

Ruptura del labrum acetabular, tratamiento artroscópico, seguimiento a dos años

Javier Camacho Galindo,* Marco Sánchez Bretón,** Humberto González Ugalde*

RESUMEN

Introducción: Las rupturas del labrum acetabular tienen una frecuencia de 22 a 25% en pacientes con dolor de cadera o dolor inguinal. Está demostrada la asociación de estas lesiones con cambios degenerativos de la articulación. **Método:** Se presenta una revisión de la literatura desde el año 2000 al 2009, además de la revisión del manejo artroscópico de 15 pacientes con ruptura del labrum acetabular desde el año 2007 al 2010. Se documentó el sitio de dolor, intensidad, síntomas asociados, actividades que agravaban la sintomatología, el tiempo desde la aparición al diagnóstico definitivo, otros tratamientos aplicados, actividades deportivas, sintomatología, signos y arcos de movimiento pre y postoperatorios. **Resultados:** El promedio de atención de la lesión desde el inicio fue de 21.5 meses. La edad promedio fue de 47.6 años. El dolor preoperatorio fue de 7 en la escala visual análoga con un rango de 5-10; todos los pacientes refirieron dolor anterior, además de signos de pinzamiento anterior y *log-roll*. El diagnóstico asociado más frecuente fue pinzamiento femoroacetabular seguido de lesión condral. Todos fueron estudiados con radiografías simples y artroresonancia con Gadolinio, documentando las lesiones labrales y condrales encontradas intraoperatoriamente. De las lesiones labrales 66.6% fueron tratados con desbridación y el resto con reinserción con anclas. Se encontraron 13 lesiones condrales relacionadas con la causa de la ruptura labral. Se reportó una mejoría en promedio del arco de movimiento y del dolor en el 100% a los 4.6 meses. **Conclusión:** Las lesiones labrales son causa frecuente de dolor inguinal, el diagnóstico y tratamiento temprano permite controlar el dolor y mejorar el resultado funcional disminuyendo el riesgo de artrosis de cadera temprana.

Palabras clave: Lesión del labrum, artroscopia de cadera.

Nivel de evidencia: IV

*Arthroscopic acetabular labral ruptures:
two years follow-up*

ABSTRACT

Introduction: Acetabular labral tears have a 22-25% of frequency in patients with hip or groin pain. Degenerative articular changes are associated with labral tears. **Method:** We present the experience of 15 patients with acetabular labral tears that underwent hip arthroscopy between 2007 to 2010 and a literature review. Pain localization, intensity, associated symptoms, activities, time and treatments before surgery and related sports were documented. **Results:** The mean time of attention was 21.5 months. Mean age were 47.6 years old. Preoperative pain intensity was 7. All the patients had anterior hip pain; anterior impingement sign and log roll sign during the assessment. Femoroacetabular impingement and chondral lesions were the associated diagnosis. X rays and Magnetic artroresonance with gadolinium were used for the diagnosis; labral and condral lesions were founded during surgery. 66.6% of the labral lesions were debrided and the rest were sutured with anchors. We found 13 chondral lesions that were related with the labral tear cause. All patients report a range of motion increase and pain control in 4.6 months after the treatment. **Conclusion:** Labral lesions are the cause of hip pain, early diagnosis and treatment allow a better pain control and better functional results, decreasing the risk of hip arthritis.

Key words: Labral lesions, hip arthroscopy.

Level of evidence: IV

INTRODUCCIÓN

En 1957, Peterson reportó por primer vez la ruptura del labrum acetabular secundaria a luxación posterior de cadera.¹ En 1977, Altenberg reportó la lesión no traumática del labrum y, en 1986, Suzuki describió de manera artroscópica un desgarramiento labral.² En estas últimas décadas, el diagnóstico de las lesiones del labrum acetabular ha aumentado en frecuencia debido a los avances tecnológicos en las

* Cirujano Ortopedista del Centro Médico ABC. Cirujano adscrito al Servicio de Reconstrucción Articular Cadera-Rodilla. Instituto Nacional de Rehabilitación.

** Cirujano Ortopedista. Medicina del Deporte *Sports Clinic*, Lomas.

Recibido para publicación: 03/03/12. Aceptado: 30/03/12.

