



<https://www.elsevier.es/semergen>

## 242/2549 - AFA, PATOLOGÍA INVALIDANTE A LOS 40 AÑOS

E. Mohino Laguna<sup>a</sup>, A. Sanchez Reche<sup>b</sup> y J. Delgado Casado<sup>c</sup>

<sup>a</sup>Médico Residente de 1<sup>er</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real II. <sup>b</sup>Médico Residente de 2<sup>o</sup> año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Ciudad Real I. <sup>c</sup>Médico de Familia. Centro de Salud Ciudad Real II.

### Resumen

**Descripción del caso:** Dos pacientes. 1º, varón, 38 años, vigorexia como antecedente. 2º, varón, 44 años, antecedentes de cardiopatía isquémica. Ambos consultan a MAP por dolor en zona inguinal, acentuado en los últimos meses; ambos refieren dolor al subir y bajar del automóvil y durante o después de realizar actividades deportivas. El primer paciente comenta sensación de bloqueo doloroso al caminar; el segundo, dolor que empeora al caminar cuesta arriba o con carga.

**Exploración y pruebas complementarias:** Dolor inguinal, acentuándose en rotación interna y aducción de la cadera; disminución del arco de movilidad en flexión y rotación externa. Signo de Drehmann y test impingement positivos. Rx AP caderas: esclerosis subcondral, osteofitos, “giba lateral” (“pistol grip”: deformidad en mango de pistola) con pinzamiento femoroacetabular, deformidad de cabeza y rotura labrum acetabular.

**Juicio clínico:** Necrosis avascular de cabeza femoral por atrapamiento femoroacetabular (AFA).

**Diagnóstico diferencial:** Artrosis. Artritis. Traumatismos.

**Comentario final:** El atrapamiento femoroacetabular (AFA) es una entidad patológica poco reconocida en la que se da un retraso aproximado en el diagnóstico de 3,5 años con la consecuente demora en el tratamiento. Prevalencia aproximada 10-15%. Consiste en un conflicto de espacio entre la cabeza-cuello femoral y el acetáculo, causando una artrosis precoz en la cadera de pacientes jóvenes. Clínicamente, cursa con dolor e impotencia funcional de la cadera afectada. Existen dos tipos de AFA dependiendo del origen de la alteración morfológica: el tipo Pincer, con alteración en el acetáculo y el tipo CAM, en fémur. El tratamiento consiste en una osteotomía del borde acetabular o de la giba.

### Bibliografía

1. Arias M, López CI, Venegas JL, Cortes JJ, García JC, González-Spinola J, et al. Diagnóstico, clasificación y complicaciones del atrapamiento femoroacetabular. SERAM. 2014.
2. Vicente M, Rodríguez-Vigil B, Olalla C, Guadilla J, Sansinanea X, Sáenz E, et al. Diagnóstico por imagen del atrapamiento femoroacetabular. SERAM. 2012.

**Palabras clave:** AFA. Pincer. CAM.