

IMPINGEMENT ISQUIOFEMORAL COMO CAUSA POCO FRECUENTE DE DOLOR DE CADERA

Autores:

Carlos Narváez
Luciana Mendoza
Jimena Arjona
Cinthia Labarere
Juan Bertona
Carlos Bertona



CLINICA PRIVADA
VELEZ SARFIELD

Clínica Privada Vélez Sarsfield
Córdoba, Argentina.

Objetivos de aprendizaje

- Descripción de los hallazgos radiológicos claves para el diagnóstico del síndrome de pinzamiento isquiofemoral.
- Repaso anatómico del espacio isquiofemoral.

Revisión del tema

El espacio isquiofemoral es el definido entre la cortical lateral de la tuberosidad isquiática y la cortical medial del trocánter menor.

Normalmente de 2 cm cuando la cadera está en aducción, rotación externa y extensión, lo que permite rotar el fémur sin contactar la tuberosidad isquiática.

El estrechamiento de este espacio puede provocar impingement isquiofemoral, como causa rara de dolor de cadera y de ingle.

Consiste en un atrapamiento del músculo cuadrado femoral entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor del fémur.

Síntomas:

Dolor crónico en la zona de la ingle o en las nalgas sin una historia de trauma.

Debido a la proximidad del nervio ciático puede haber radiculopatía (ciatalgia).

Los síntomas se pueden acentuar con extensión, aducción y rotación externa de cadera.

Esta entidad es más frecuente en mujeres.

Recuerdo anatómico del espacio isquio-femoral:

