

Artroscopia de cadera: experiencia en nuestro servicio.

F. Mesa, J. Tercedor, P. Hernández, B. Mellado,
V. Ramírez, E. Martín, J. L. Martín

Hospital Clínico San Cecilio, Granada.

Correspondencia:

D. Francisco Mesa Ramos
c/ Pepe Hillo, 9, 2º F
18014 Granada

La artroscopia de cadera ha supuesto el 1,8% de la cirugía programada de la articulación coxofemoral en nuestro servicio durante el período abril 95-mayo 97. Presentamos 5 casos clínicos de pacientes sometidos a cirugía artroscópica de cadera en tracción. Se discuten las indicaciones actuales de la técnica y se señala su utilidad en la biopsia sinovial y extracción de cuerpos libres de la articulación coxofemoral.

Palabras clave: Artroscopia, articulación de la cadera, patología articular, sinovitis.

Hip arthroscopy: our experience. Hip arthroscopy has represented 1.8% of the elective programmed surgery of the coxofemoral joint in our Department in the period between April 1995 and May 1997. We present five clinical cases of arthroscopy surgery of the coxofemoral joint under traction. The present indications of the technique are discussed, emphasizing its usefulness in synovial biopsy and loose extraction in this joint.

Key words: Arthroscopy, coxofemoral joint, articular disease, synovitis.



E

l concepto de artroscopia de cadera fue mencionado por primera vez por Bircher⁽¹⁾ y, en 1931, Burman⁽²⁾ publicó un estudio más definitivo.

La publicación de Burman hace referencia a diferentes articulaciones, entre las que incluye la rodilla, hombro, tobillo, codo y cadera, pudiéndose considerar como el primer artículo con traducción práctica en la artroscopia de la articulación coxofemoral.

A mediados de los años 70 surgen trabajos que difunden la técnica de la artroscopia de cadera y plantean sus posibles utilidades. Gross⁽³⁾ indica el empleo de la artroscopia de cadera en 3 pacientes con condrolisis secundaria a epifisiolisis femoral proximal y Hogerston⁽⁴⁾ sugiere la utilidad de la técnica para la biopsia sinovial.

En el momento actual las publicaciones relacionadas con esta técnica son menos infrecuentes e, incluso, se señala la necesidad de un instrumental artroscópico especializado⁽⁵⁾.

MATERIAL Y METODO

De un total de 277 intervenciones electivas en cirugía de cadera, 5 procedimientos se llevaron a cabo mediante cirugía artroscópica, lo cual representa 1,8% de la cirugía programada de la cadera, desde abril de 1995 hasta mayo de 1997.

La técnica la realizamos con los medios ópticos habituales, estando el paciente generalmente en decúbito supino y colocado en mesa de tracción para favorecer la apertura del espacio articular, siendo fundamental contar con el apoyo de un equipo de radioscopia (Figura 1).

CASOS CLINICOS

Caso nº 1

Varón de 21 años que ingresa por urgencias, tras sufrir accidente de tráfico con luxación de cadera izquierda. A su ingreso, se realiza re-



Figura 1. Colocación habitual del paciente para realizar la artroscopia de cadera. Se utiliza mesa de tracción. La radioscopia facilita el acceso a la articulación coxofemoral.



Figura 2. Corte de TAC postreducción de la luxación de la cadera izquierda, se aprecia el cuerpo libre intraarticular.

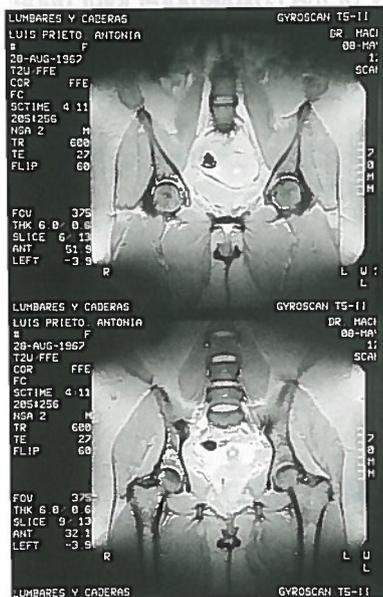


Figura 3. RMN de cadera izquierda (imagen potenciada en T2). Pequeño cuerpo libre en interlínea articular.

ducción urgente de la misma. En la TAC postreducción se aprecia un cuerpo libre en la zona posterior de la articulación (Figura 2), por lo que se realiza una artroscopia por vía posterior, con el paciente en decúbito lateral. El cuerpo libre intraarticular pudo ser extraído de manera satisfactoria.

Caso nº 2

Enferma de 30 años con antecedentes de luxación traumática de cadera izquierda hace 10 años.