Correspondencia: Dr. Javier Camacho Galindo
Centro Médico ABC, Carlos Graef Fdz 154, Consultorio 406, Col. Tlaxala, 05300,
México, D.F.
E-mail: jvrcamacho@hotmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en:
<http://www.medigraphic.com/analesmedicos>

imágenes por resonancia magnética, así como en la técnica de la artroscopia de cadera.³ En la actualidad se reporta una prevalencia del 22 al 25% de rupturas del labrum acetabular en pacientes con dolor de cadera o dolor inguinal.^{4,5} Está demostrado la asociación de las lesiones labrales con cambios degenerativos de la articulación, McCarthy encontró que 73% de los pacientes con lesión del labrum, cualquiera que ésta sea, estaba asociada a lesiones condrales; en el mismo estudio, en el 94% de los pacientes, las lesiones condrales estaban localizadas en el mismo sitio de la lesión labral, lo que sugiere que el riesgo de lesión condral se eleva hasta dos veces en presencia de lesión del labrum.⁴ Asociado a estas observaciones, Leunig demostró que el desgaste articular de la cadera es más común en la periferia.⁶ Los pacientes con lesiones labrales se presentan en nuestro medio frecuentemente mal diagnosticados y multitratados en periodos largos por diversos médicos (terapeutas, reumatólogos, kinesiólogos, medicina alternativa) empeorando el cuadro clínico y, de acuerdo con lo anterior, aumentando el riesgo de artrosis. Los síntomas más frecuentes de la lesión de labrum son dolor inguinal anterior, ocasionalmente lateral, asociado a una variedad de síntomas mecánicos como bloqueo, chasquidos o sensación de inestabilidad que suelen confundir incluso al ortopedista.^{4,5} El diagnóstico se realiza con la historia clínica buscando el mecanismo de lesión, así como actividades que pudieran conducir a estas lesiones; la exploración física da la pauta para la sospecha del diagnóstico, que se confirma con estudios de imagen desde la radiografías simples hasta la artroresonancia magnética. El tratamiento descrito puede ser abierto mediante una luxación controlada como lo describió Ganz o a través de artroscopia de cadera, en ambas técnicas puede realizarse desbridación o reparación con anclas en el labrum; los resultados de ambas parecen ser alentadores respecto a la resolución de la sintomatología, satisfacción del paciente y posiblemente evitado la progresión al desgaste. Se presenta la experiencia del manejo artroscópico de pacientes con ruptura del labrum acetabular en un seguimiento mínimo a dos años, así como una revisión de la literatura sobre el tratamiento de estas lesiones.

MATERIAL Y MÉTODOS

Es un estudio retrolectivo transversal de revisión, de pacientes sometidos a artroscopia de cadera con diagnóstico de ruptura del labrum acetabular a los que se

les realizó resección o reparación con anclas con un mínimo de seguimiento postoperatorio de 24 meses.

De febrero del 2007 a marzo del 2010 se revisaron 15 pacientes operados por un cirujano (JCG) con el diagnóstico de ruptura labral. Se documentó en todos: edad, sexo, el sitio de dolor, intensidad (valorada en escala visual análoga, EVA), síntomas asociados, actividades que agravaban la sintomatología, el tiempo desde la aparición al diagnóstico definitivo, otros tratamientos aplicados y actividades deportivas.

Exploración física: En todos los pacientes se documentaron los arcos de movimiento de la cadera afectada con goniómetro. Se realizó prueba de pinzamiento anterior de cadera, el paciente en supino con la cadera y la rodilla en 90° de flexión se rota internamente mientras se aplica aducción forzada, se considera positivo si se reproduce el dolor anterolateral de cadera o inguinal. *Prueba de pinzamiento posterior;* el paciente en supino con cadera y rodilla extendidas se realiza extensión, aducción y rotación externa, se considera positivo si reproduce el dolor anterior o dolor en la pelvis posterior. Otros signos que se buscaron fueron: Patrick/Faber (paciente en supino con cadera flexión, abducción y rotación externa), signo de Stitchfield (paciente en supino con cadera y rodilla en extensión se pide elevación de la extremidad contra resistencia, se considera positivo para lesión articular de cadera si existe dolor), signo de *log-roll* (paciente en supino con cadera y rodilla en extensión se lleva de rotación interna a externa máximas, es positivo para lesión articular si hay dolor). En todos se revisó la marcha y se documentó la existencia de debilidad del glúteo medio mediante la prueba de Trendelenburg en estrés, así como el uso de algún dispositivo, bastón, andadera o muletas, para asistir la marcha.

