



PINZAMIENTO FEMOROACETABULAR. ESTUDIO CLINICO LABORAL DESDE EL AMBULATORIO

Dra. MJ. Rodríguez Macías, Dra. M. Díaz Morfa, Dra. P. Balsera Romero, Dr. García Berlinches, Dr. F. García de Lucas
FREMAP. Madrid. España

Introducción

El dolor inguinal es una causa frecuente de alta prevalencia que provoca malestar y discapacidad en la población joven y activa. Una de las causas posibles es el pinzamiento femoro-acetabular.

La incidencia de esta enfermedad es desconocida en la población general.

El pinzamiento femoro-acetabular es una patología de diagnóstico relativamente reciente, caracterizada por un contacto anómalo entre el acetábulo y la unión de cabeza-cuello femoral, lo que conlleva a un daño en el labrum y una lesión condral temprana.

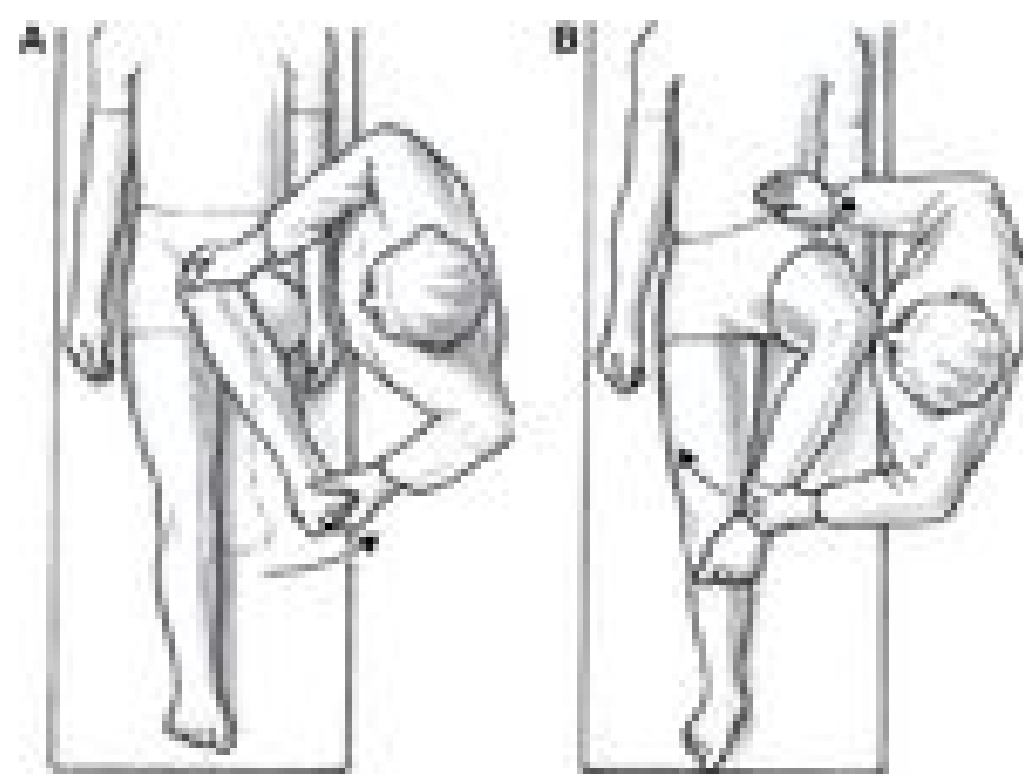
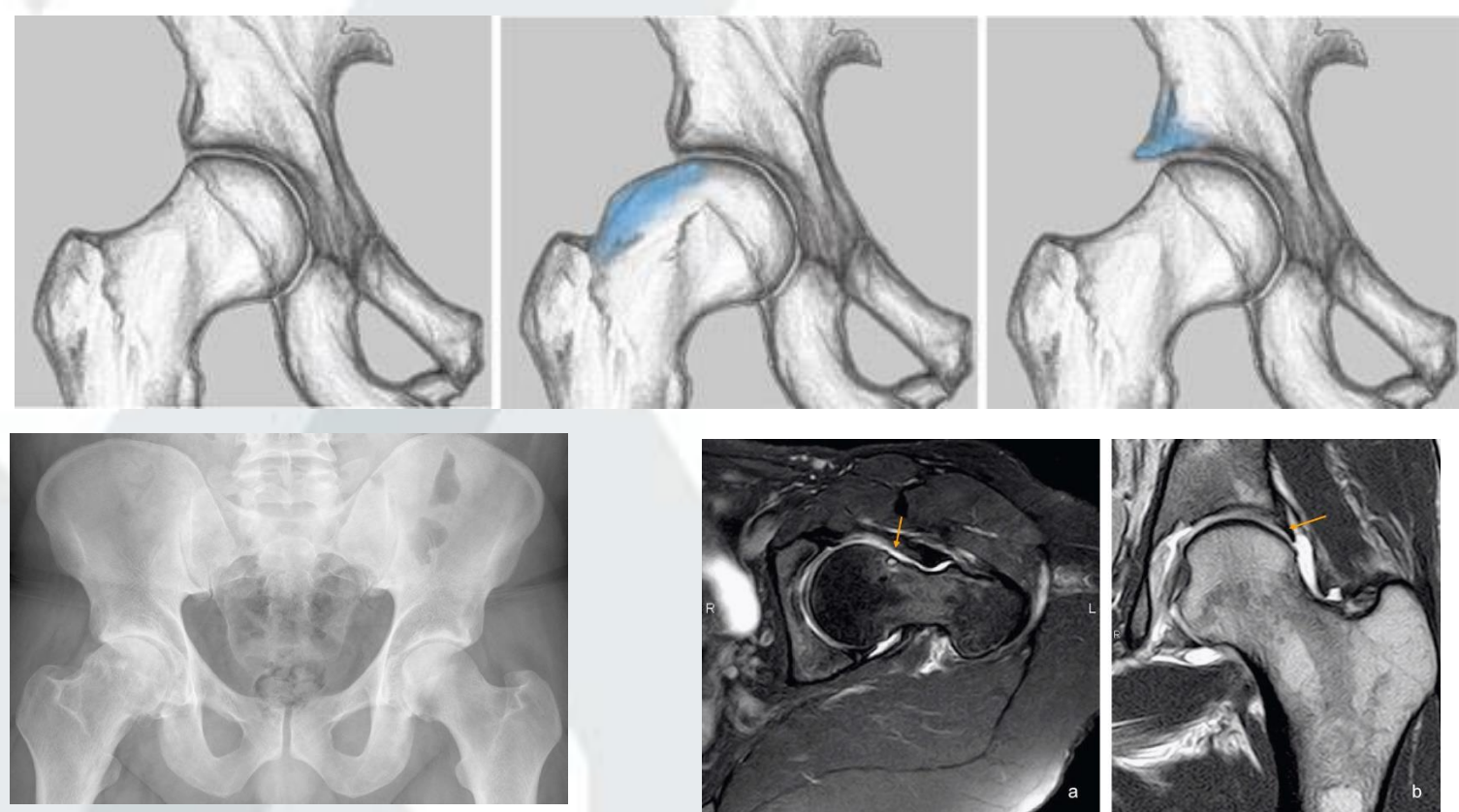
Suele debutar con dolor en la cadera, normalmente de instauración insidiosa, que se irradia a la ingle.

Menos frecuentemente, puede aparecer de manera brusca ante un traumatismo banal. Suele estar acompañado de impotencia funcional.

Objetivos

Determinar la incidencia de esta enfermedad en la cohorte de pacientes que acudieron en el periodo de un año a FREMAP Villalba.

Analizar la influencia de diversos factores sobre la evolución de la misma.



Material y métodos I

Acudieron un total de 6000 pacientes. El 30% padecieron de dolor inguinal y/o peri inguinal. Un 17 % de ellos tenían patología en torno a la cadera y de ellos 10 casos fueron diagnosticados de pinzamiento femoro acetabular.

