



CASO CLÍNICO

Fractura de estrés de cadera en adulto no entrenado tras actividad deportiva intensa. Reporte de caso



Rossana Chiesa Estomba*, Luis Monleon Llorente, Concepción Cuenca González y Lucia Garvin Ocampos

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Clínico San Carlos, Madrid, España

Recibido el 15 de octubre de 2017; aceptado el 9 de febrero de 2020
Disponible en Internet el 4 de marzo de 2020

PALABRAS CLAVE

Fractura por estrés;
Cadera;
Adulto no entrenado

KEYWORDS

Hip stress fracture;
Untrained adult

Resumen En la actualidad es cada vez mayor el número de adultos jóvenes que inician actividad deportiva sin valoración previa de su acondicionamiento físico. En los atletas maduros, con mayor riesgo de presentar hueso osteoporótico, pueden aparecer fracturas por estrés ante traumatismos de menor intensidad repetitivos. En el dolor de cadera en el adulto es importante tener presente la fractura por estrés de cuello femoral, realizando las maniobras exploratorias que permitan su diagnóstico y pedir la prueba de imagen más indicada. Ante una alta sospecha y estudio radiográfico normal debe considerarse la realización de TAC o RMN. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de esta patología disminuye el riesgo de complicaciones y ofrece la posibilidad de optimizar el uso de recursos.

Nivel de Evidencia: IV

© 2020 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Adult untrained Hip stress fracture. Case Report

Abstract The number of young adults who start sports activity without prior assessment of their physical conditioning is increasing. In mature athletes, with a higher risk of presenting osteoporotic bone, stress fractures may occur due to repetitive minor trauma. When assessing hip pain in adults it is important to keep in mind femoral neck stress fracture, as well as how to perform exploratory maneuvers that allow diagnosis and request the most appropriate imaging

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: chiesarossap@gmail.com (R. Chiesa Estomba).

test. In case of high suspicion and normal radiographic study, CT or MRI should be considered. Early diagnosis and timely treatment of this pathology reduces the risk of complications and offers the possibility of optimizing the use of resources.

Evidence Level: IV

© 2020 Sociedad Colombiana de Ortopedia y Traumatología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El dolor de cadera es un síntoma inespecífico, no bien definido, que con frecuencia es motivo de consulta y requiere, para su correcto abordaje, una evaluación clínica exhaustiva orientada según el grupo etario, antecedentes personales, ocupación, realización de actividades deportivas y la existencia o no de traumatismo previo.

En adultos jóvenes, causa frecuente de dolor de cadera es el pinzamiento femoroacetabular, la osteoartritis y las fracturas por estrés en atletas. Estas últimas, son más frecuentes en la porción distal del miembro inferior pero pueden afectar a la cadera, especialmente al cuello femoral. En los atletas maduros con hueso osteoporótico pueden aparecer por traumatismos de menor intensidad repetitivos¹.

Las fracturas de cadera por accidentes deportivos tienen una prevalencia en atletas adultos de aproximadamente 6% de la población de Estados Unidos.

La articulación de la cadera está compuesta por la cabeza femoral y el acetábulo. Es estable debido a la profundidad del acetábulo y el labrum que le rodea, permitiendo el movimiento en el plano coronal, sagital y transversal. Las fuerzas aplicadas a la cadera son contrarrestadas, en primer lugar, por la combinación de la contribución del hueso estático y de la acción abductora dinámica de los glúteos que se insertan en el trocánter mayor²⁻⁵. Teniendo en cuenta la fisiología articular de la cadera debemos establecer algoritmos que permitan la evaluación sistemática del adulto joven con dolor de cadera. Fernández et al⁶ en 2014, presentaron una revisión clínica dirigida a médicos de atención primaria para el diagnóstico causal del dolor de cadera, estableciendo causas intraarticulares y extrarticulares. También en 2014, Wilson et al⁷ publican una revisión acerca de la evaluación clínica del paciente con dolor de cadera, dirigida a médicos de atención primaria, con la descripción de maniobras exploratorias, la sensibilidad y especificidad de las mismas, para orientar a una patología específica.

El objetivo de este caso clínico es destacar la importancia de la evaluación general del paciente con dolor de cadera, realizando una adecuada y completa historia clínica, recogiendo antecedentes personales, interrogando acerca de su ocupación, práctica o no de ejercicio físico, de qué tipo, si este está relacionado con el inicio del dolor. Pediremos al paciente que señale el punto de mayor dolor, estableciendo así la topografía del dolor (anterior, posterior o lateral) para, con el conjunto de estos datos, realizar una exploración física orientada, y determinar si el origen real del dolor

está en la articulación de la cadera o se trata de un dolor referido.

Caso clínico

Se presenta el caso de varón de 51 años que acude a urgencias por dolor en cara interna de muslo derecho, de una semana de evolución, tras realizar práctica deportiva (media- maratón). No fumador, hipertenso en tratamiento farmacológico, con antecedente de fibrilación auricular tratada mediante ablación en 2015.