Imagen: A todos los pacientes se les solicitó estudios radiológicos simples, proyección anteroposterior de pelvis, anteroposterior y lateral de cadera, en los que se buscaban datos de artrosis, que fue graduada de acuerdo con Tönnis,^{7,8} así mismo se evaluó la presencia de pinzamiento femoro-acetabular (PFA), clasificándolo en sus dos tipos: Cam cuando existía presencia de osteofito en la unión del cuello y cabeza femoral; Pincer cuando alguna de las paredes acetabulares muestran una sobrecobertura, ya sea por alteración en la orientación del acetábulo o por coxa profunda. También se buscaron datos radiográficos de secuelas de enfermedades pediátricas como displasia del desarrollo, enfermedad de Perthes o epifisiolisis femoral proximal.

En todos los pacientes se solicitó artroresonancia magnética de cadera con Gadolinio, la infiltración del

medio de contrastes fue realizada bajo intensificador de imágenes para asegurar la adecuada punción intraarticular, combinando el medio de contraste con xilocaína al 2% y ropivacaína al 7.5%; además de esto, se consideró prueba diagnóstica ya que al finalizar el estudio de resonancia se les preguntó a los pacientes si existió o no la mejoría del dolor valuada en EVA, así como el tiempo de duración del alivio, en el caso de los que existió mejoría.

Técnica quirúrgica artroscópica: Con el paciente bajo anestesia general en mesa de fracturas con tracción en posición supina, con poste bien acolchado, al igual que ambos pies y tobillos, se coloca en posición contra el poste en región inguinal con la cadera a operar en 20° de abducción, 10° de flexión y rotación en neutro, asistido con intensificador de imágenes hasta obtener proyección AP de la cadera, se fijan ambas extremidades firmemente y se aduce la cadera hasta posición neutra de la cadera y se rota internamente el pie hasta tener el cuello femoral paralelo al eje del suelo, posteriormente se da tracción controlada por el intensificador hasta obtener un espacio articular de 10 mm (*Figura 1*). Se retira la tracción y se realiza la antisepsia y colocación de campos estériles, una vez preparado el campo quirúrgico se aplica la tracción, inicia toma de tiempo y se realiza el abordaje con equipo para artroscopia de cadera de cinco instrumentos (Smith & Nephew) a través de dos portales, iniciando con el anterolateral, localizado anterior al borde del trocánter mayor proximal a la punta del mismo; con una aguja con



Figura 1. Fotografía que muestra la posición, preparación y disposición del quirófano con el paciente en supino para realizar artroscopia de cadera.

mandril guiada por el intensificador se introduce hasta la articulación se comprueba con guía alambre de Nitinol, y se instila 20 cm³ de solución con los que se rompe el efecto de la presión negativa de la articulación y se ganan unos mm más de distracción; se realiza portal de acuerdo con la técnica Seldinger (a través de la aguja se coloca guía de alambre, se retira la aguja y se introducen los dilatadores), una vez hecho esto se introduce a través del dilatador la camisa del artroscopio y el segundo portal anterior se inicia en el cruce de una línea vertical que desciende de la espina iliaca anterosuperior con una horizontal del trocánter mayor 1 cm distal y 1 cm lateral que se considera la zona de seguridad para evitar lesionar estructuras vasculares y nerviosas; se introduce de nuevo la aguja guiada con intensificador y también con visión artroscópica a salir en el triángulo de seguridad anterior artroscópico formado por el labrum, cabeza femoral y cápsula articular, con el fin de evitar lesiones al cartílago de la cabeza femoral. Una vez realizado el portal anterior, éste se usa como portal de trabajo a través del que se introducen los instrumentos. De acuerdo con las necesidades pueden realizarse portales accesorios para otros lugares de las estructuras dañadas.

Una vez instalados los portales se realizó el estudio artroscópico de rutina del compartimento central, las lesiones labrales se clasificaron, se documentó su localización, extensión y se trataron de la siguiente forma: lesiones por desgaste (deshilachados) pequeños colgajos o pequeñas rupturas del borde libre con suficiente tejido viable sano y con buena función se realizó desbridamiento con rasurador y radiofrecuencia; rupturas grandes del labrum que incluyen desinserciones o lesiones intrasustanciales de gran volumen se repararon con anclas de 2.7 mm bioabsorbibles.

