

Editorial

Artroscopía de cadera... ¿Vamos bien?

Tey M,* Altisench JM**

Hospital CIMA, Barcelona, España

El enfoque tradicional de la patología de la cadera se ha limitado tradicionalmente a considerar sólo la estructura osteocondral de la misma. Sin embargo, la cadera es una estructura mucho más compleja, no la simple suma de acetábulo y cabeza femoral.

El enfoque de la cadera dolorosa debe hacerse como si se tratase de una cebolla. Está formada por múltiples capas, cada una de las cuales puede ser causa de dolor y limitación funcional. Este enfoque de la cadera propuesto por Hal Martin en el Congreso Internacional de Artroscopía de Cadera en Boston en el 2012, permite profundizar en las causas de dolor de la cadera de forma mucho más detallada.

Así deben diferenciarse cuatro capas, cada una con sus distintas expresiones patológicas. En la capa más profunda, la osteoarticular, reconoceremos malformaciones como la displasia de cadera o el choque femoroacetabular, problemas vasculares y óseos, así como la enfermedad de Perthes en los niños o la necrosis isquémica de la cabeza femoral, traumáticas como las fracturas de cadera o degenerativas como es la artrosis de cadera. Sin duda, éstas son las alteraciones más reconocibles en la población general, por su enorme trascendencia y frecuencia. El gran avance de la cirugía ortopédica del pasado siglo ha sido el tratamiento de estas enfermedades, tanto por la osteosíntesis interna, como, sobre todo, por la cirugía protésica. La segunda capa es la cápsulo-ligamentaria, donde reconoceremos las lesiones del rodete acetabular, del ligamento redondo o la inestabilidad de la cadera. Esta capa tan estudiada en la rodilla (por ejemplo: la reconstrucción del ligamento cruzado anterior [LCA] y complejo posterolateral) es menos conocida en la cadera, pero igualmente importante. La tercera capa la confiere la

estructura musculotendinosa, la cual es muy atendida por los fisioterapeutas y es de suma importancia en una articulación con una potentísima estructura muscular. Así tenemos la patología de los tendones de los glúteos, del potente iliopsoas o de los isquiotibiales. La cuarta capa, mucho menos conocida, es la neurovascular. El dolor por la irritación del nervio ciático ha sido tradicionalmente atribuido a las alteraciones de la columna de forma exclusiva; sin embargo, las causas intrapelvicas y en el espacio subglúteo son de suma importancia y no deben ignorarse.

La patología de la cadera debe contemplarse como la afectación en estas capas, de forma aislada o combinada. El ejemplo más actual de ésta puede corresponder al choque femoroacetabular, en el que existe una afectación de la capa osteocondral (deformidad CAM del fémur) que provoca una lesión de la capa cápsulo-ligamentaria (rodete acetabular), asociándose frecuentemente una lesión de la tercera capa (tendinopatía del psoas) y ocasionalmente un atrapamiento del nervio ciático (cuarta capa, neurovascular) por contractura del piramidal o atrapamiento isquiofemoral asociado.

Sin lugar a dudas, la cirugía de preservación de la cadera y particularmente la cirugía artroscópica cobran un protagonismo de primer orden en este nuevo escenario. Habrá que construir la evidencia, cometeremos errores y tendremos que volver al principio más de una vez, debemos tener la humildad suficiente para admitirlo, explicarles a nuestros pacientes qué parte de sus expectativas podremos cubrir y el valor para alertar a la comunidad médica. Pero no puede ser ignorado este camino, que pese a la desconfianza de algunos grupos, definirá la cirugía de cadera de los próximos años.

www.medigraphic.org.mx

* Unidad Artroscopía de Cadera ACTUA, Girona, España. ICATME, Hospital Dexeus, Barcelona, España.

** Unidad Artroscopía, Hospital CIMA, Barcelona, España.

Dirección para correspondencia:
Altisench JM
E-mail: jaltisench@aeartroscopia.com

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