

CASOS CLÍNICOS**Diagnóstico y Tratamiento de la Lesión Labral Acetabular**

Dr. José Acuña,* Dr. D. Comando,** Dr. G. Zapata,*** Dr. M. Trilnik,**** Dr. Horacio Caviglia*****

Dr. José Acuña, Dr. D. Comando, Dr. G. Zapata, Dr. M. Trilnik y Dr. Horacio Caviglia. **Diagnóstico y Tratamiento de la Lesión Labral Acetabular.**

Revista Venezolana de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Vol. 32, Nº 1, Marzo 2000.

RESUMEN

Se describe un caso de lesión labral acetabular, haciendo un estudio sobre el diagnóstico y tratamiento de esta lesión.

PALABRAS CLAVE

Labrum, Acetabulo.

ABSTRACT

One case of acetabular labrum lesion, a study is made of the diagnosis and treatment of this lesion.

KEY WORDS

Labrum, Acetabulum

INTRODUCCIÓN

El dolor de cadera de naturaleza mecánica con o sin click ha sido asociado con una cantidad de entidades clínicas.^{1,2,4,10} El labrum acetabular tiene un número importante de funciones, éstas incluyen la contención de la cabeza femoral durante el desarrollo acetabular,⁵ y la estabilización de la cadera¹² por aumento de la superficie articular. Dorrell,² fue el primero en reportar una lesión aguda del labrum acetabular asociada con displasia. Posteriormente, varios autores han hecho estudios de importancia en cuanto a la presentación de la patología, siendo el realizado por Fitzgerald³ uno de los más extensos y completos en el estudio de esta afección. El síndrome del anillo acetabular

es una condición patológica del labrum acetabular, asociada particularmente con displasia de cadera, en la cual hay una desinserción del limbus del anillo acetabular. El Labrum acetabular ha sido estudiado desde el punto de vista imagenológico lográndose explicar su evaluación a través de técnicas avanzadas como la RMM⁴ (Fig. 1) e incluso la artroscopia.



* Médico Traumatólogo del Hospital Universitario "Dr. Manuel Núñez Tovar". Maturín, Venezuela. Fellowship "Hospital General de Agudos Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina.

** Médico Traumatólogo. Jefe de Unidad de Guardia, "Hospital General de Agudos Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina.

*** Médico Residente del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital General de Agudos Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina.

**** Médico Traumatólogo del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital General de Agudos Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina.

***** Jefe de Unidad del Servicio de Ortopedia y Traumatología. Hospital General de Agudos Juan A. Fernández", Buenos Aires, Argentina.

Desde el punto de vista artroscópico⁹ las lesiones labrales se clasifican en:

- **Aleta radial:** son lesiones que incluyen el margen libre del labrum con la consecuente formación de una discreta aleta.
- **Fibración radial:** tienen la apariencia de pelos en el margen libre del labrum, son más frecuentes en los casos de patología degenerativa.
- **Lesiones periféricas longitudinales:** a lo largo de la inserción acetabular del labrum.
- **Inestables:** lesiones inestables que son consecuencia de la mala función labral.

Sin embargo, el síndrome del borde acetabular como una presentación clínica característica de enfermedad labral no aparece frecuentemente.⁷ La clínica de este síndrome viene dada por dolor en la ingle, descrito como de naturaleza cortante y exacerbado por la marcha o por prolongados períodos donde el paciente se encuentra sentado, complementado en el examen físico con la prueba del pinzamiento (impingement), la cual se realiza rotando internamente la cadera y luego realizando flexión pasiva a 90° y aducción de 15°⁶ (Fig. 2).

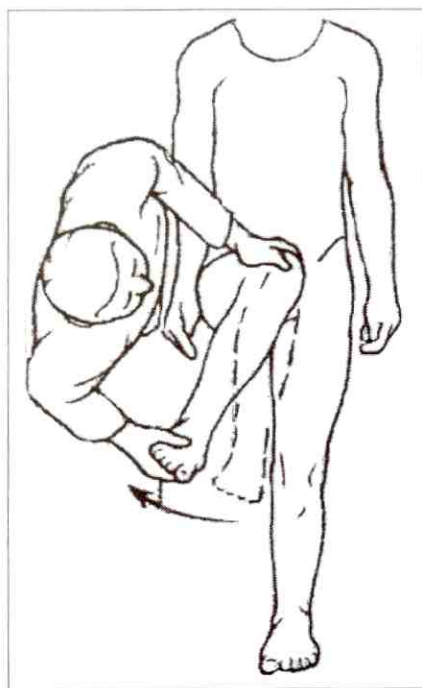


Fig. 2. Exploración de la lesión.