Las lesiones del cartílago articular fueron clasificadas de acuerdo con Konan *et al.*⁸ como normales, lesiones leves (Outerbridge grados 1 y 2), moderadas (Outerbridge 3 y 4 aislados) y severas (Outerbridge 3 difusas y 4), la decisión del tratamiento fue intraoperatoria, lesiones grado 2 y 3 fueron tratadas con radiofrecuencia y/o desbridamiento y las grado 4 fueron tratadas con microfracturas y clasificadas por zonas⁹ (*Figura 2*).

Todos los pacientes fueron manejados con muletas axilares con apoyo parcial de cuatro puntos, durante dos semanas, seguido de terapia física por seis semanas, iniciando con arcos de movimiento pasivo-activos, estiramientos de los músculos de la cadera y, finalmente, fortalecimiento y enseñanza de la marcha.

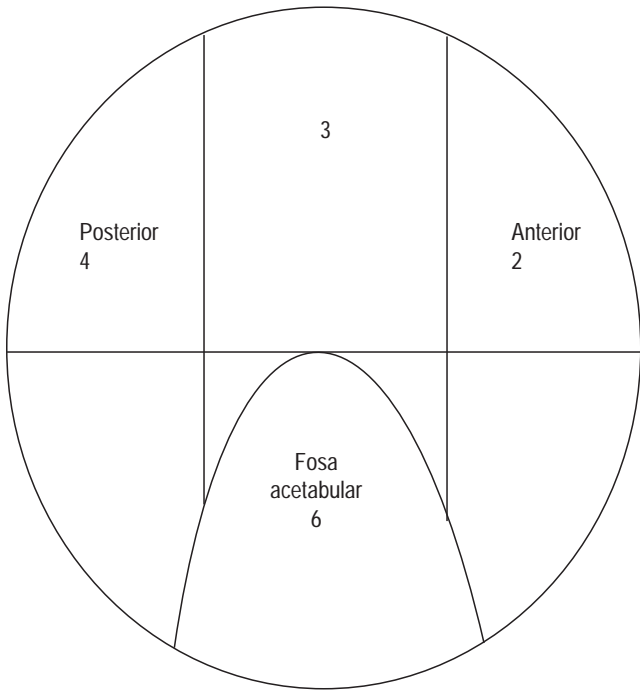


Figura 2. Sistema de localización por zonas acetabulares intraarticulares de cadera derecha.

RESULTADOS

Se obtuvo el seguimiento de 15 pacientes, los resultados demográficos se presentan en el cuadro I. El promedio de atención de la lesión desde el inicio fue de 21.5 meses. El dolor documentado en la primera consulta de acuerdo con la EVA en promedio fue de 7 con un rango de 5-10; el manejo preoperatorio antes de ser atendidos por el cirujano fue de antiinflamatorios no esteroideos, terapia física e infiltraciones con esteroides, en ninguno de los tratamientos previos a la cirugía se documentó una mejoría del dolor mayor a tres puntos o de permanencia de la mejoría de más de una semana de duración.

La localización más frecuente del dolor fue en la región anterior de la cadera (100%) irradiado hacia región glútea en el 85.5%; 37.5% refería dolor de cadera en «C»; de los síntomas asociados el más frecuente fue sensación de inestabilidad de la cadera 37.5%, seguido de atrapamiento o bloqueo articular 2%. En general, casi todos los pacientes empeoraban la sintomatología al realizar actividades deportivas o prolongadas. Las actividades deportivas que realizaban los pacientes en los que se produjo la lesión se detallan en el cuadro I.

En todos los pacientes se encontró el signo de pinzamiento anterior, signo de *log-roll* y signo de Stinchfield, en un menor porcentaje (75%) presentaron marcha por debilidad del músculo glúteo. Los arcos de movimiento se detallan en promedio en el cuadro II pre y postoperatorio, el 100% de los pacientes tuvieron una mejoría en los rangos de movimiento de la cadera, en el mismo cuadro se detallan los arcos de movimiento de la cadera contralateral. En especial, la flexión y la rotación interna fueron los rangos que aumentaron significativamente para el paciente lo que permitía mejor movilidad en general.

El diagnóstico asociado de mayor frecuencia fue PFA en 66.6%, lesión condral en 53.3%, éstos fueron obtenidos a través de las radiografías simples y de la artroresonancia con Gadolinio. De todos los pacientes a los que se les realizó artroresonancia sólo el 53% refirieron mejoría en más de tres puntos en promedio en EVA posterior a la infiltración, el res-

Cuadro I. Datos demográficos.