Actualmente, presenta un dolor continuo en la cadera. Las exploraciones complementarias

(TAC, RMN), informan de la presencia de un pequeño cuerpo en la interlínea articular coxofemoral (Figura 3). A pesar del diagnóstico de la RMN la evaluación artroscópica realizada por vía anterolateral en decúbito supino no pudo demostrar la presencia de cuerpo libre, aunque sí eran evidentes lesiones condrales degenerativas.

Caso nº 3

Paciente de 27 años con dolor de cadera desde hace 6 años que no mejora con tratamiento médico. En el estudio radiológico se aprecia una imagen radiolúcida en acetábulo con esclerosis subcondral y pinzamiento en interlínea e imagen radiodensa rodeada de zona radiolúcida a nivel del cuello (Figura 4). En la TAC se visualiza el pinzamiento articular con esclerosis subcondral, amplias geodas en el margen articular superior y zonas de esclerosis puntual en el cuello femoral. La gammagrafía descartó necrosis avascular.

En la RMN aparecen imágenes hiperintensas en T2 en acetábulo y cabeza femoral coincidiendo con las geodas.

La biopsia artroscópica se informó como sinovitis crónica vellonodular (Figura 5) y se optó por realizar sinoviortesis con ácido ósmico en el mismo acto operatorio.

Caso nº4

Varón de 71 años que presenta dolor de cadera derecha desde hace 4 meses con disminución de la movilidad. Como antecedente significativo se recoge una tuberculosis pulmonar con tratamiento inadecuado.

En la analítica tan sólo es destacable un valor de PCR de 1,6 y un Mantoux mayor de 10 mm.



Figura 4. En el estudio radiológico se aprecia una imagen radiolúcida en acetábulo con esclerosis subcondral, pinzamiento en interlínea e imagen radiodensa rodeada de zona radiolúcida a nivel del cuello femoral.

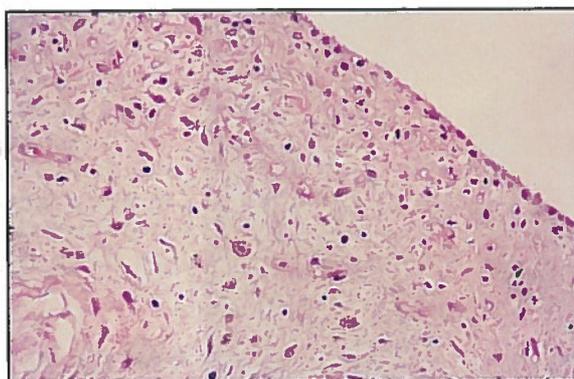


Figura 5. Sección histológica de la membrana sinovial que corresponde a una sinovitis villonodular pigmentaria. Hematoxilina y Eosina (x 200). Los elementos celulares de color pardo corresponden a macrófagos cargados de hemosiderina.



Figura 6. En la radiología se observa afectación de la articulación coxofemoral con predominio de signos radiológicos de pinzamiento articular concéntrico, protusión acetabular y erosiones.



Figura 7. Imagen operatoria de biopsia sinovial por vía artroscópica en sinovitis crónica de cadera.

En la radiología se observa afectación de la articulación coxofemoral con predominio de signos radiológicos de pinzamiento articular concéntrico, protusión acetabular y erosiones, no apreciándose ni osteofitos o fenómenos productivos característicos de la coxopatía degenerativas (Figura 6). La gammagrafía ósea con ^{67}Ga muestra hipercaptación del trazador en la cadera derecha. Para el diagnóstico etiológico se realiza una punción aspiración y biopsia sinovial por vía artroscópica (Figura 7). El cultivo de la membrana sinovial nos dió el diagnóstico de TBC.

Caso nº 5

Varón de 19 años con antecedente de carcinoma de *cavum* en 1994, tratado con quimio y radiote-

rapia. El paciente presenta dolor y limitación de la cadera izquierda. En la radiología se aprecian tan sólo signos inespecíficos (Figura 8), y ni la ecografía ni la TAC aportan datos significativos.

La RMN y la biopsia sinovial artroscópica se cataloga de sinovitis crónica inespecífica. El cuadro evolucionó con una rápida destrucción articular no justificable por la citada sinovitis (Figura 9). Por tal motivo practicamos una segunda biopsia a "cielo abierto" que permitió el diagnóstico de metástasis ósea de carcinoma indiferenciado.

DISCUSION

Las indicaciones actuales de la artroscopia de cadera son:



Figura 8. Radiología de cadera dolorosa no tipada. Osteoporosis yuxtaarticular y geodas subcondrales en techo acetabular.



Figura 9. Lesión ósea agresiva con patrón de destrucción permeativo que afecta al tercio proximal del fémur y articulación coxofemoral.

