

La artroscopia en el Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de la Cadera: Reporte de los Primeros 53 Casos

Trabajo Realizado en: The Robert Jones and Agnes Hunt Hospital Oswestry, Inglaterra

Dr. Gabriel Khazen,* Prof. James Richardson*

Dr. Gabriel Khazen, Prof. James Richardson. **La Artroscopia en el Diagnóstico y Tratamiento de las Lesiones de la Cadera: Reporte de los Primeros 53 Casos**

Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol. 34, N° 2, Octubre 2002.

RESUMEN

La artroscopia de cadera ha sido reconocida últimamente como una herramienta adicional muy útil en el diagnóstico y tratamiento de la patología de esta articulación. La localización profunda de la cadera y la proximidad de estructuras neurovasculares importantes, hacen la inserción y maniobrabilidad de los instrumentos artroscópicos mucho más difíciles, limitando así el campo visual. El propósito de este trabajo fue describir la experiencia de este centro, en el diagnóstico y tratamiento de la patología de la cadera por vía artroscópica. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se evaluaron 53 pacientes entre 1996 y 1998, con edades entre 21 y 51 años. A 22 pacientes se les realizó con fines diagnósticos y a 31 con fines terapéuticos. Se consideró como mejoría de los síntomas, a la referencia del paciente y un aumento mínimo de 20 puntos en la Escala de Cadera de Harris. **RESULTADOS:** La artroscopia de cadera fue un excelente método diagnóstico en nuestros pacientes con dolor de cadera refractario a tratamiento y sin causa aparente del dolor antes del procedimiento. Los pacientes con cuerpos intraarticulares libres, torceduras del rodete glenoideo y sinovitis resultaron muy beneficiados con este método terapéutico, no así los pacientes con detritus articular por osteoartritis. Como complicaciones apreciamos un paciente con impotencia sexual y otro con lesión del nervio Ciático Poplíteo externo, que se recuperaron antes de los dos meses postoperatorio. **CONCLUSIÓN:** La artroscopia de cadera es un excelente método diagnóstico en pacientes con dolor de cadera, cuando la clínica y los métodos diagnósticos no invasivos no son concluyentes; y en el tratamiento de sinovitis, lesiones del rodete glenoideo y remoción de cuerpos libres de la articulación.

PALABRAS CLAVE

Artroscopia, cadera.

ABSTRACT

The hip arthroscopy is being lately recognized as a very useful tool in the diagnosis and treatment of hip disorders. The deep hip localization and the proximity of important neurovascular structures, makes the performance of the surgery more difficult. The purpose of this paper was to show this Hospital experience in the arthroscopy diagnosis and treatment of hip disorders. **MATERIALS AND METHODS:** We reviewed 53 patients between 1996 and 1998, ages ranging between 21 and 51 years old. Diagnostic arthroscopy was performed in 22 patients and therapeutic in 31 patients. Improvement was considered by patient pain free reference and with 20 points upgrade in the Harris hip score. **RESULTS:** The hip arthroscopy was an excellent diagnosis instrument in our patients with hip pain refractory to medical treatment and without any diagnosed pathology. The patients with intraarticular loose bodies, labrum torsion and synovitis had a great symptoms improvements, but those with osteoarthritis didn't. A Popliteus Sciatic nerve neuropraxia and a patient with sexual impotence that recovered before two months postop., were the major complications seen. **CONCLUSION:** The hip arthroscopy is an excellent diagnosis tool in patients with hip pain, when physical exam and no invasive diagnosis tools fail; and in the treatment of synovitis, labrum disorders and loose bodies removal.

KEY WORDS

Arthroscopy, Hip.

INTRODUCCIÓN

La artroscopia de cadera ha sido reconocida últimamente como una herramienta adicional muy útil en el diagnóstico y tratamiento de la patología de esta articulación.

La localización profunda de la cadera y la proximidad de estructuras neurovasculares importantes, hacen la inserción y maniobrabilidad de los instrumentos artroscópicos mucho más difíciles, limitando así el campo visual.

El propósito de este trabajo fue describir la experiencia de este centro, en el diagnóstico y tratamiento de la patología de la cadera por vía artroscópica.