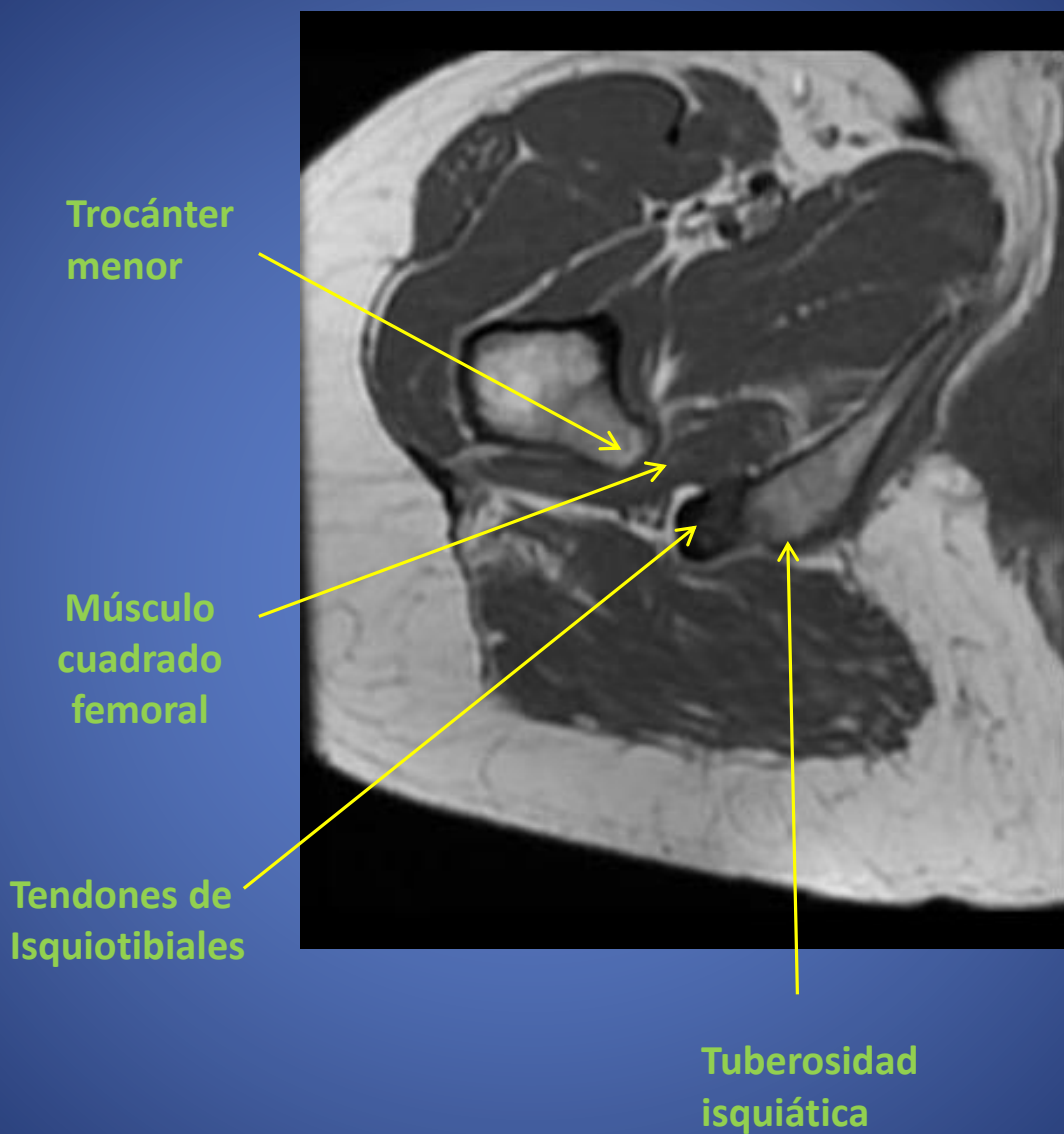


Imagen N.º 1: Anatomía del espacio isquiofemoral

Diagnóstico:

Se confirma con hallazgos en Resonancia Magnética Nuclear. La RMN es el gold standard para el diagnóstico y es útil para la toma de medidas y la visualización de los cambios en el músculo cuadrado femoral y estructuras adyacentes.

Los hallazgos característicos son:

- 1-Disminución del espacio isquiofemoral y cuadrado- femoral
- 2- Alteración de señal del músculo cuadrado femoral (Edema, atrofia grasa).
- 3- Compromiso de la inserción de los isquiotibiales y en menor medida del ilio-
psoas.

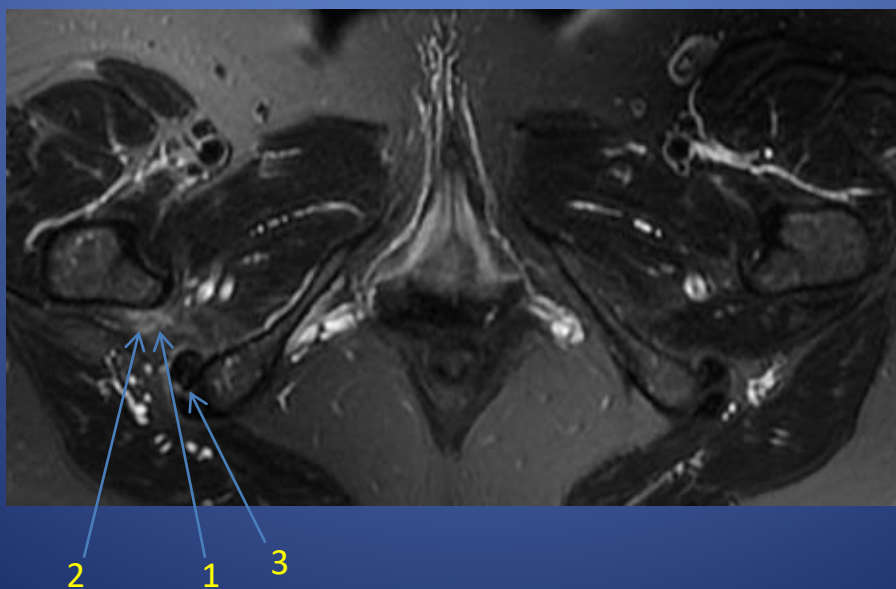


Imagen Nº 2: Resumen de hallazgos en RMN de impingement isquiofemoral.

1a- Espacio isquiofemoral:

Menor distancia comprendida entre la cortical lateral de la tuberosidad isquiática y la cortical lateral del trocánter menor del fémur en cortes axiales.

Valor normal: 23 ± 8 mm.