Como prueba diagnóstica después del tratamiento conservador y patología de una cadera dolorosa no tipada. Para el diagnóstico de la rotura del *labrum* acetabular^(5,6). En la extracción de cuerpos libres, bien a causa de luxaciones traumáticas o procedentes del acetábulo después de una artroplastia total de cadera⁽⁷⁾. En casos de sinovitis se puede realizar biopsia sinovial y sinovectomías⁽⁸⁾. Evaluación del estado de la articulación para el tratamiento con artroplastia total de cadera u osteotomía si la zona afectada es pequeña. Para la valoración de la necrosis avascular⁽⁹⁾, aunque existen casos de exacerbaciones posteriores a causa de la tracción. En la extracción de cuerpos extraños^(7,9). En la osteocondritis disecante de la cabeza femoral, para indicar bien la extracción del cuerpo libre o las perforaciones de Pridie⁽¹⁰⁾. En el síndrome de atrapamiento del ligamento redondo⁽⁵⁾. Como técnica de tratamiento en las plicas sinoviales⁽¹¹⁾.

En nuestra limitada experiencia destacamos su utilidad en la extracción de cuerpos libres y la biopsia sinovial, de manera selectiva. De es-

ta forma, la artroscopia de cadera es una técnica de gran utilidad diagnóstica que, en ningún caso, debe sustituir otras técnicas no invasivas como la clínica, pruebas de laboratorio, radiología, TAC, RMN, etc.

Como procedimiento en desarrollo, poco se ha escrito con respecto a sus complicaciones. Entre ellas, se describen las Neuroapraxias del nervio pudendo o ciático por la tracción⁽¹²⁾ o bien en nervio femorocutáneo cuando se utiliza la vía anterior⁽¹³⁾, lesión del cartílago articular⁽¹²⁾ o la rotura del instrumental⁽¹⁴⁾. En nuestro servicio no hemos sufrido hasta ahora ninguna complicación, presumiblemente debido a nuestra escasa casuística.

Entre las distintas áreas donde se aplican técnicas artroscópicas, la articulación de la cadera está llamada a ser la que experimente un mayor avance; no obstante, hay que tener en cuenta su complejidad y dificultad y por tanto sólo debe ser practicada por servicios con experiencia en cirugía artroscópica en otras articulaciones. Probablemente, se irán diseñando instrumentos y técnicas que permitan actos diagnósticos terapéuticos más complejos en la articulación coxofemoral.

BIBLIOGRAFÍA

- Bircher, E.: Die arthroendoskopie. Zentralbl Chir, 1921; 48: 1460-1461.
- Burman, M.S.: Arthroscopy or the direct visualization of examining joints: an experimental cadaver study. J Bone Joint Surg, 1931; 8: 669-695.
- Gross, R.H.: Arthroscopy in hip disorders in children. Orthopaed Rev, 1977; 6: 43-49.
- Hogersson, S.; Brattstrom, H.; Mogensen, B.; Lidgren, L.: Arthroscopy of the hip in juvenile chronic arthritis. J Pediatr Orthop, 1981; 1: 273-278.
- Glick, J.M.: Hip arthroscopy. In: McGinty, J.B.; et al. (eds.): Operative Arthroscopy. Raven, New York, 1991: 663-676.
- Ikeda, T.; Awaya, G.; Suzuki, S.; Okada, Y.; Tada, H.: Torn acetabular labrum in young patients. J Bone Joint Surg, 1988; 70B: 13-16.
- Shifrin, L.Z.; Reis, N.D.: Arthroscopy of a dislocated hip replacement. Clin Orthop, 1980; 146: 213-214.
- Ide, T.; Akamatsu, N.; Nakajima, I.: Arthroscopic surgery of the hip joint. Arthroscopy, 1991; 7: 204-211.

9. Vakili, F.; Salvati, E.A.; Warren, R.F.: Clin Orthop Rel Res, 1980; 150: 159-162.
10. Parisien, J.S.: Arthroscopy of the hip: present status. Bull Hosp Joint Dis Orth Instit, 1985; 45: 127-132.
11. Frich, L.H.; Lauritzen, J.; Juhl, M.: Arthroscopy management of chondromatosis of the hip joint. Arthroscopy, 1988; 12: 389-392.
12. Glick, J.M.: Complications of hip arthroscopy by the lateral approach. In: Sherman, O.H.; Minkoff, J. (eds.): Current Management of Complications in Orthopaedics. Arthroscopic Surgery. Williams, Baltimore, 1990: 193-201.
13. Eriksson, E.; Arvidsson, I.; Arvidsson, H.: Diagnostic and operative arthroscopy of the hip. Orthopedics, 1986; 9: 169-176.
14. Glick, J.M.; Sampson, T.G.; Gordon, R.B.; Behr, J.T.; Schmidt, E.: Hip arthroscopy by the lateral approach. Arthroscopy, 1987; 3: 4-12.