 37 femeninas y 3 masculinos, con edades comprendidas entre 33 y 68 años, sin antecedentes conocidos de patología, en el período 2017.
- Se utilizó resonador de 1.5 Tesla, en secuencias T1, T2 y Stir en los planos axial, coronal y sagital.
- Las medidas se obtuvieron en el plano axial y coronal en secuencias T1.

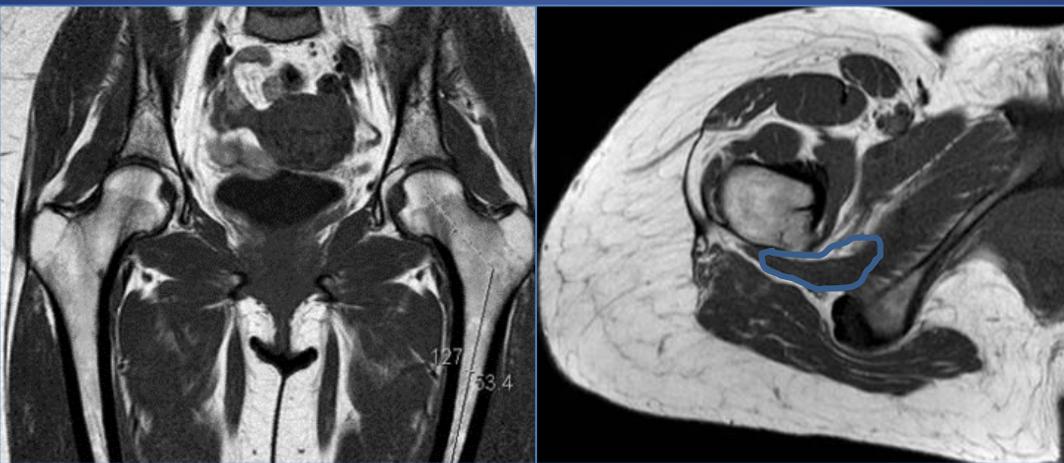
ATRAPAMIENTO ISQUIOFEMORAL

Atrapamiento del músculo cuadrado femoral entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor del fémur.



- Espacio isquiofemoral : distancia entre la tuberosidad isquiática y la cortical medial del trocánter menor (23 ± 8 mm, línea roja).
- Espacio cuadrado femoral : espacio menor de paso del músculo cuadrado femoral delimitado entre la parte súperolateral de los tendones de Hamstring y la parte posteromedial del tendón del iliopsoas o trocánter menor (12 ± 4 mm, línea verde).

ATRAPAMIENTO ISQUIOFEMORAL



- El ángulo de inclinación femoral es el ángulo entre el eje del cuello femoral y la diáfisis femoral .
- El edema del músculo cuadrado femoral (músculo cuadrado femoral: delimitado por línea continua celeste) fue clasificado como leve, moderado o severo (aumento de señal en STIR en menos del 50% del músculo, en más del 50% y limitado al músculo y en más del 50% con afectación de tejidos blandos adyacentes).
- La atrofia muscular del cuadrado femoral se valoró como leve, moderada o severa (aumento de señal en T1 de forma lineal, entre las fibras musculares, de forma difusa en menos del 50% del músculo, y en más del 50% de forma difusa).

FACTORES ETIOLÓGICOS Y PREDISPONENTES

-FACTORES POSICIONALES:

- Extensión, aducción y rotación externa.

-FACTORES CONGÉNITOS:

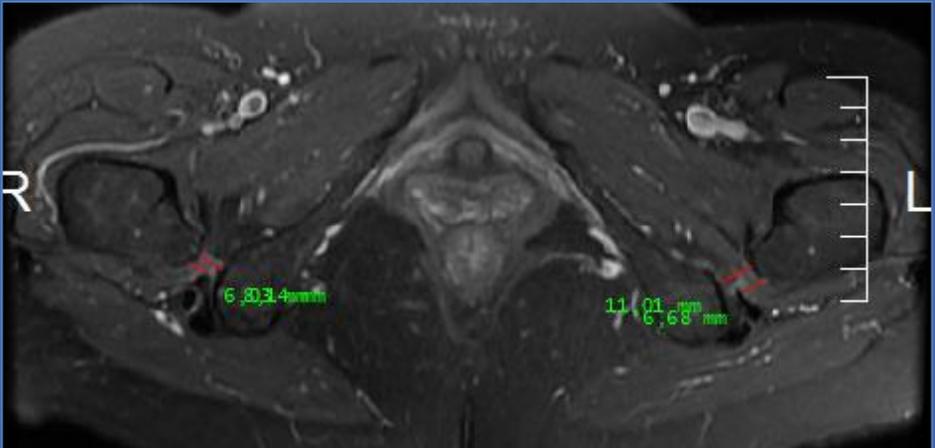
- . Coxa valga.
- . Coxa breva.
- . Displasia de cadera del adulto.
- . Incremento del ángulo de antetorsión femoral.
- . Posición posteromedial del fémur proximal.
- . Trocanter menor prominente.
- . Configuración anatómica de la pelvis ósea femenina.