Imagen N.º 3: Espacio isquiofemoral normal (33 mm)

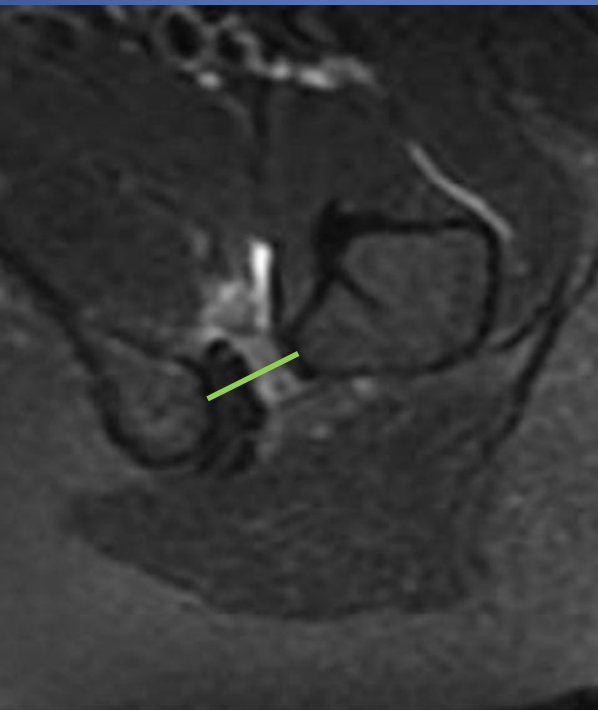
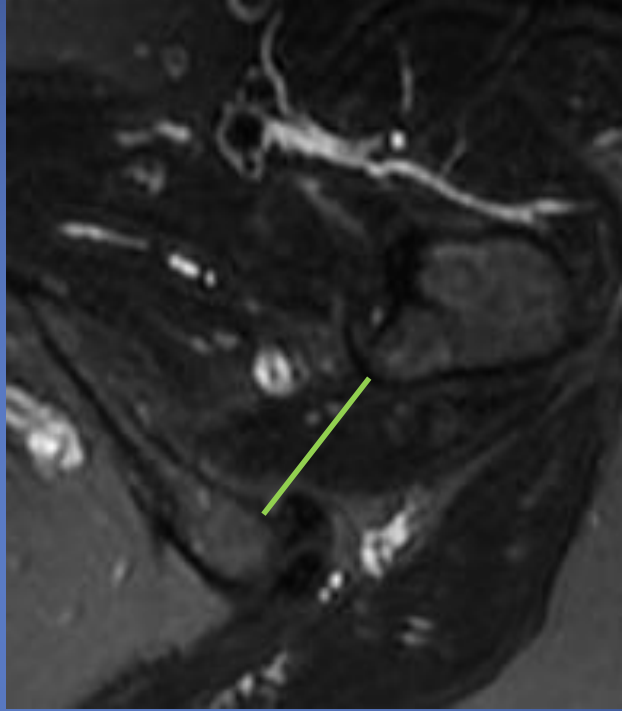


Imagen N.º 4: Espacio isquiofemoral disminuido (14 mm)

Medidas y parámetros en RNM:

1b -Espacio cuadrado-femoral :

Espacio menor de paso del músculo cuadrado femoral delimitado entre la parte superolateral de los tendones de Hamstring (isquiotibiales) y la región posteromedial del tendón del psoas-ilíaco en el trocánter menor en cortes axiales.

Valor normal: 12 ± 4 mm.

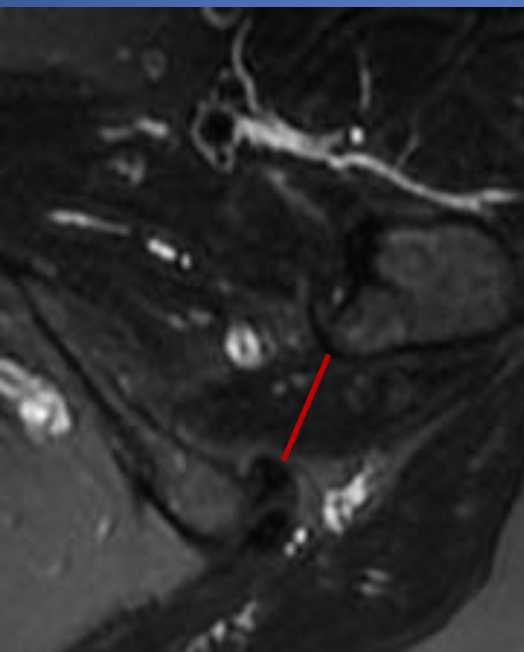


Imagen N.º 5: Espacio cuadrado-femoral normal (26 mm).