* Presentado en el XII Congreso Venezolano de Cirugía Ortopédica y Traumatología, Septiembre 2000, Caracas, Venezuela.

MATERIALES Y MÉTODOS

A 53 pacientes se les practicó artroscopia de cadera entre 1996 y 1998, con edades comprendidas entre 21 y 51 años; 22 eran de sexo masculino y 31 de sexo femenino.

A 22 pacientes que presentaban dolor en la cadera de etiología desconocida y refractario a tratamiento médico, se les realizó la artroscopia de la cadera con intención diagnóstica y a 31 se les realizó con intención terapéutica presentando estos últimos como diagnósticos más frecuentes: osteoartritis de cadera (primaria o secundaria), cuerpos libres en la cadera, prótesis total dolorosa y displasia acetabular entre otras.

Los pacientes fueron colocados en una mesa ortopédica y en posición supina, con fracción suficiente en el miembro afectado para lograr un espacio de aproximadamente 8 a 10 mm. entre el acetábulo y la cabeza femoral. Se realizaron dos portales para abordar la articulación, uno anteroparatrocántero y otro anterior en la intersección de líneas imaginarias entre la espina ilíaca anterosuperior y el trocánter mayor. Bajo intensificador de imágenes se introdujo un artroscopio de 70 grados, después de asegurarse el abordaje intracapsular de la articulación con agujas de 1.6 x 150 mm.

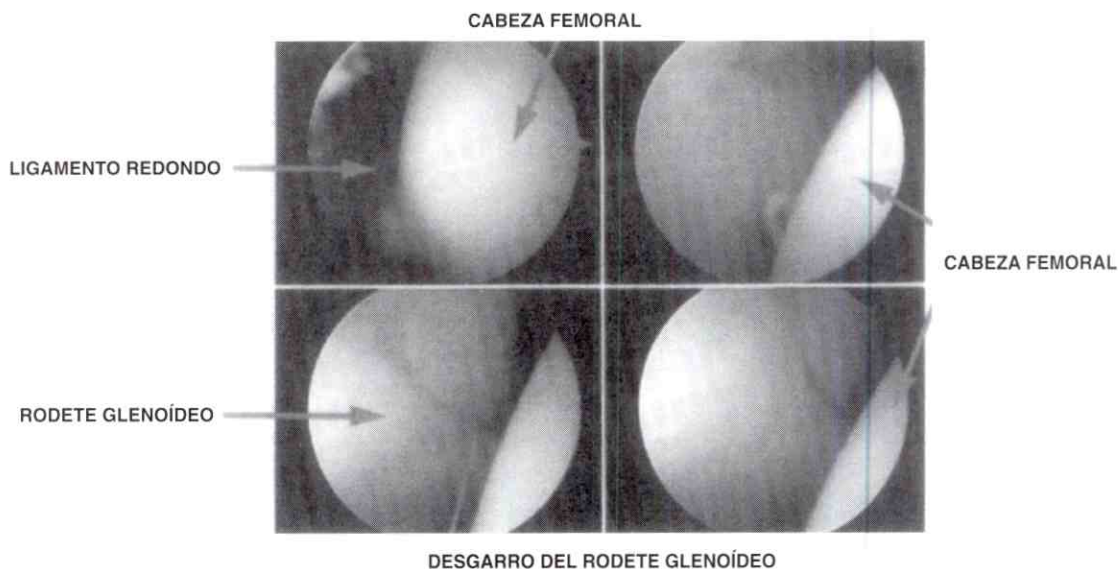
Para efectos del trabajo se consideró mejoría de los síntomas a la referencia del paciente y al aumento de la puntuación de la escala de Harris en un mínimo de 20 puntos aproximadamente.

(1995) concluyó que la artroscopia de cadera es un procedimiento de mucho valor diagnóstico y terapéutico, en pacientes con dolor de cadera refractario a tratamiento médico. Nosotros pudimos ofrecer un diagnóstico a nuestros pacientes con dolor de cadera refractario a tratamiento médico y sin causa aparente del dolor antes del procedimiento.