Parámetros	Promedio	Rango
Edad (años)	47.6	34-63
Tiempo entre lesión y cirugía (meses)	21.5	4-36
Hombres	11	
Mujeres	4	
Tipo inicio lesión (%)		
Repentino con trauma	20	
Repentino sin trauma	50	
Gradual	30	
Deportes (No. pacientes)		
Correr	6	
Soccer	1	
Tenis	2	
Ciclismo	2	

Cuadro II. Promedio pre y postoperatorio de arcos de movimiento de la cadera.

	Preoperatorio	Postoperatorio	Cadera no operada
Flexión	77.5°	99.3°	89.2°
Extensión	1.8°	9.3°	9.2°
Rotación int	7.5°	10.2°	13.2°
Rotación ext	12.5°	21.2°	20.5°
Abducción	21.8°	32.2°	35°

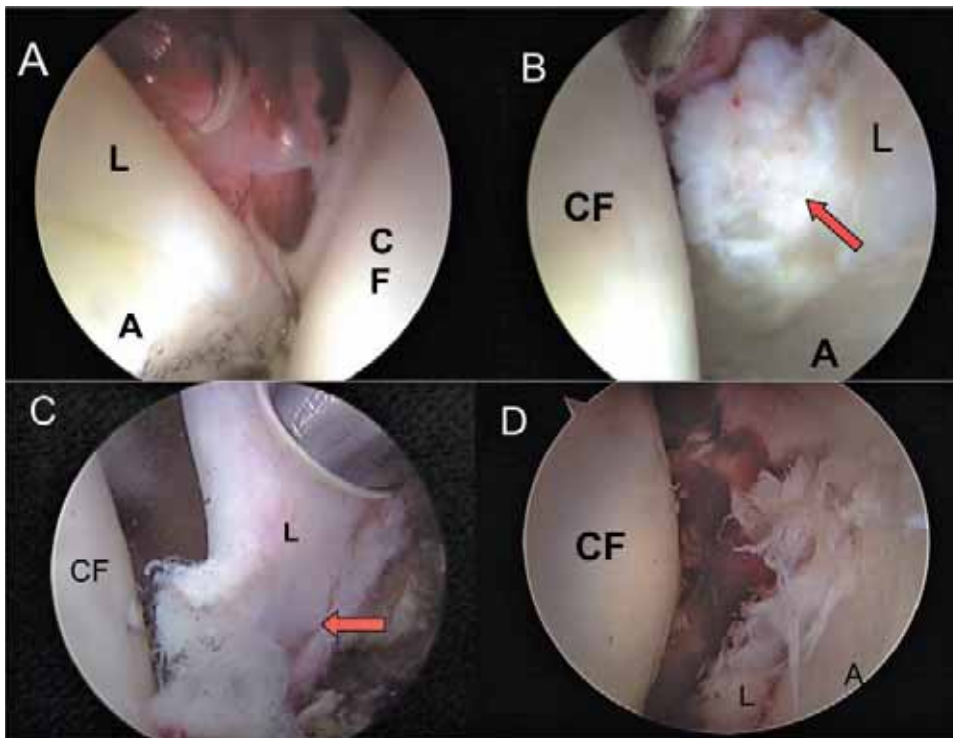


Figura 3. A) Visión del labrum normal. B) Ruptura del borde libre del labrum (flecha) C) Ruptura por desfibrilación del labrum, (flecha); D) Ruptura-avulsión de la inserción del labrum. CF: Cabeza femoral; L: Labrum; A: Acetábulo.

to manifestaron sin cambios importantes y sólo un paciente refirió haber empeorado en dolor, quien fue manejado con reposo, asistencia de la marcha con muletas y analgésicos por tres días.

De las lesiones labrales, 66.6% presentaron lesiones por abrasión o pequeños desgarros del borde libre en la zona anterior, los cuales fueron tratados con desbridación, el resto presentó desinserciones no mayores a 1 cm de longitud todas reparables con un promedio de una ancla.

De las lesiones condrales encontradas, ocho tuvieron lesiones leves en la zona 3 acetabular tratadas con desbridación y radiofrecuencia; cinco pacientes en la zona 2 presentaron lesiones moderadas tratadas con microfracturas y un solo paciente presentó lesiones severas difusas en las que solamente se realizó desbridación de los sitios de cartilago inestable. En sólo seis pacientes hubo lesiones leves en la cabeza femoral en espejo a las lesiones acetabulares, tratadas de la manera antes mencionada.