-FACTORES ADQUIRIDOS:

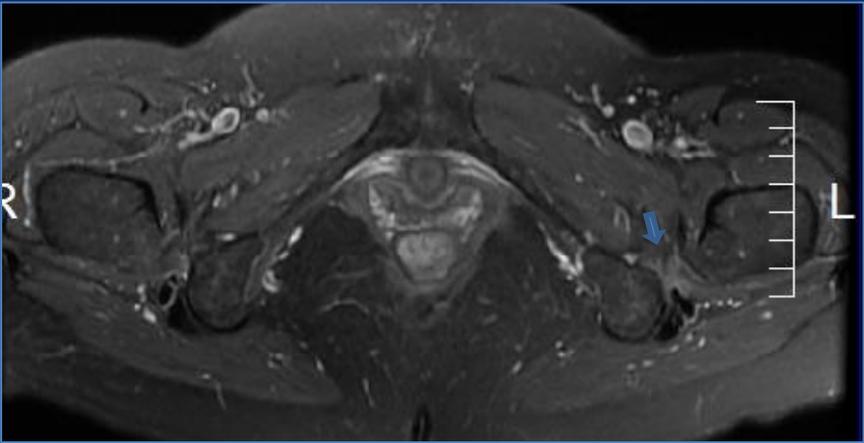
- . Inclínación anormal de la pelvis.
- . Desequilibrio entre la musculatura aductora y abductora de la cadera.
- . Fractura con consolidación anormal del trocánter menor.
- . Osteotomías intertrocantéricas en valgo.
- . Tumoraciones óseas expansivas.
- . Entesopatías en la inserción proximal de los isquiotibiales.
- . Actividades deportivas con movimientos forzados de la cadera.
- . Coxa profunda-protrusión acetabular.

RESULTADOS

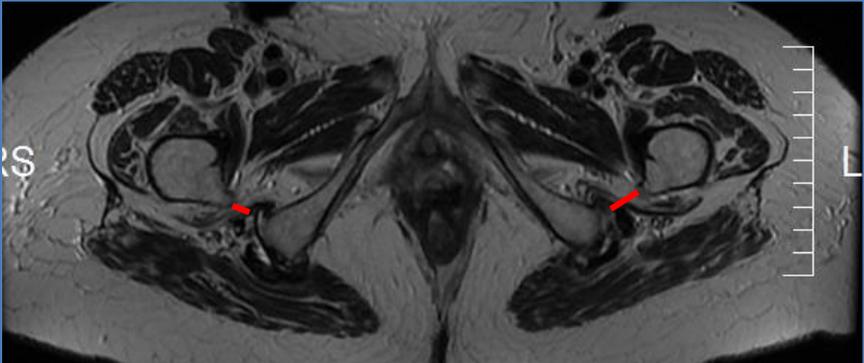
- De los 40 pacientes evaluados, 6 pacientes tenían atrapamiento o impingement isquiofemoral (15 %).
- Mujeres.
- Edades comprendidas entre 49 y 63 años .
- En tres pacientes el compromiso era bilateral (50 %).



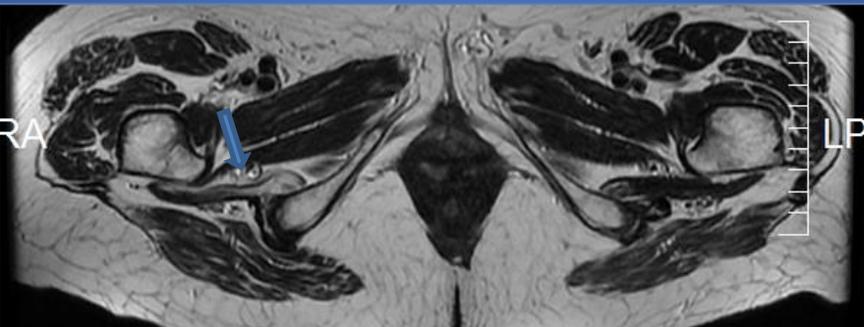
Atrapamiento isquiofemoral. Mujer de 59 años con coxalgia bilateral de larga evolución que irradia a la rodilla. RM en secuencias DP FAT-SAT en el plano axial : hiperintensidad en el vientre muscular cuadrado femoral de ámbos lados por edema.Reducción de los espacios isquiofemoral (11mm)y cuadrado femoral de ámbos lados (6-7 mm) (líneas rojas).



Mujer de 63 años, dolor bilateral de caderas, crónico. RM en secuencias Stir en el plano axial: reducción del espacio isquiofemoral (10mm) y cuadrado femoral (5 mm) de ámbos lados, con hiperintensidad por edema (flecha en el lado izq.) y atrofia del vientre muscular cuadrado femoral bilateral.



Mujer de 62 años, dolor bilateral de caderas. RM en secuencias T1 en el plano axial: reducción del espacio isquiofemoral (12mm) y cuadrado femoral (6mm) de ámbos lados con atrofia del vientre muscular cuadrado femoral bilateral más acentuada en el lado derecho.



Mujer de 49 años, con dolor en la región de cadera derecha de larga evolución más intenso en el decúbito dorsal. RM en secuencias T1 en el plano axial: atrofia del vientre muscular cuadrado femoral derecho (flecha).

CONCLUSIÓN

- Debido a que los síntomas son inespecíficos y que los datos obtenidos en el examen físico son imprecisos, la resonancia magnética es esencial para realizar un diagnóstico correcto, pudiendo modificar el manejo terapéutico de estos pacientes.