Se realizó el diagnóstico combinado la exploración clínica compatible (Maniobra de FADIR +), estudio radiológico y confirmación con resonancia magnética de alto campo.

Edad entre 30-60 años. (Laboral)

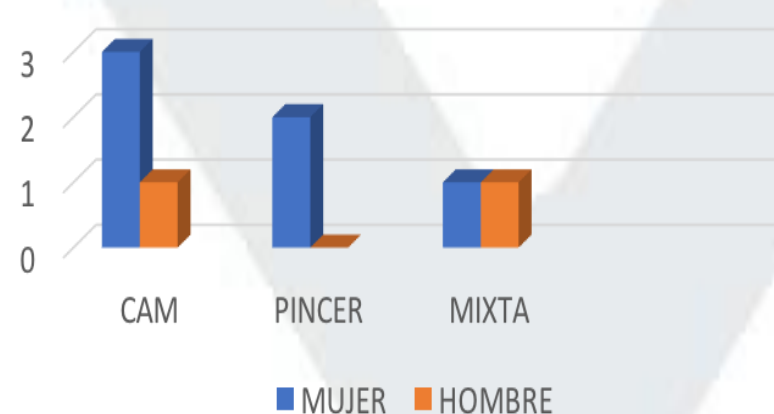
El 60% fueron mujeres. Un 50% de ellas tuvieron afectación radiológica bilateral y sintomática unilateral. Todos los varones desarrollaban trabajos de alta demanda funcional y las mujeres demanda media.

El miembro afecto sintomático en un 100% de los casos fue el dominante.

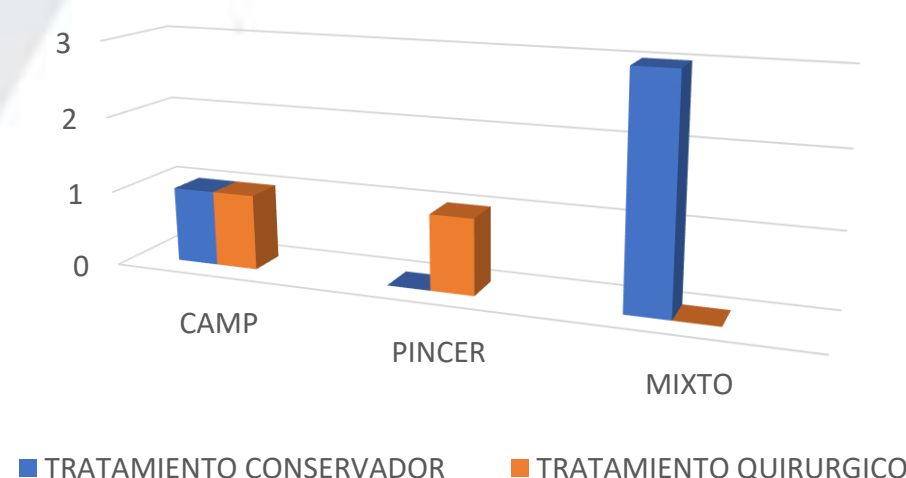
Respecto al tipo de pinzamiento el 40% fue tipo CAM, el 40% MIXTA y el 20% PINCER.