Respecto al tiempo en que reportaron mejoría en cuanto a la sintomatología, así como la realización de actividades de la vida diaria corroborado con la exploración física, fue en un promedio de 4.6 meses con rango de cuatro a seis meses; sólo un paciente, el de las lesiones difusas severas, fue operado a los

nueve meses de reemplazo total de cadera por continuar con dolor, pérdida del movimiento progresivo y aparición radiográfica de artrosis grado II.

DISCUSIÓN

El labrum acetabular está formado por tejido fibrocartilaginoso que rodea el borde del acetábulo, se une directamente en el lado no articular e indirectamente a una zona calcificada de cartilago hialino a través de una zona de transición de aproximadamente 1 a 2 mm de ancho. El grosor del labrum puede variar ligeramente entre 2 y 3 mm; tiene una figura triangular.¹⁰⁻¹²

Las funciones principales del labrum acetabular son como amortiguador y sensor de carga, mantiene la lubricación articular y distribuye la presión intra-articular de manera uniforme, en algunos estudios se han encontrado otras funciones como la de resistir el movimiento lateral y vertical de la cabeza femoral, aumentar la estabilidad de la articulación aumentando la profundidad de la articulación en un 21% y aumentar el área de superficie en un 28%.¹³ Basado en estos estudios se ha determinado a las lesiones del labrum como lesiones preartróticas debido a que la pérdida de esta estructura produce aumento importante en la presión y disminución de la lubricación que puede lle-

var al deterioro de la superficie articular, en estudios en cadáveres han encontrado lesiones labrales con cambios de desgaste en un 93 a 96%.^{4,11,12,14}

Mucho se ha escrito sobre el sitio de localización de las rupturas del labrum, entre un 86 y 94% fueron en el cuadrante anterior de acuerdo con McCarthy *et al.*⁴ y Mintz *et al.*,¹⁵ respectivamente; entre las teorías que se han propuesto explicando la localización tan frecuente podría estar la disminución de la vascularidad en esa región de la cápsula y el labrum acetabular comparada con otras regiones, otra causa es la posibilidad de ser tejidos mecánicamente más débiles a la resistencia de carga y la tercera, que posiblemente sea la asociación a las primeras dos, la región anterior del labrum está sujeta a mayores cargas debido a las actividades que se realizan en la vida diaria, asociado a la anatomía de la cadera, en el que el acetábulo y la cabeza femoral tienen una orientación hacia adelante que promueve la carga en esa dirección.^{3,4}

La etiología de las rupturas está asociada con cinco entidades bien estudiadas en la actualidad: trauma, pinzamiento femoroacetabular, laxitud capsular/hipermobilidad de la cadera, displasia y desgaste; a pesar de que existen lesiones traumáticas aisladas de labrum acetabular, la mayoría de las lesiones pueden ser explicadas a través de las etiologías antes mencionadas y cada una tiene una explicación del mecanismo de lesión.^{16,17}

Respecto a las actividades que pueden ser causantes de las lesiones labrales están las deportivas, en especial aquellas en la que se realizan movimientos repetitivos de pivoteo y rotación externa con carga directa al fémur como lo son el soccer, golf, ballet y hockey; algunas lesiones han sido atribuidas al correr y a las carreras de velocidad atribuyendo la causa a las posiciones extremas que suelen realizarse durante la actividad tales como hiperaducción, hiperextensión y rotación externa.^{18,19} Sin embargo, es importante saber que el 74% de las lesiones no están asociadas a algún evento específico por lo que el paciente suele referirlo de inicio insidioso, lo que hace pensar que sea secundario a microtrauma de repetición.^{4,13,20,21} En este trabajo se puede observar esta relación.

La presentación clínica de las lesiones labrales suele ser tardía ya que frecuentemente los pacientes son manejados por médicos asociados o no a la especialidad en ortopedia, en la que los pacientes son tratados con múltiples manejos y con diferentes diagnósticos.^{13,22} Acerca de esto, existen reportes en los que el promedio del tiempo entre la aparición de la sintomatología y el diagnóstico llega a ser de casi 2

años;^{23,24} en este estudio el promedio fue de 21.5 meses, la explicación más lógica a este hallazgo podría ser el desconocimiento en general de la patología así como del tratamiento, también, los pacientes que comienzan de manera progresiva tienden a tratar de manejar el dolor de manera alternativa antes de hacerlo directamente con el especialista.

