

424/672 - CADERA TIPO CAM

E. Ramírez Marchena, L. Escamillas Ramos, J. Cordero de Oses y Á. López Rodríguez

Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud La Caleta. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 44 años sin antecedentes personales de interés, acude por dolor mecánico en cadera izquierda sin antecedente traumático, de varios meses de evolución que ha ido empeorando progresivamente hasta aparecer con pequeños esfuerzos. Ha sido tratado con diversos antiinflamatorios y fisioterapia sin mejoría.

Exploración y pruebas complementarias: Dolor a nivel de pala ilíaca y lateral externo de cadera izquierda. Tensor de la fascia y glúteo medio más engrosada. Test de impingement positivo. Movilidad conservada. Radiografía cadera: se aprecia deformidad a modo de prominencia ósea en la unión del cuello y la cabeza femoral compatible con cadera tipo CAM. Resonancia magnética cadera: Cadera con signos de pinzamiento femoroacetabular tipo CAM. Posible rotura del labrum anterior. Tendinosis del glúteo medio. No se identifican otras complicaciones.

Orientación diagnóstica: Pinzamiento femoroacetabular tipo CAM.

Diagnóstico diferencial: Fracturas de cabeza de fémur o acetabulares, necrosis de cadera, coxa magna, displasia de cadera, epifisiolisis, enfermedad de Legg Calvé Perthes.

Comentario final: El choque femoroacetabular (CFA) consiste en el contacto anormal entre el complejo cabeza-cuello femoral y el borde acetabular como consecuencia de una morfología anómala de estos. Va a ocasionar microtraumatismos, que de forma repetida conllevarán dolor y cambios degenerativos en la articulación coxofemoral. Tipo CAM: la alteración reside en la unión entre la cabeza y el cuello femoral, donde se identifica una giba o prominencia ósea que hace que la cabeza femoral pierda parcialmente su esfericidad. Se da más frecuentemente en varones jóvenes deportivamente activos. Incluir el test de impingement en la revisión general de los deportistas. Si es positivo se les deberá realizar al menos radiografías anteroposterior en decúbito con 15 grados de rotación interna y axial de las articulaciones. En caso de persistencia de sintomatología es absolutamente imperativo indicar la osteoplastia, o de lo contrario el paciente caminará hacia el inexorable futuro de la artrosis y abandono de la actividad deportiva.

Bibliografía

1. Atrapamiento femoroacetabular: radiographic diagnostic. Radiologic. 2008;50:271-84.
2. Cirugía artroscópica de cadera en deportistas varones con choque acetabular. Revista Española de Cirugía Ortopédica. 2014;50:343-50.

Palabras clave: Cadera. Choque femoroacetabular.