La evaluación radiográfica utilizando visión antero-posterior y en falso perfil⁸ deben ser obtenidas aunque en éstas la evidencia conduce, sobre todo, al diagnóstico de displasia de cadera, que según este método se ha clasificado en:⁶

- **Tipo I:** Incluye una articulación incongruente en la cual el acetábulo está verticalizado, con una disminución de su profundidad, y con un radio de curvatura mayor que el de la cabeza femoral, la hipertrofia del labrum y la cápsula pueden ser interpretados como una respuesta fisiológica a las fuerzas cizallantes en un intento de corregir la incongruencia ósea.
- **Tipo II:** es una articulación más congruente pero la superficie articular se encuentra con una magnitud disminuida, y una presión aumentada, especialmente en el sitio donde el margen acetabular está en contacto con el polo superior de la cabeza femoral. Las fuerzas producen remodelación local y el resultado puede ser una fractura por fatiga con la separación del borde acetabular.

En casos severos se puede observar, en la radiografía simple, el fragmento lesionado; la RMN con Gadolinium es el procedimiento más útil para detectar la lesión labral, puesto que en ella se detecta la condición de la patología labral que incluye lesión, cambios degenerativos y la formación de quistes y gangliones. El tratamiento es visto en asociación con la displasia subyacente y, además se hace, posteriormente el retensado del labrum o la resección de la lesión.

CASO CLÍNICO

Trataremos el caso de una paciente de 19 años de edad, de sexo femenino quien refiere dolor punzante en cadera derecha, de moderada intensidad, irradiado a la ingle y a la cara medial del muslo ipsilateral, exacerbado por períodos prolongados de estar sentada y atenuado por la realización de movimientos de extensión forzada en dicha cadera, además presentaba antecedentes de poliomielitis de predominio en miembro inferior izquierdo a los 9 meses de edad. Al examen físico se observa marcha de Trendelenburg asistida con ortesis pelvi-pédica en miembro inferior izquierdo, prueba de pinzamiento acetabular positiva y presencia de click en cadera derecha, los rangos de movilidad de dicha articulación eran: flexión: 110°; extensión: 15°; aducción: 20°; abducción: 10°; rotación interna: 15°; rotación externa: 10°. Radiológicamente se evidenció en las radiografías simples displasia de cadera derecha tipo II,⁶ y coxa valga de 140° (Fig. 3).

En el estudio RMN se apreciaba, en los cortes sagitales, una lesión del labrum acetabular a nivel del limbus (Fig. 4).

El tratamiento consistió en osteotomía varizante, desrotadora de 1/3 proximal de fémur derecho, se