En la exploración física se objetiva dolor localizado en adductores de pierna derecha, con flexoextensión activa y contrarresistencia completa, aunque dolorosa, con tolerancia de carga y deambulación sin claudicación. Pulsos distales palpables simétricos, sin signos de Trombosis venosa profunda (TVP). Es diagnosticado de posible rotura fibrilar de adductores de pierna derecha decidiéndose no realizar radiografía debido a la edad del paciente, las características del dolor, que no afecta a la marcha ni al apoyo, y debido a no referir antecedente traumático. Se indica tratamiento analgésico y reposo relativo.

Una semana después es remitido nuevamente a urgencias, en ambulancia, tras caída en domicilio. Persistía el dolor en región inguinal derecha, sin mejoría tras tratamiento analgésico y reposo. Esa noche, al levantarse, presenta dolor intenso con la deambulación, sudoración, mareo y posterior caída sin pérdida de consciencia ni focalidad neurológica. En la exploración física, presenta miembro inferior derecho acortado y en rotación externa; dolor en región inguinal derecha con leve dolor en región trocánter ipsilateral, dolor con la flexoextensión y rotaciones de cadera y con la adducción de pierna derecha, sin tolerancia de bipedestación. Pulsos distales conservados.

Se realiza radiografía posteroanterior (PA) y axial, en la que se evidencia fractura subcapital de cadera derecha (fig. 1). Ingres a cargo del Servicio de Traumatología y se realiza intervención quirúrgica, con osteosíntesis mediante tornillos canulados, con evolución favorable postoperatoria. (fig. 2)

Discusión

Existen numerosas causas de dolor de cadera. La localización topográfica del dolor permite orientar la sospecha diagnóstica a patologías concretas. (tabla 1)⁸



Figura 1 Radiografía PA: Fractura subcapital de fémur derecho.



Figura 2 Osteosíntesis de fractura con tornillos canulados.

Existen diversas maniobras (tabla 2) que objetivan la localización del dolor; en el caso de dolor posterior de cadera debemos descartar patología radicular lumbar, por lo cual es oportuno realizar la maniobra de Lassegue (elevar la pierna con rodilla en extensión), que será positivo cuando se presenta dolor irradiado por el territorio de inervación de la raíz afectada entre 30° y 60°; la positividad de este signo permite realizar diagnóstico diferencial con el síndrome piriforme⁹.

El signo de la “C” (el paciente señala con dedo índice ingle y con primer dedo región trocantérea) sugiere patología intrarticular, aunque no esté cuatificada su sensibilidad y especificidad, así como el signo de punto inguinal profundo doloroso o señalar en triángulo sobre la ingle con ambas manos. La palpación puede sugerir también diferencias entre origen intra o extraarticular del dolor de cadera, como lo es el dolor a la palpación en región trocantérica en relación al síndrome trocantérico, o dolor a la palpación en región glútea que sugiere patología muscular glútea. La patología intrarticular de cadera tendrá importante disminución del rango de movimiento de la articulación, con cambios en el patrón de la marcha o dificultad para el apoyo.

Una de las patologías frecuentes en el adulto joven es el pinzamiento femoroacetabular. Para su diagnóstico tenemos maniobras como el FABER Test, con alta sensibilidad, y también la maniobra de FADIR¹⁰. En deportistas adultos con dolor de cadera es importante excluir las fracturas por estrés, como ocurre en nuestro caso, pudiendo incluso presentarse con estudio de radiografía simple normal y precisando de tomografía axial computarizada (TAC) y/o resonancia magnética (RMN) para confirmar el diagnóstico. La prevalencia de necrosis avascular (NAV) de cabeza femoral, como complicación en las fracturas de cuello femoral, varía de un 6% a 30%, con la prevalencia más alta en las fracturas desplazadas. Por esto, es imprescindible realizar una exploración clínica específica y orientada, ya que, un tratamiento oportuno quirúrgico disminuye este riesgo.

En la actualidad es cada vez mayor el número de adultos jóvenes que inician actividad deportiva sin valoración previa de su acondicionamiento físico. Es el dolor de cadera en el adulto una causa frecuente de consulta, por lo cual, es importante tener presente la fractura por estrés de cuello femoral, realizando las maniobras exploratorias que permitan su diagnóstico y pedir la prueba de imagen más indicada. Ante una alta sospecha y estudio radiográfico normal considerar realizar TAC o RMN. El diagnóstico precoz y tratamiento oportuno disminuye el riesgo de complicaciones.

Los criterios para solicitar radiografía de cadera ante un dolor atraumático de la misma, sería la persistencia de signos y síntomas o antecedentes sugestivos que lleven a la sospecha de NAV, según la guía de consenso de la Comisión Europea para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen¹¹.