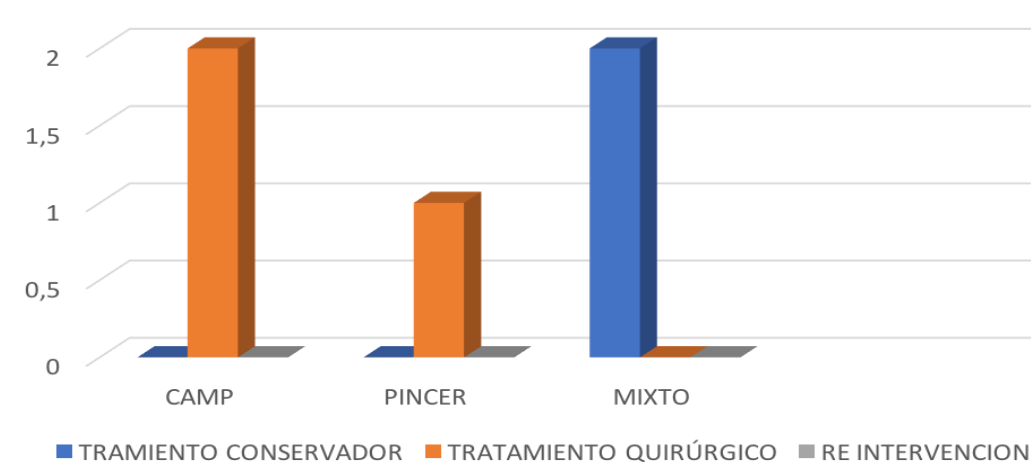
TIPO DE PFA



MUJERES INTERVENIDAS SEGÚN EL TIPO DE LESIÓN

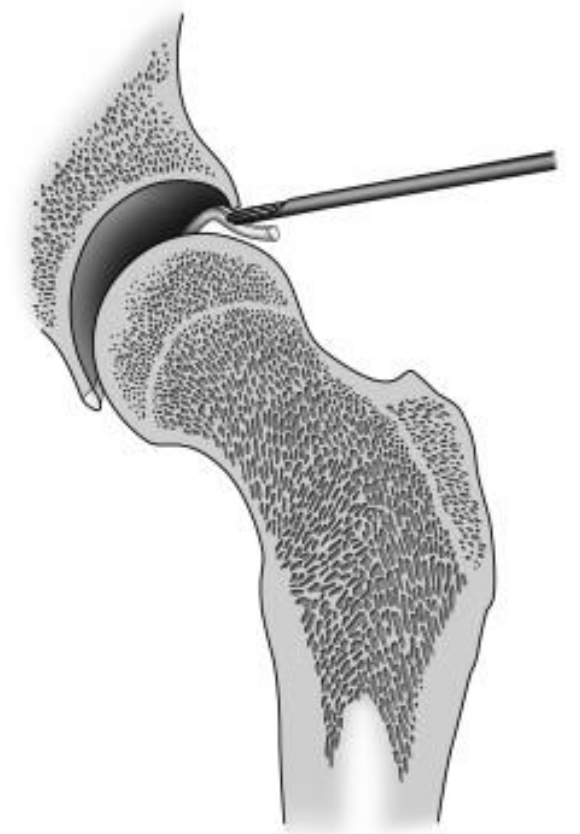