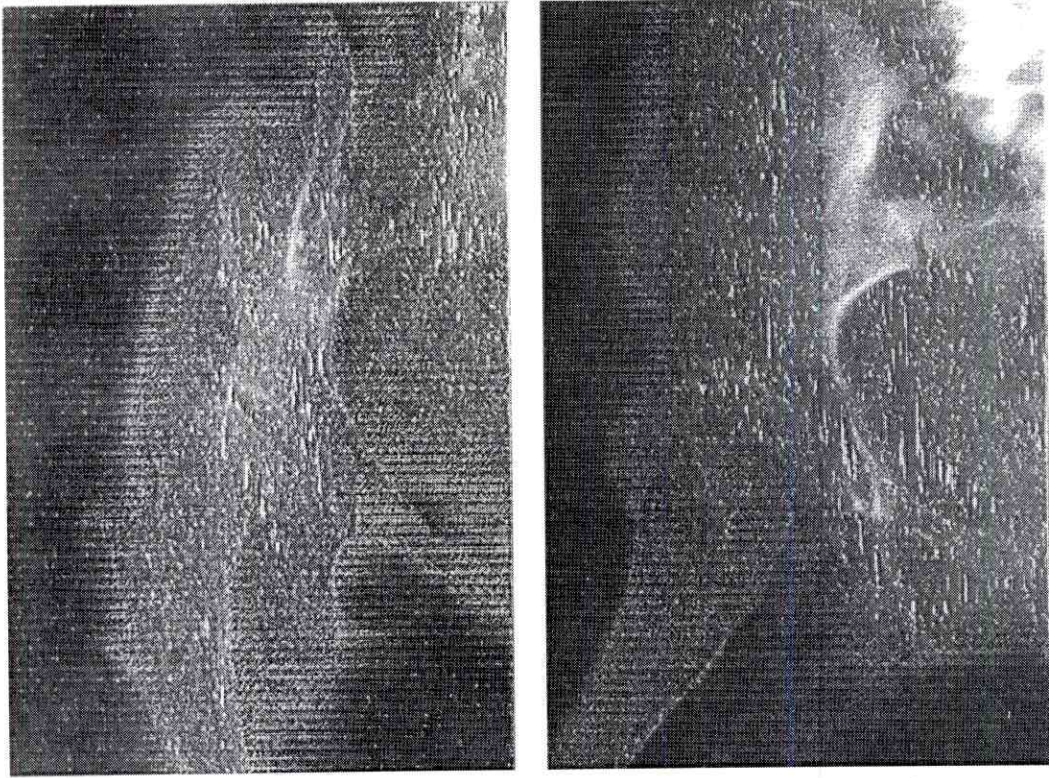


Fig. 3. Displasia cadera derecha Tipo II. Coxa Valga 140°

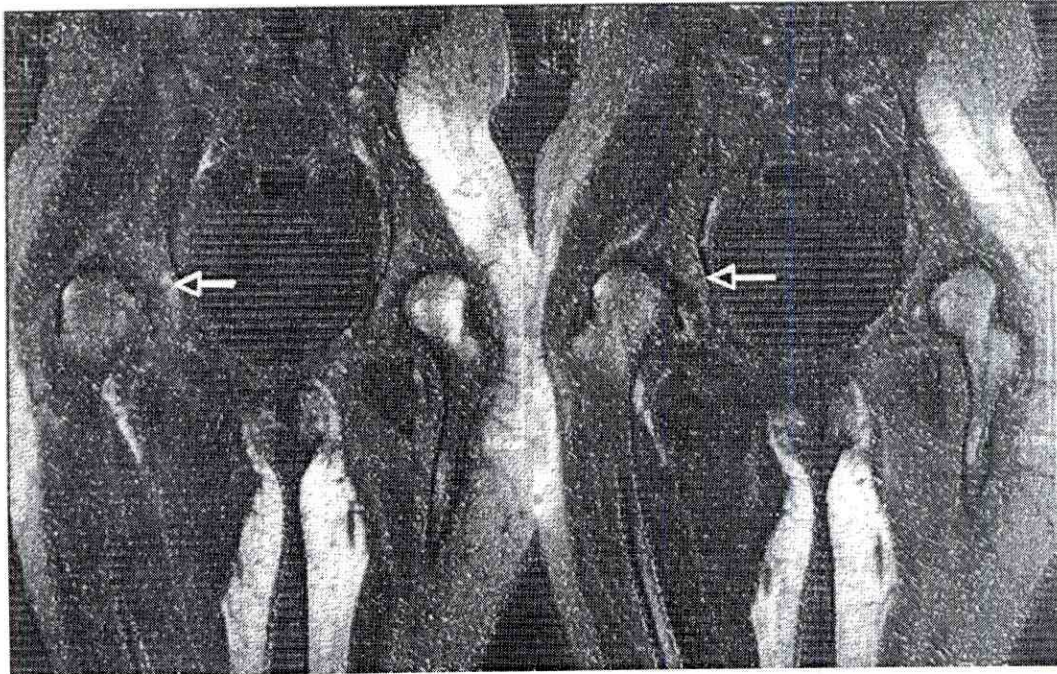


Fig. 4. Lesión en RM del labrum a nivel del limbus.

constató la lesión del borde acetabular anterior y se realizó retensado de la cápsula verificándose la estabilidad articular, además se colocó injerto vascularizado de cresta ilíaca en posición extracapsular y antero-superior con respecto al acetábulo, bloqueando el defecto labral (Fig. 5).