El dolor por ruptura del labrum suele ser frecuentemente referido en la región anterior de la ingle o de cadera, ocasionalmente suele referirse en la superficie lateral o posterior en la región glútea; las zonas de irradiación suelen ser diferentes, región lumbar, glútea, muslo y rodilla. El 92% de los pacientes refieren como sitio de dolor la región anterior, 52% tienen dolor referido en el muslo anterior y 38% lo describen en el lado lateral de la cadera.¹³ Varios síntomas mecánicos suelen estar asociados como tronidos, bloqueos articulares o sensación de inestabilidad articular, siendo el tronido el más frecuentemente asociado al dolor.²⁵ El 75% de los pacientes suelen tener dolor de predominio nocturno,²¹ 89% tiene claudicación en la marcha, 67% problemas para subir escaleras, 46% tienen dolor al caminar distancias importantes y 25% tienen molestias al permanecer sentados más de 30 minutos.¹³

La exploración física debe ser la clave del diagnóstico de las lesiones labrales, iniciando con la sospecha posterior a la anamnesis sumado a los hallazgos en la exploración, algunos autores han referido al signo de pinzamiento anterior y posterior, aunque éstos se usan para el diagnóstico del PFA y suelen ser la pauta de la sospecha clínica. Otros signos menos específicos son el de Patric/Faber, Stitchild, *log-roll* y de aprensión; todos ellos pueden variar de acuerdo con la localización de la ruptura labral. En nuestros pacientes fue de llamar la atención que todos presentaron pinzamiento anterior positivo así como *log-roll*.

Respecto al tratamiento de las rupturas del labrum acetabular aún está en estudio el tipo de tratamiento que debe realizarse, varios autores han reportado el resultado de la resección parcial contra la reparación del mismo, y hasta la fecha parece ser muy sutil la diferencia.^{14,18,20,23-26} Sin embargo, parece que la diferencia estriba principalmente en el tipo de lesión a tratar; aquellas lesiones del labrum localizadas en el borde libre, así como de tipo defibrilado, con tejido de mala calidad asociado a otras lesiones parecen ser las ideales para la desbridación hasta llegar a obtener un tejido firme y suficiente; en el caso de las avulsiones y rupturas cercanas al borde óseo, así como aquéllas con tejido firme son posiblemente las que tengan indicaciones de anclaje o reparación,

en este caso las anclas han resuelto perfectamente este problema. Se muestran en varios estudios los resultados de las plastias aparentemente con resultados a largo plazo muy prometedores.^{14,18,20,23-26}

En este trabajo se muestra una serie corta de pacientes postoperados de ruptura del labrum acetabular, aunque pequeña, deja ver en los resultados en concordancia con lo reportado en la literatura mundial, así como la respuesta esperada ante el tratamiento actualmente propuesto.

CONCLUSIÓN

La artroscopia de cadera como tratamiento de las rupturas labrales acetabulares es un método real y reproducible que ha demostrado con el tiempo tener una ventaja sobre otras técnicas, como la cirugía abierta. Sin duda esta técnica requiere de una gran curva de aprendizaje previo entrenamiento, que no por ello la hacen de difícil acceso. Dentro de las desventajas que pudieran considerarse está la necesidad de dispositivos especiales de tracción, mesas, arco en C, artroscopio e instrumental especializado que encarecen el procedimiento, sin embargo parece que en cuanto costo-beneficio no existe duda de su ventaja.

No debemos olvidar que no sólo el conocer la técnica artroscópica es importante, el llegar al diagnóstico lo es más, ya que si éste es incorrecto la técnica se hace inútil. Y para llegar, como se mencionó, la historia clínica, la exploración y la interpretación de los estudios de gabinete son una parte crucial; un buen diagnóstico podrá ser resuelto a través de una buena técnica quirúrgica.