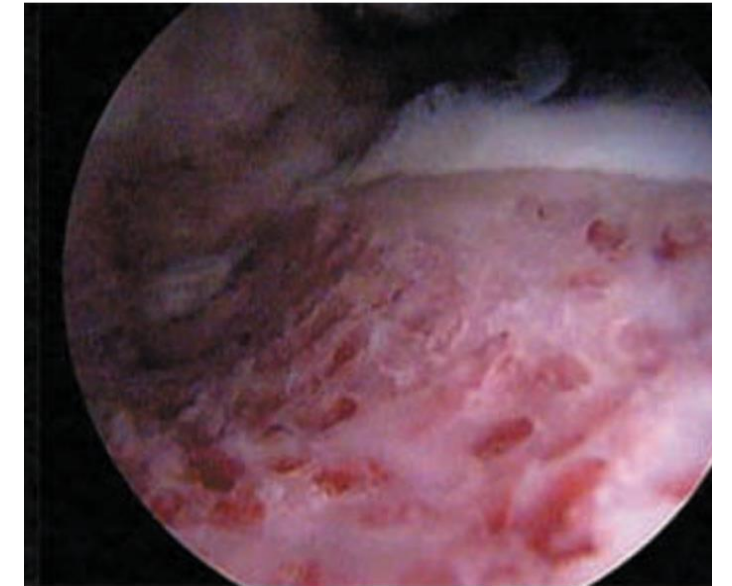
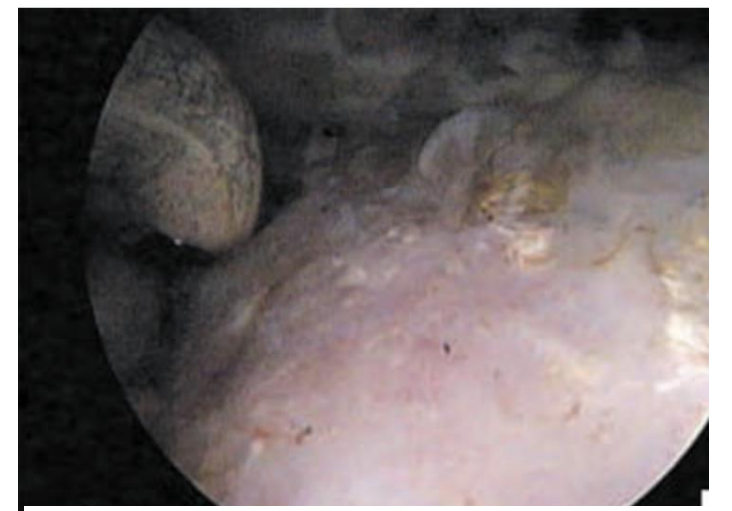
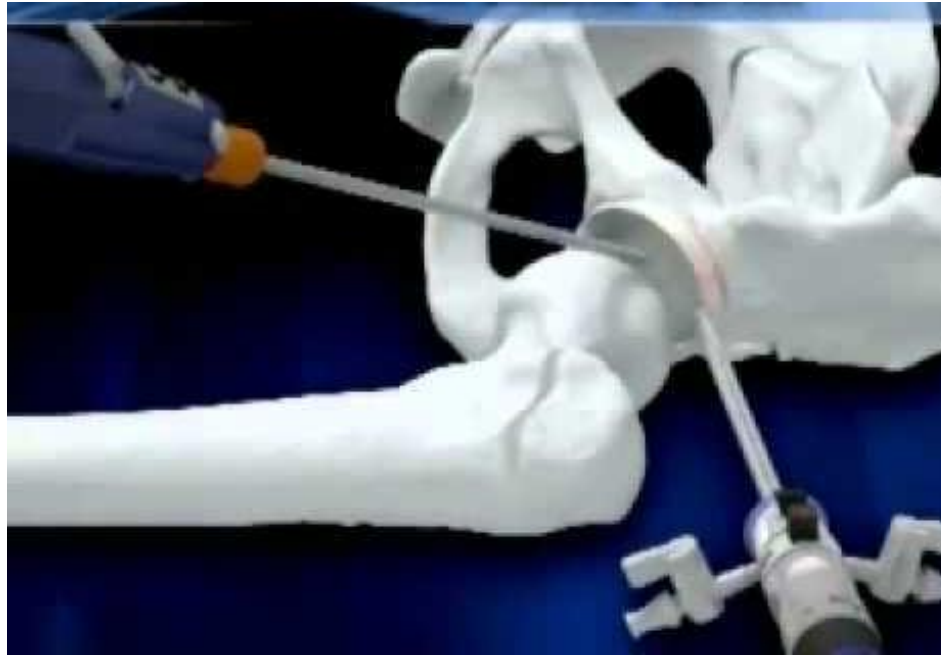
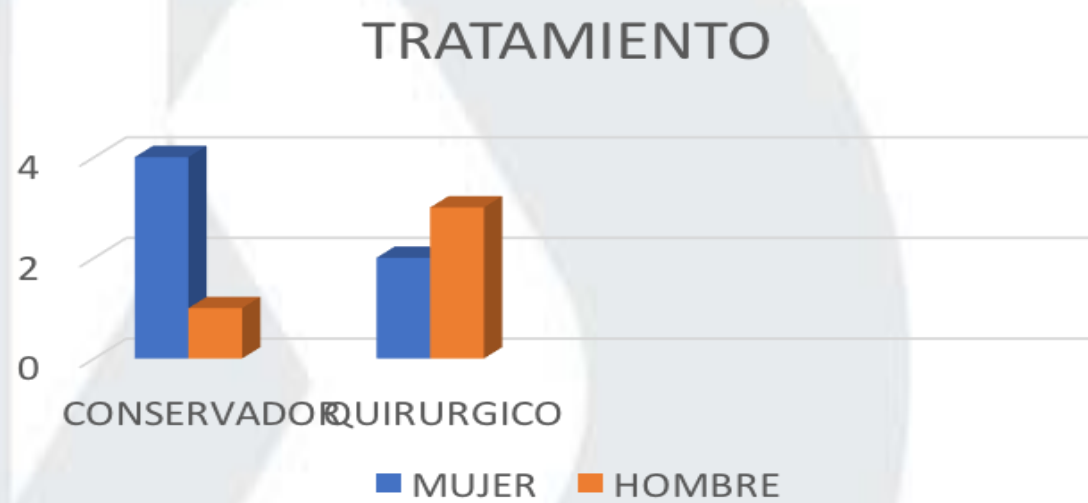