Es necesario realizar más estudios que permitan establecer la sensibilidad y especificidad diagnóstica de cada una de las maniobras exploratorias en la articulación de cadera y determinar su variabilidad inter-observador. Por último,

Tabla 1 Patología según localización topográfica de dolor de cadera

Anterior	Lateral	Posterior
Osteoartritis	Meralgia parestésica	Lumbar
Fracturas	Síndrome trocantérico	Articulación sacroiliaca
Necrosis avascular de cabeza femoral	Síndrome de banda o cintilla iliotibial	Síndrome piramidal
Lesión del labrum	Tendinopatía del glúteo medio	
Pinzamiento femoroacetabular		
Bursitis iliopsoas o cadera en resorte		

Tabla 2 Maniobras de exploración clínica, articulación de cadera. S: Sensibilidad. E: Especificidad. DS: decúbito supino, DL: decúbito lateral, RI: rotación interna, RE: rotación externa, ADD: adducción, ABD: abducción

Maniobra	Descripción	Loc. Del dolor	S y E	Patología
Prueba de la marcha	Evaluar si presenta marcha antiálgica o de tendelenburg	Intrarticular		Sinovitis transitoria, lesión del labrum, enf. De Legg Calvé Perthes
Test de Trendelenburg	De pie sobre la pierna enferma, caída de la pelvis 2cm	Intrarticular	S: 72,7% E:76,9% (8)	Lesión subcapital, sinovitis transitoria, lesión del labrum
Balance articular	Evaluar rango de movimiento	Dolor con movimientos activos, pasivos o limitación	Para fractura de stress S:87%	Sinovitis transitoria, lesión condral, osteoartritis, osteonecrosis
FABER	DS se realiza ABD de cadera y flexión de rodilla, maléolo externo sobre rodilla contralateral.	Dolor sacroiliaco. Si dolor anterior, patología intraarticular.	S: 96 a 99% para pinzamiento femoroacetabular (7)	Lesión del labrum, cuerpos libres, pinzamiento femoroacetabular
FADIR	DS flexión de rodilla y flexión de cadera más RI y ADD.	Inguinal o anterior, limitación de movilidad	S: 88- 56% (7)	Pinzamiento femoroacetabular
Log roll o prueba del giro	RI y RE pasiva de cadera con rodilla en extensión.	Dolor o limitación para la movilidad es positivo		Patología intraarticular de cadera
Signo de Bonnet	En DS, con rodilla en flexión ADD y RI de cadera, intensifica el dolor es positivo.	Posterior, glúteo		Síndrome piramidal o piriforme.
Ober test	DL, con flexión de rodilla (se explora en diversos grados), ligera extensión Ae cadera y add.	Dolor lateral. Positivo si no logra ADD (por contractura)		Síndrome de la cintilla iliotibial
Extensión contrarresistencia	Debilidad a la resistencia	Anterior		Pubalgia atlética, lesión subcapital, pinzamiento femoroacetabular
Maniobra para cadera en resorte	DS con flexión de cadera y rodilla, ABD y RE, llevar a extensión la rodilla	Dolor anterior y "clic"		Cadera en resorte, bursitis de iliopsoas.

recordar que se debe mantener la evaluación sistemática en el paciente con dolor articular de cadera para realizar un diagnóstico precoz, un tratamiento oportuno y, poder así también, optimizar el uso de recursos.

Financiación

Este trabajo se ha financiado con recursos propios.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ladero F, Asenjo JJ. Fractura de cadera en el atleta. *Patología del aparato locomotor*. 2005;3:286-91.
2. Sheehan SE, Shyu JY, Weaver MJ, Sodickson AD, Khurana B. Proximal femoral fractures: What the orthopedics surgeon wants to know. *Radiographics*. 2015;35:1563-84.
3. Tannast M, et al. El atrapamiento femoroacetabular: diagnóstico radiográfico Lo que el radiólogo debería saber. *Radiología*. 2008;50:271-84.
4. Harris-Hayes M, Mueller MJ, Sahrmann SA, Bloom NJ, Steger-May K, Clohisey JC, Salsich GB. Persons with chronic hip joint pain exhibit reduced hip muscle strength. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2014;44:890-8.
5. González Duque A, De José Reina C, Vaquero Martín. Bursitis trocantérea. *MEDIFAM*. 2003;13:35-40.

6. Fernández M, Wall P, O'Donnell J, Griffin D. Hip pain in young adults. *Australian family physician*. 2014;43(5):205–9.
7. Willson JJ, Furukawa M. Evaluation of the patient with hip pain. *Am Fam Physician*. 2014;89:27–34.
8. Margo K, Drezner J, Motzkin D. Evaluation and management of hip pain: An algorithmic approach *J Fam Pract*. 2003;52:607–17.
9. Klaus, Backup. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. *Exploraciones signos y síntomas*. 5ta edición Edit Elsevier Masson; 2012. p. 120–48.
10. Goldin M, Anderson CN, Fredericson M, Safran MR, Stevens KJ. Femoral Neck Stress Fractures and Imaging features of Femoroacetabular impingement. *PM R*. 2015;7: 584–92.
11. Guía para la correcta solicitud de pruebas de diagnóstico por imagen (protección radiológica 118). Comisión Europea. Oficina de publicaciones oficiales de las comunidades europeas, 2001. Pág. 55.