Imagen N.º 6: Espacio cuadrado-femoral reducido (7 mm).

Medidas y parámetros en RNM:

2- Alteración de señal del músculo cuadrado femoral:

Alteración de señal del músculo cuadrado femoral, que se traduce en edema a nivel de la unión miotendinosa o en rotura intramuscular. Si el tiempo de evolución clínica es prolongado y la afectación es crónica, puede verse atrofia muscular y sustitución de los haces musculares por tejido fibroadiposo.

A- Edema del músculo cuadrado femoral:

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, respectivamente)

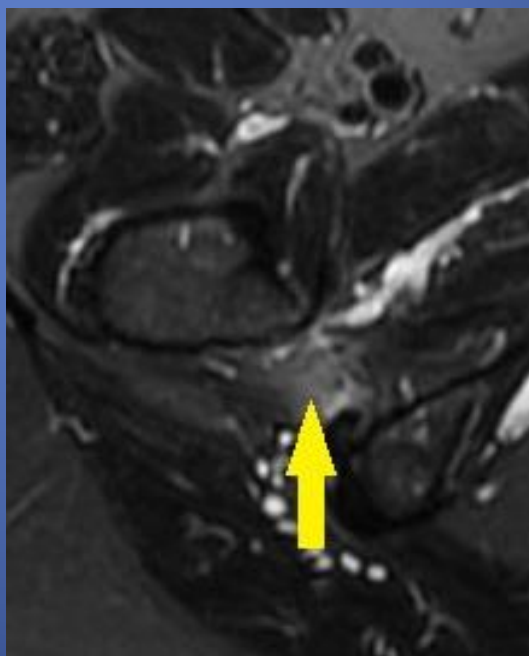


Imagen N°7: Moderado edema del músculo cuadrado femoral

2- Alteración de señal del músculo cuadrado femoral:

B- Atrofia muscular del cuadrado femoral:

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, respectivamente).

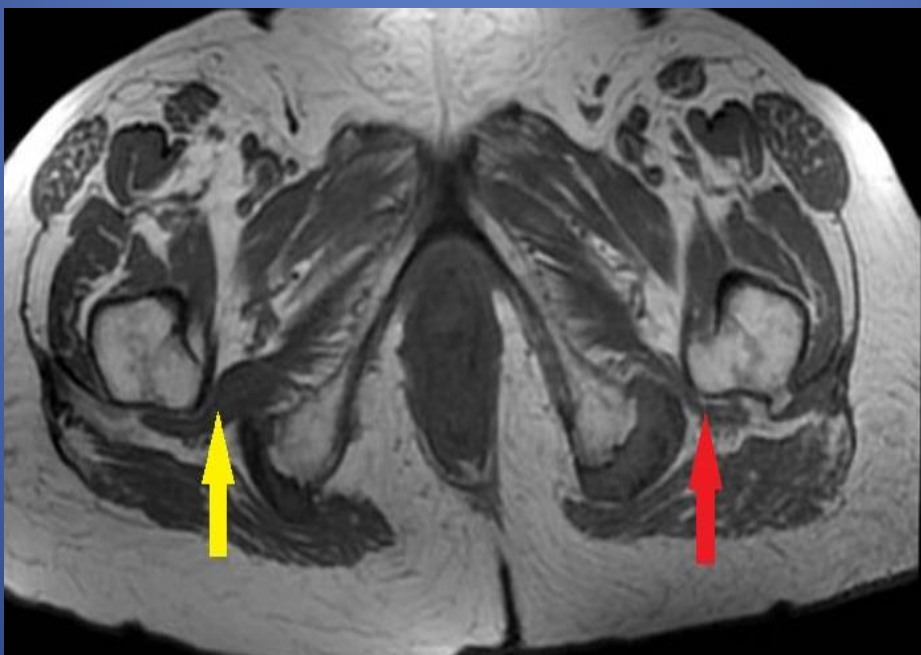


Imagen N° 8: moderada atrofia del músculo cuadrado femoral (flecha roja) en contraposición al contralateral (flecha amarilla).