VARONES INTERVENIDOS SEGÚN TIPO DE LESION Y REINTERVENCION



Material y métodos II

Se realizó tratamiento rehabilitador tras diagnóstico independientemente de tipo de lesión radiológica durante al menos tres meses. Los que tuvieron mala evolución se re-evaluaron y se sometieron a tratamiento quirúrgico mediante artroscopia. En las lesiones tipo CAM se realizó desbridamiento de lesión labral y femoroplastia. En las lesiones tipo PINCER se realizó acetabuloplastia. Las artroscopias fueron realizadas por distintos cirujanos en seguridad social y la mutua al 50%.



Resultados

El 80% de las mujeres independientemente del tipo de lesión respondieron a tratamiento conservador y se reincorporaron al trabajo original. El 75% de varones tuvieron que ser intervenidos y de ellos el 50% antes del año, necesitando prótesis total de cadera. El 25 % de varones se reincorporó a su trabajo. Se realizó en todos ellos un protocolo de rehabilitación específico postoperatorio.

Conclusiones

- Encontramos que en nuestro medio laboral el pinzamiento femoro acetabular tiene baja incidencia.
- Muy importante el diagnóstico precoz para un seguimiento y tratamiento específico intentando evitar complicaciones.
- Aunque en la literatura no parecen existir diferencias significativas respecto a tipo de pinzamiento y la evolución clínica, en nuestra serie se intervinieron por síntomas floridos los pacientes con lesión tipo CAMP.
- El tipo de trabajo condiciona la reincorporación.

Bibliografía

1. Philippon MJ, Briggs KK, Yen YM, Kuppersmith DA Outcomes following hip arthroscopy for femoroacetabular impingement with associated chondrolabral dysfunction: minimum two-year follow-up. J Bone Joint Surg Br 91(1):16-23,2009.
2. Sampson TG Arthroscopic treatment of femoroacetabular impingement: a proposed technique with clinical experience. Instr Course Lect 55:337-46,2006.
3. Byrd JW Hip arthroscopy utilizing the supine position. Arthroscopy 10(3):275-80,1994.
4. Notzli HP, Wyss TF, Stoecklin CH, Schmid MR, Treiber K, Hodler J The contour of the femoral headneck junction as a predictor for the risk of anterior impingement. J Bone Joint Surg Br 84(4):556- 60,2002.
5. Stahelin L, Stahelin T, Jolles BM, Herzog RF Arthroscopic offset restoration in femoroacetabular cam impingement: accuracy and early clinical outcome. Arthroscopy 24(1):51-7 e1,2008.
6. Tonnis D, Heinecke A Acetabular and femoral anteversion: relationship with osteoarthritis of the hip. J Bone Joint Surg Am 81(12):1747-70,1999.