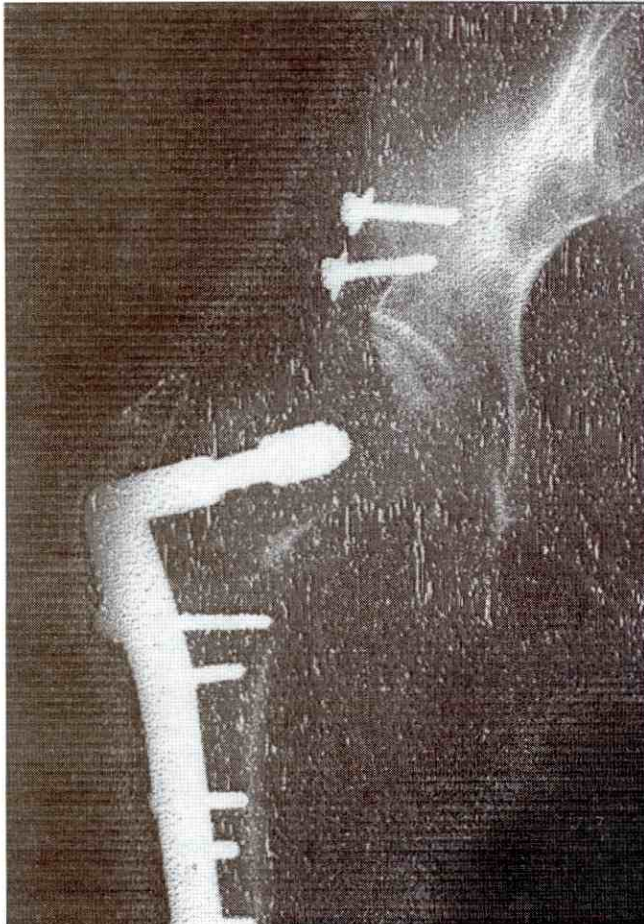


Fig. 5. Radiografía postoperatoria.

En 6 meses de postoperatorio, la paciente no presenta dolor, y no hay click a nivel de la cadera derecha, la marcha y la posición sentada no producen la aparición del dolor, por lo tanto se considera que el retensado capsular produjo la remisión de la lesión labral.

CONCLUSIÓN

Se puede asegurar que en el tratamiento de las lesiones labrales el retensado de la cápsula y la coloca-

ción de un injerto vascularizado de cresta ilíaca en el borde antero-superior del acetábulo que bloquea la lesión y mantiene la cabeza femoral contenida, constituyen una indicación adecuada para la solución no sólo de la lesión labral sino como coadyuvante en el tratamiento de la displasia subyacente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Dameron Jr TB. Bucket handle tear of acetabular labrum accompanying posterior dislocation of the hip. *J Bone Joint Surg* 41 A: 13, 1-134, 1959.
2. Dorrell JH, Catterall A: The torn acetabular labrum *J Bone Joint Surg* 68 B: 400-403, 1986.
3. Fitzgerald, Jr RH: Acetabular labrum tears, diagnosis and treatment. *Clin Orthop* 311:60-68, 1995.
4. Grossbard GD: Hip pain during adolescence after Perthe's disease. *J Bone Joint Surg* 63 B: 572-574, 1981.
5. Kim Y-H. Acetabular dysplasia and osteoarthritis developed by an eversion of the acetabular labrum. *Clin Orthop* 215:289-293, 1987.
6. Klaue K, Durnin CW, Ganz R: The acetabular rim syndrome. A clinical presentation of dysplasia of the hip. *J Bone Joint Surg Br* 73:423-429, 1991.
7. Lafayette AL, Patel JV, Villar RN. Acetabular labral tear: an arthroscopic classification. *J Arthroscopic Related Surg* 12 3:269-272, 1996.
8. Lequesne M, de Seze S: Le Faux profil du bassin: nouvelle incidence radiographique pour l' étude de la hanche. Son utilité dans les dysplasies et les différentes coxopathies. *Rev Rheum* 28:643-652. 1961.
9. Leunig M, Werlen S, Ungersböck- A, Ito K, Ganz R: Evaluation of the acetabular labrum by MR arthrography. *J Bone Joint Surg* 79 B: 230-234, 1997.
10. Lyons JC, Peterson LFA: The snapping iliopsoas tendon. *Mayo Clin Proc* 59:327-392 1984.
11. McDonald SJ, Klaue K, Ganz R. The acetabular rim syndrome. *Seminars in Arthroplasty* 81: 82-87, 1997.
12. Takechi H, Nagashima H, Ito S. Intrarticular pressure of the hip joint outside and inside the labrum. *J Jpn Orthop Assoc* 56:529-536, 1982.