



Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



NOTA CLÍNICA

Atrapamiento femoroacetabular por osteocondroma de rama iliopubiana

O. Sáez de Ugarte-Sobrón*, A. Cruchaga-Celada e I. Astobiza-Bretones

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica, Hospital de Galdakao-Usansolo, Usansolo, Vizcaya, España

Recibido el 23 de octubre de 2008; aceptado el 1 de diciembre de 2008

Disponible en Internet el 8 de mayo de 2009

PALABRAS CLAVE

Cadera;
Osteocondroma;
Atrapamiento femoroacetabular

KEYWORDS

Hip;
Osteochondroma;
Femoroacetabular impingement

Resumen

Introducción: El dolor de cadera en el adulto joven puede tener diversos orígenes. Una de estas causas puede ser el atrapamiento o choque femoroacetabular.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 28 años, ciclista aficionado, con dolor en la cadera derecha resistente a tratamiento analgésico convencional. El estudio radiológico inicial era normal y la resonancia magnética reflejaba un edema difuso en la región periacetabular, sugestivo de lesión sarcomatosa. Un estudio mediante tomografía computarizada tridimensional demostró la existencia de un osteocondroma en la pared anterior del cotilo, que condicionaba un atrapamiento o choque femoroacetabular.

Conclusión: Tras la resección de la tumoración el paciente permanece asintomático, tras 6 años de seguimiento.

© 2008 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Femoroacetabular impingement caused by an osteochondroma of the pubic ramus

Abstract

Introduction: Hip pain in young adults may be caused by multiple factors. One of these may be femoroacetabular impingement.

Case report: We present the case of a 28-year-old amateur cyclist male with pain in the right hip refractory to conventional analgesic treatment. Initial radiological study was normal and MRI showed diffuse edema in the periacetabular region, suggestive of a sarcomatous lesion. A 3D CT-scan demonstrated the existence of an osteochondroma in the anterior wall of the cup, which led to femoroacetabular impingement.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: oskarsmooky@yahoo.es (O. Sáez de Ugarte-Sobrón).

Conclusion: After resection of the tumor the patient remains asymptomatic 6 years from surgery.

© 2008 SECOT. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El dolor de cadera en pacientes jóvenes es un problema que cada vez suscita más interés entre los ortopedas. Además de entidades bien conocidas como la displasia de cadera, la necrosis avascular o las secuelas de fracturas del acetábulo, los fenómenos de atrapamiento o “choque” femoroacetabular¹⁻³ deben tenerse en cuenta ante un paciente no anciano que consulta por dolor en esta articulación.

Caso clínico

Presentamos el caso de un paciente varón de 28 años, ciclista aficionado, que consultó por dolor progresivo, de 7 meses de evolución, en la región de la cadera derecha. El dolor se producía especialmente durante los entrenamientos en bicicleta y, en las últimas semanas, también por la noche. En la exploración física, destacaba la reproducción de los síntomas al forzar las maniobras de flexión más aducción

más rotación interna. No había masas inguinales y el rango de movilidad era completo. La puntuación en la Harris Hip Score (HSS)⁴ era de 64 puntos sobre 100 posibles.

En el estudio radiológico simple no se observaban alteraciones (fig. 1), por lo que se solicitó un estudio de resonancia magnética (RM). Las imágenes de resonancia mostraban un extenso edema en la región anterior del acetábulo, que afectaba al hueso pélvico y a las estructuras musculotendinosas adyacentes (iliopsoas), lo que sugería como primera posibilidad diagnóstica una lesión de carácter agresivo, como un sarcoma óseo, una metástasis o una osteomielitis pélvica (fig. 2).

A continuación se realizó una tomografía computarizada (TC) tridimensional para completar el estudio, que permitió visualizar un osteocondroma en la pared anterior del cotilo, de aspecto unciforme, que justificaba el edema circundante por el choque repetitivo de éste contra la cabeza femoral y por la fricción con las partes blandas de alrededor durante el movimiento de flexión de la cadera. No se apreciaba ningún signo radiológico de lesiones destructivas ni malignas en el hueso (fig. 3).

