



Dolor inguinal tras herniorrafia causado por atrapamiento femoroacetabular anterior

Sr. Director:

El dolor inguinal es un motivo de consulta muy frecuente en cirugía general, pero en ocasiones el origen del dolor debe valorarse por otras especialidades. El atrapamiento o choque femoroacetabular anterior (AFA) es una enfermedad descrita recientemente¹, se caracteriza por la presencia de dolor inguinal con la actividad. Clínicamente puede asemejarse a las manifestaciones de una hernia inguinal¹.

Presentamos el caso de un adulto joven intervenido de hernia inguinal con sintomatología de dolor inguinal con la actividad, mediante herniorrafia inguinal (técnica de Lichtenstein), que acudió a revisión y refirió un dolor similar al prequirúrgico, sin evidencia de recidiva de la hernia.

Se requirió valoración por parte de COT, y en la exploración física se observó reproducción del dolor con la flexión de cadera derecha a 90°, rotación interna y aproximación (maniobra de atrapamiento). El resto de la exploración física fue normal. El estudio radiológico mostró el signo del lazo (fig. 1A) en cadera derecha así como el signo de la giba (fig. 2) en esa cadera. En un estudio de imagen (resonancia magnética de pelvis) se observó la presencia de una lesión quística en la zona antero-superior de la cabeza femoral derecha (fig. 1B). Se diagnosticó al paciente de síndrome de AFA, y se inició tratamiento farmacológico sintomático.



Fig. 1. A: radiografía de caderas anteroposterior: en la cadera derecha se observa la superposición de la imagen del reborde acetabular anterior más lateral que el posterior (signo del lazo o cross over sign) (flecha). B: resonancia magnética de pelvis: lesión subcondral en la zona anterosuperior de la cabeza femoral derecha, de característica fibroquística, con bordes bien limitados (flecha).



Fig. 2. Radiografía de cadera derecha axial. Pérdida de convexidad en la interfaz cabeza-cuello de cadera derecha (signo de la giba o pistol grip).

El AFA es el resultado del choque de la interfaz cuello-cabeza femoral contra el reborde acetabular anterior, al realizar un movimiento de flexión y aproximación¹. Se han descrito 2 mecanismos patológicos: efecto “cam”² y el efecto “pinza”³, que responden a 2 alteraciones anatómicas, como son la pérdida de la concavidad de la interfaz cabeza cuello y la retroversión acetabular, respectivamente. En la radiología se pueden observar 2 signos característicos: el signo de la giba y el signo de lazo. También podemos encontrar imágenes que corresponden a lesiones subcondrales quísticas⁴. El tratamiento de estos pacientes incluye desde antiinflamatorios no esteroideos hasta osteotomías pélvicas⁵.

**Julio Duart Clemente^a, Javier del Río Alonso^a,
Juan Ramón Valentí Nin^a y José Luis Hernández Lizoain^b**

^aDepartamento de Cirugía Ortopédica y Traumatología. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

^bDepartamento de Cirugía General. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona. Navarra. España.

Bibliografía

1. Ganz R. Femoroacetabular impingement. A cause of osteoarthritis of the hip. Clin Orthop. 2003;417:112-20.
2. Reynolds D, Lucas J, Klaue K. Retroversion of the acetabulum. A cause of hip pain. J Bone Joint Surg Br. 1999;81:281-8.
3. Siebenrock KA, Wahab KH, Werlen S, Kalhor M, Leunig M, Ganz R. Abnormal extension of the femoral head epiphysis as a cause of cam impingement. Clin Orthop Relat Res. 2004;418:54-60.
4. Leunig M. Fibrocystic Changes at anterosuperior femoral neck: Prevalence in hips with femoroacetabular impingement. Radiology. 2005;236:237-46.
5. Ribas M. Atrapamiento o choque femoroacetabular. Rev Ortop Traumatol. 2005;49:390-403.