Nosotros recomendamos el estudio sistemático de los pacientes con sospecha de ruptura del labrum con el fin de evitar cirugías innecesarias o pacientes con grandes tiempos de espera para un diagnóstico que pudiera resultar en un decremento importante en el resultado funcional del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Dameron TB. Bucket handle tear of acetabular labrum accompanying posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg* 1959; 41A: 131-134.
- Suzuki S, Away G, Okada Y et al. Arthroscopic diagnosis of ruptured acetabular labrum. *Acta Orthop Scand* 1986; 57: 513-515.
- Robertson WJ, Kadrmans WR, Kelly BT. Arthroscopic management of labral tears in the hip: a systematic review. *Clin Orthop Relat Res* 2007; 455: 88-92.
- McCarthy JC, Noble PC, Schuck MR et al. The Otto E Aufranc Award the role of the labral lesions to development of early degenerative hip disease. *Clin Orthop* 2001; 393: 25-37.
- McCarthy JC, Busconi B. The role of hip arthroscopy to the diagnosis and treatment of hip disease. *Orthopedics* 1995; 18: 753-756.
- Leunig M, Beck M, Woo A, Dora C, Kerboul M, Ganz R. Acetabular rim degeneration: a constant finding in the aged hip. *Clin Orthop Relat Res* 2003; 413: 201-207.
- Tönnis D, Heinecke A. Acetabular and femoral anteversion: relationship with osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Am* 1999; 81: 1474-1470.
- Konan S, Rayan F, Meermans G, Witt J, Haddad FS. Validation of the classification system for acetabular condral lesions identified at arthroscopy in patients with femoroacetabular impingement. *J Bone J Surg Br* 2011; 93(3): 332-336.
- Ilizaliturri VM Jr., Byrd JW, Sampson TG, Guanche CA, Philippon MJ, Kelly BT, Dienst M, Mardones R, Shonnard P, Larson CM. A geographic zone method to describe intra-articular pathology in hip arthroscopy: cadaveric study and preliminary report. *Arthroscopy* 2008; 24(5): 534-539.
- Beck M, Kalhor M, Leunig M et al. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 2005; 87(7): 1012-1018.
- Lewis CL, Sahrman SA. Acetabular labral tears. *Phys Ther* 2006; 86: 110-121.
- Seldes RM, Tan V, Hunt J et al. Anatomy, histologic features, and vascularity of the adult acetabular labrum. *Clin Orthop Relat Res* 2001; 382: 232-240.
- Burnett S, Della Roca G, Prather H et al. Clinical presentation of patients with tears of the acetabular labrum. *J Bone Joint Surg Am* 2006; 88(7): 1448-1457.
- McCarthy J, Nable P, Aluisio FV et al. Anatomy, pathologic features and treatment of acetabular labral tears. *Clin Orthop Relat Res* 2003; 406: 38-47.
- Mintz DN, Hooper T, Connell D, Buly R, Padgett DE, Potter HG. Magnetic resonance imaging of the hip: detection of labral and condral abnormalities using noncontrast imaging. *Arthroscopy* 2005; 21: 385-393.
- Kelly BT, Weiland DE, Schenker ML, Philippon MJ. Arthroscopic labral repair in the hip: surgical technique and review of the literature. *Arthroscopy* 2005; 21: 1496-1504.
- Philippon MJ, Martin RR, Kelly BT. A classification system for labral tears of the hip. *Arthroscopy* 2005; 21 Suppl: e36.
- Fitzgerald RH. Acetabular labrum tears: diagnosis and treatment. *Clin Orthop*. 1995; 311: 60-68.
- Ikeda T, Awaya G, Suzuki S et al. Torn acetabular labrum in young patients. *Arthroscopic diagnosis and management. J Bone Joint Surg Br* 1988; 70: 13-16.
- Santori N, Villar RN. Acetabular labral tears: results of arthroscopic partial limbectomy. *Arthroscopy* 2000; 16(2): 138-141.
- Groh MM, Herrera J. A comprehensive review of the hip labral tears. *Curr Rev Musculoskelet Med* 2009; 2: 105-117.
- Byrd JW, Jones KS. Hip arthroscopy in the presence of dysplasia. *Arthroscopy* 2003; 19: 1055-1060.
- O'Leary JA, Berend K, Vail TP. The relationship between diagnosis and outcome in arthroscopy of the hip. *Arthroscopy* 2001; 17(2): 181-188.
- Byrd JW, Jones KS. Prospective analysis of the hip arthroscopy with 2 years follow-up. *Arthroscopy* 2000; 16: 578-587.
- Farjo LA, Glick JM, Sampson TG. Hip arthroscopy for acetabular labral tears. *Arthroscopy* 1999; 15: 132-137.
- Ilizaliturri VM, Orozco-Rodríguez L, Acosta-Rodríguez E, Camacho-Galindo J. Arthroscopic treatment of cam type femoroacetabular impingement: preliminary report at 2 years minimum follow-up. *J Arthroplasty* 2008; 23: 226-234.