Practicamos un abordaje anterior directo sobre el osteocondroma, distal al ligamento inguinal, y comprobamos cómo se producía un impacto entre la exostosis y la cabeza del fémur al realizar el test de *impingement*^{2,3} (flexión+aducción+rotación interna); ya se había ocasionado una pequeña mella en el cartílago de la región superoanterior de la cabeza femoral. Resecamos la tumoración por su base, y comprobamos cómo desaparecía el choque mecánico entre las 2 estructuras. El estudio de anatomía patológica confirmó el diagnóstico de osteocondroma. El paciente retornó a sus actividades deportivas y de la vida diaria a las 3 semanas. Tras 6 años de seguimiento, el paciente permanece asintomático, con una puntuación en la HHS⁴ de 100 sobre 100 puntos.



Figura 1 Radiografía simple en la que no se apreciaban alteraciones significativas.

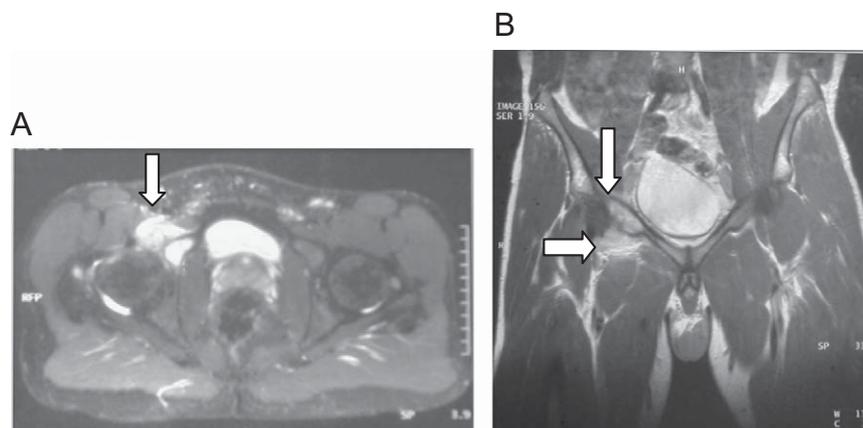


Figura 2 (A) y (B) Imágenes de resonancia magnética, en las que se aprecian signos inflamatorios que afectan al hueso acetabular y a las partes blandas circundantes (flechas), que fueron interpretados inicialmente como sugestivos de patología maligna.

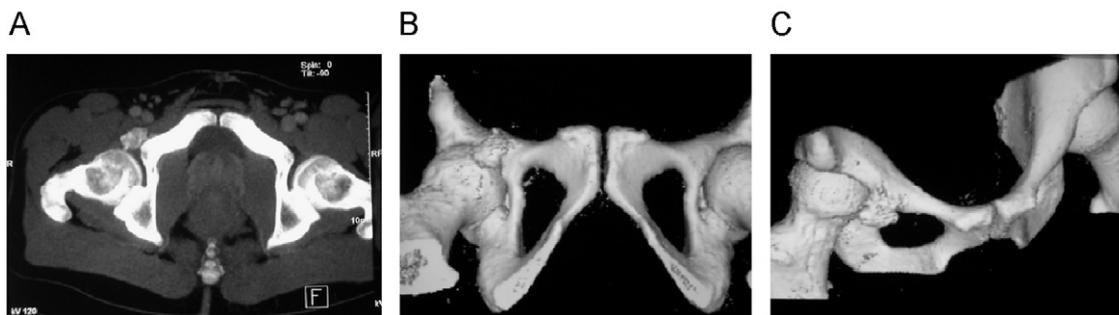


Figura 3 Imágenes de tomografía computarizada (A), (B) y (C), en las que se aprecia un osteocondroma en la rama iliopubiana derecha de la pelvis, que justificaba el cuadro clínico: “choque” con la cabeza del fémur y edema óseo, y de partes blandas secundario a éste.