Medidas y parámetros en RNM:

3- Compromiso de los tendones isquiotibiales:

Ensanchamiento y cambio de señal intratendinoso en la inserción a nivel de la tuberosidad isquiática de los tendones isquiotibiales o de Hamstring (semimembranoso semitenidinoso y biceps femoral)

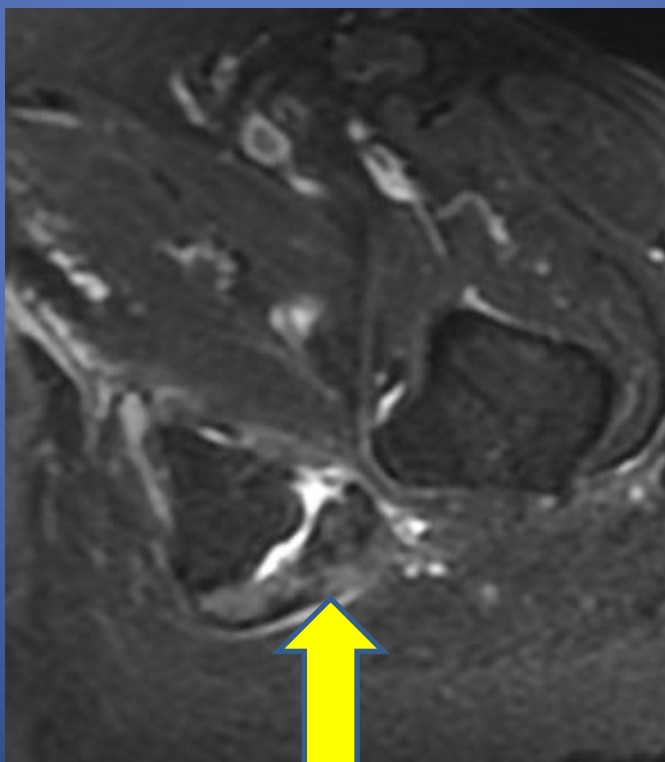


Imagen N° 8: marcada tendinosis de los tendones isquioibiales

Conclusiones:

El dolor de cadera es causa frecuente de consulta médica, de difícil diagnóstico, ya que la etiología es diversa.

El impigement isquiofemoral es una causa poco conocida tanto para médicos clínicos como para radiólogos de dolor de cadera.

Por lo descripto es necesario conocer los hallazgos en Resonancia Magnética para sospechar, reconocer y diagnosticar esta entidad lo que nos permitirá realizar un manejo óptimo, reduciendo el dolor e impotencia funcional.

Bibliografía:

Singer AD, subhawong TK, jose J, tresley J, clifford PD. Ischiofemoral impingement syndrome: a meta-analysis. Skeletal radiol. 2015 jun; 44(6):831-7. Epub 2015 feb 13.

Tosun O, Algin O, Yalcin N, Cay N, Ocakoglu G, et al. Ischiofemoral impingement: evaluation with new MRI parameters and assessment of their reliability. Skelet Radiol. 2012;41(5):575–87.

Taneja AK, Bredella MA, Torriani M. Ischiofemoral impingement. Magn Reson Imaging Clin N Am. 2013;21(1):65–73.

Ata AM, Yavuz H, Kaymak B, Ozcan HN, Ergen B, Ozçakar L. Ischiofemoral impingement revisited: what physiatrists need to know in short. Am J Phys Med Rehabil. 2014.

Sutter R, Pfirrmann CW. Atypical hip impingement. AJR Am J Roentgenol. 2013;201(3):W437–42