Furke en 1994 destacó las ventajas diagnósticas y terapéuticas de la artroscopia de cadera en la presencia de cuerpos intraarticulares libres y torceduras del labrum acetabular ó rodete glenoideo. Los pacientes a los cuales se les removió un cuerpo libre intraarticular o un daño previo del rodete glenoideo, 'refirieron una notable mejoría de su sintomatología después del procedimiento; igualmente los pacientes con sinovitis se mostraron muy satisfechos con los resultados postquirúrgicos.

Ide en 1991 sugirió que el detritus articular en osteoartritis de cadera era una buena indicación de artroscopia de la misma. En nuestra experiencia el procedimiento no fue muy gratificante en la osteoartritis de cadera, solo un 38% de estos pacientes mejoró sus síntomas después de la artroscopia.

En pacientes con reemplazo articular que presentan dolor de cadera, la artroscopia demostró ser eficiente al remover detritus de polietileno o cemento, mejorando la sintomatología cuando son éstos la causa del dolor; se debe resaltar la dificultad de introducir el artroscopio en estos pacientes debido a los cambios anatómicos posteriores al reemplazo articular.



DISCUSION

La artroscopia de cadera se ha convertido en una herramienta muy importante para los cirujanos ortopédicos. McCarthy

Di Stefano y col. en 1996, reportó 3 casos de parálisis del nervio femoral después de realizar 19 artroscopias de cadera y Bernard en 1996 previno acerca del riesgo de lesiones neurovasculares luego del procedimiento. En la revisión de nues-

A) Tabla de pacientes a los que se les practicó artroscopia con fines diagnósticos

PAC	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	DIAGNOSTICO ARTROSCOPICO	MEJORIA
1)	20	Fem	?	Sinovitis	Sí
2)	28	Fem	?	Sinovitis	Sí
3)	37	Fem	Traumatismo en cadera	Ruptura parcial ligamento redondo	No
4)	50	Fem	?	Lesión parcial labrum acetabular	No
5)	21	Fem	Lesión de labrum acetabular?	Lesión parcial labrum acetabular	Sí
6)	29	Masc	Lesión de labrum acetabular?	Sinovitis	Sí
7)	32	Fem	Lesión de labrum acetabular?	Lesión parcial labrum acetabular	Sí
8)	49	Fem	?	Lesión parcial labrum acetabular	Sí
9)	35	Masc	?	Lesión parcial labrum acetabular	No
10)	29	Fem	Lesión de labrum acetabular?	Labrum acetabular normal	No
11)	13	Fem	?	No hubo hallazgos	No
12)	30	Fem	?	Condromalacia	No
13)	52	Fem	Traumatismo en cadera	Osteofito en acetábulo	No
14)	66	Masc	?	Osteofito en cabeza femoral	Sí
15)	54	Fem	Cuerpo libre en articulación?	No hubo hallazgos	No
16)	45	Fem	?	Quiste en acetábulo	No
17)	44	Fem	?	Lesión parcial labrum acetabular	Sí
18)	44	Fem	Lesión de labrum acetabular?	Lesión parcial labrum acetabular	Sí
19)	37	Masc	Cuerpo libre en articulación?	Cuerpo libre en articulación	Sí
20)	41	Fem	Cuerpo libre en articulación?	Lesión parcial labrum acetabular	No
21)	51	Fem	Lesión de labrum acetabular?	Lesión cartilago acetabular	No
22)	41	Masc	Displasia de cadera	Lesión cartilago femoral	No

B) Tabla de pacientes a los que se les practicó artroscopia con fines terapéuticos