Discusión

El dolor de cadera es una afección frecuente en la consulta del cirujano ortopédico, y aparece generalmente en personas de edad avanzada en relación con procesos degenerativos (coxartrosis). La coxalgia en pacientes jóvenes (por debajo de los 40 años), sin embargo, no es frecuente. Históricamente los diagnósticos más habituales han sido la displasia de cadera, la necrosis avascular de la cabeza femoral y las secuelas de fracturas acetabulares, aunque queda un grupo de enfermos en los que no se llega a determinar el origen del dolor.

Cada vez cobra más interés el estudio de las causas de atrapamiento o “choque” femoroacetabular (*impingement*) como posible causa del dolor de cadera en los pacientes jóvenes^{2,3,5-9}, y hay 2 tipos fundamentales: el tipo *cam*, debido a alteraciones morfológicas en la región cervicocefálica del fémur, y el tipo *pincer*, causado por anomalías acetabulares, la más frecuente de las cuales es la presencia de un acetábulo retroverso⁹.

Nuestro paciente no presentaba alteraciones en el fémur proximal, tal como se reflejaba en las radiografías iniciales y en la TC. Lo que condicionaba el choque femoroacetabular era una anomalía en la región anterior del cotilo, en la rama iliopubiana, un osteocondroma (cuya localización en el acetábulo es realmente excepcional)¹⁰, que ejercía un “exceso de cobertura” anterior⁹. Por todo esto, lo presentamos como un caso de atrapamiento femoroacetabular de cadera de tipo *pincer* atípico, debido a una anomalía no descrita previamente, hasta donde sabemos, en la literatura médica.

Declaración de conflicto de intereses

Ninguno de los autores tiene ninguna relación financiera o personal que pudiera dar lugar a un conflicto de intereses en relación con el artículo que se remite.

Bibliografía

1. Smith-Petersen MN. Treatment of malum coxae senilis, old slipped upper femoral epiphysis, intrapelvic protrusion of the acetabulum, and coxa plana by means of acetabuloplasty. *J Bone Joint Surg Am.* 1936;18:869–80.
2. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Nötzli H, Siebenrock KA. Femoroacetabular impingement: a cause for osteoarthritis of the hip. *Clin Orthop Relat Res.* 2003;417:112–20.
3. Lavigne M, Parvizi J, Beck M, Siebenrock K, Ganz R. Anterior femoroacetabular impingement. Part I. Techniques of Joint Preserving Surgery. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;418:61–6.
4. Harris WH. Traumatic arthritis of the hip after dislocation and acetabular fractures: treatment by mold arthroplasty: an end-result study using a new method of result evaluation. *J Bone Joint Surg Am.* 1969;51:737–55.
5. Ribas M, Vilarrubias JM, Ginebreda I, Silberberg J, Leal J. Atrapamiento o choque femoroacetabular. *Rev Ortop Traumatol.* 2005;49:390–403.
6. Crawford JR, Villar RN. Current concepts in the management of femoroacetabular impingement. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87:1459–62.
7. Beck M, Kalhor M, Leunig M, Ganz R. Hip morphology influences the pattern of damage to the acetabular cartilage: femoroacetabular impingement as a cause of early osteoarthritis of the hip. *J Bone Joint Surg Br.* 2005;87:1012–8.
8. Beck M, Leunig M, Parvizi J, Boutier V, Wyss D, Ganz R. Anterior femoroacetabular impingement: Part II. Midterm results of surgical treatment. *Clin Orthop Relat Res.* 2004;418:67–73.
9. Siebenrock KA, Schoeniger R, Ganz R. Anterior femoroacetabular impingement due to acetabular retroversion. Treatment with periacetabular osteotomy. *J Bone Joint Surg Am.* 2003;85:278–86.
10. Campanacci M. Exostosis (osteocartilaginous exostosis, osteochondroma). En: Campanacci M, editor. *Bone and soft tissue tumors.* 2nd ed. Padova: Piccin Nuova Libreria; 1999. p. 179–98.