

Dolor atípico de cadera: coexistencia de una lesión labral y condral con un osteoma osteoide

Vázquez Gómez, Miguel; Dellonder Frigole, J; Silva González, D; Galipienso Eri, M; Froufe Siota, MA.
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona. Cirugía Ortopédica y Traumatología.

Introducción

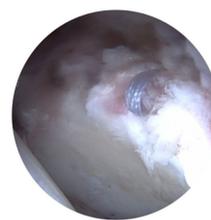
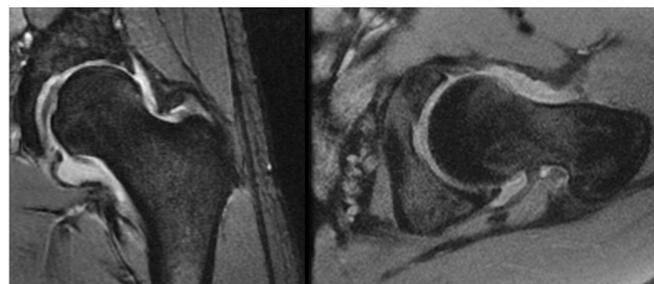
El osteoma osteoide intraarticular es poco frecuente. Representa el 12% de los osteomas osteoides. Supone un reto diagnóstico y terapéutico; puede **enmascarse** con numerosas patologías traumáticas y degenerativas coxofemorales. La **ablación por radiofrecuencia** permite la resolución de la clínica habitual con excelentes resultados funcionales tras un corto periodo de rehabilitación postoperatoria.

Material y métodos

Jugador de fútbol de 18 años con **dolor de cadera que no respondía a tratamiento conservador.** La exploración física evidenciaba una pérdida de rotación interna, debilidad muscular (4/5 de flexión de cadera) y una maniobra de FADDRI positiva.

Las radiografías muestran una morfología femoroacetabular normal junto con una **RMN compatible con una lesión labral.**

A los 6 meses de la visita inicial, **se decide realizar una artroscopia** de cadera. Se evidencia una lesión labral antero-medial y lesiones condrales, por lo que se opta por un desbridamiento lesional **y la sutura labral.**



Sutura labrum



Lesión condral
Zona 2 (Grado I)



Lesión condral
Zona 5 (Grado I)

Resultados

A los 2 meses de la intervención persisten **molestias inguinales nocturnas que requieren el uso de antiinflamatorios** obteniendo mejora sintomática.

Se solicita una RMN que evidencia una **imagen nodular cortical sugestiva de un osteoma osteoide.**

Tras la confirmación diagnóstica mediante TAC de un nidus calcificado en la cortical anterior de la unión cervico-cefálica, se realiza una **ablación percutánea del osteoma osteoide mediante radiofrecuencia** guiada por TAC. Obteniendo el cese total de la sintomatología tras el procedimiento.



Conclusiones

La presencia de una lesión labral de diagnóstico radiológico, no significa que sea la causa principal de dolor de cadera. Otras causas menos comunes de dolor de cadera, deben incluirse en el diagnóstico diferencial, especialmente cuando se encuentran signos clínicos y radiológicos atípicos. Correlacionar la historia del paciente con los hallazgos clínicos y radiológicos es vital para lograr un tratamiento eficaz.