PAC	EDAD	SEXO	DIAGNOSTICO PRESUNTIVO	DIAGNOSTICO ARTROSCOPICO	MEJORIA
1)	45	Masc	Osteoartritis	Lavado articular y extracción osteolito	Sí
2)	29	Masc	Displasia acetabular	Lavado articular	Sí
3)	34	Masc	Osteoartritis	Lavado articular	No
4)	27	Masc	Displasia acetabular	Reparación de labrum acetabular	Sí
5)	43	Fem	Prótesis (dolor)	No se pudo abordar articulación	No
6)	40	Masc	Osteoartritis tritis	Lavado articular y extracción osteolito	No
7)	48	Masc	Prótesis (dolor)	Extracción de cuerpo libre (cemento)	Sí
8)	64	Masc	Osteoartritis	Lavado articular y extracción osteofito	Sí
9)	49	Masc	Osteoartritis	No se pudo abordar artic (artrotomia)	No
10)	45	Masc	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular	No
11)	38	Masc	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular y excisión de labrum	Sí
12)	48	Fem	Osteoartritis	Lavado articular	Sí
13)	37	Masc	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular y extracción cuer libres	No
14)	38	Masc	Osteoartritis	Lavado articular y extracción osteofito	Sí
15)	23	Fem	Legg-Perthes (0. A)	Liberación quiste acetabular	No
16)	52	Fem	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular y extracción osteofito	No
17)	47	Fem	Prótesis (dolor)	Lavado articular (extracción de detritus)	No
18)	50	Masc	Osteoartritis	Lavado articular y extracción osteolito	No
19)	46	Masc	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular	Sí
20)	33	Masc	Osteoartritis	Lavado articular	No
21)	29	Masc	Cuerpo libre intraarticular	Extracción de cuerpo libre intraarticular	Sí
22)	29	Masc	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular y remoción de osteolito	No
23)	65	Fem	Osteoartritis	Lavado articular y lib. quiste acetabular	No
24)	51	Fem	Osteoartritis	Lavado articular	No
25)	53	Fem	Osteoartritis	Lavado articular y lib quiste acetabular	Sí
26)	25	Fem	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular	No
27)	50	Fem	Osteoartritis post-trauma	Lavado articular y remoción de osteolito	Sí
28)	34	Fem	Osteoartritis	Lavado articular	No
29)	47	Fem	Osteoartritis	Lavado articular y remoción de osteofito	No
30)	38	Fem	Osteoartritis	Lavado articular	No
31)	49	Fem	Osteoartritis	Lavado articular y extracción cuerp libres	Sí

tros casos encontramos como complicaciones: una ruptura de pinza que ameritó artrotomía para su extracción, un paciente presentó impotencia sexual y otro lesión del nervio Ciático Poplíteo externo, por efecto de la tracción del miembro afectado durante el acto operatorio, ambos se recuperaron en los dos meses posteriores a la cirugía.

CONCLUSIÓN

La artroscopia de cadera fue un útil procedimiento en el diagnóstico y tratamiento de nuestros pacientes; no ha habido una complicación mayor en los 4 años de seguimiento.

La artroscopia de cadera sigue teniendo aún limitadas indicaciones y en nuestra experiencia, es de valor excepcional en el diagnóstico de lesiones de esta articulación, cuando la clínica y los métodos diagnósticos no invasivos no son concluyentes y en el tratamiento de sinovitis, lesiones del rodete glenoideo y remoción de cuerpos libres intraarticulares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morrey, B.: Reconstructive surgery of the joints. Second edition, 1996: 758-783.
2. Canale, T.: Campbell's Operative Orthopaedic. ninth edition, 1998, volume II: 1540-1562.
3. Bird, J.: Arthroscopy for post-traumatic loose fragments in the young active adult: 3 cases report. *Clinical Journal of Sport Medicine*. 1996; 6: (129-33).
4. McCarthy, J.: The role of hip arthroscopy in the diagnosis and treatment of hip disease. *Orthopaedics*, 1995; 18: (753-6).
5. Kim, S.: Operative hip arthroscopy. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 1998; 353: (156-63).
6. Morrey, B.: Femoral nerve palsy after arthroscopic surgery with an infusion pump irrigation system: a report of 3 cases. *American Journal of Orthopaedics*. 1996; 25: (145-8).
7. Dorfmann, H., Boyer, T.: Arthroscopy of the hip: 12 years experience. *Arthroscopy*, 1999; 15: 67-72.
8. McCarthy, J., Mason, J., Wardell, S.: Hip arthroscopy for acetabular dysplasia: a pipe dream?. *Orthopedics* 1998; 21: 977-9.
9. Lage, L., Patel, J., Villar, R.: The acetabular labral tear: an arthroscopic classification. *Arthroscopy* 1996; 12: 269-72.
10. Edwards, D., Lomas, D., Villar, R.: Diagnosis of the painful hip by magnetic resonance imaging and arthroscopy. *J.B.J.S. British volume* 1995; 77: 3 74-6.