

Inestabilidad anterior de cadera seguida de artroscopia de cadera: examen clínico y reconstrucción capsuloligamentosa

Fernando Martín Gorroño, Ana Galera Durán, Pablo Millán Antelo, Alfonso Vallés Purroy, Ana Castel Oñate

 Hospital Universitario
Príncipe de Asturias

OBJETIVOS

Evaluar los factores responsables de la microinestabilidad de la cadera tras la artroscopia, así como su tratamiento posterior.

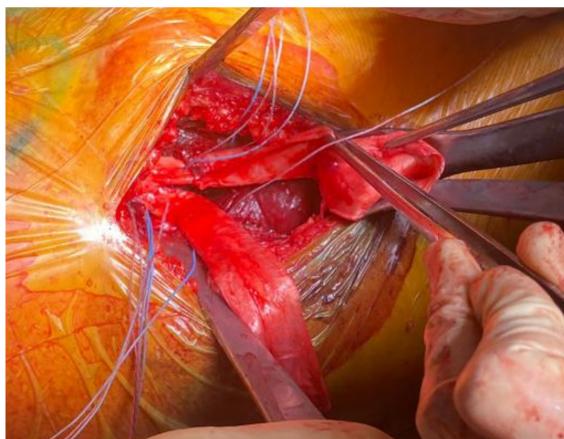
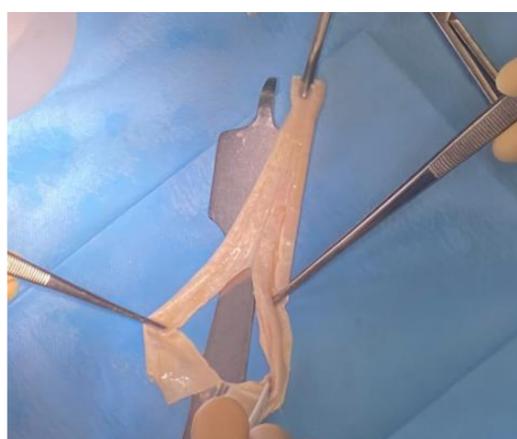
MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 38 años intervenida por primera vez artroscópicamente en mayo de 2018. Debido al dolor inguinal persistente y a la sensación de inestabilidad de la cadera, refractaria a la fisioterapia y a las infiltraciones, se realizó una segunda artroscopia en 2020 (plicatura capsular).

La exploración física mostraba dolor inguinal persistente en el ROM de la cadera. El DIRI, la aprehensión, el psoas y el test DIAL fueron todos positivos, con clara asimetría de ambos pies (el derecho en rotación externa). La rotación interna estaba limitada por el dolor.

El TAC mostró ángulos de anteversión femoral normales y un ángulo de Wiberg de 22º.

Ante la falta de mejoría, en mayo de 2021 se realizó una **reconstrucción capsuloligamentosa con aloinjerto de tendón de Aquiles**, reconstruyendo el ligamento iliofemoral nativo.



RESULTADOS

Al final del procedimiento, la paciente mejoró su excesiva rotación externa pasiva de la cadera (prueba DIAL). Fue dada de alta del hospital con una férula de cadera para restringir el movimiento en 150º de abducción y 70º de flexión. Caminó con muletas durante 6 semanas. Seis meses después de la intervención quirúrgica se quejaba de un ligero dolor en la zona de la ingle. La sensación de inestabilidad había desaparecido.

CONCLUSIONES

La estabilidad de la cadera se consigue mediante la interacción de diferentes estructuras: la cobertura de la cabeza femoral en el acetábulo, el labrum y el complejo capsuloligamentoso de la cadera. Se considera que el ligamento iliofemoral, el isquiofemoral y el pubofemoral son las principales estructuras para lograr una estabilidad normal de la cadera.

En el presente caso, había una cadera limítrofe, y se creía que las deficiencias capsulares y ligamentosas eran la causa de la inestabilidad. La **reconstrucción quirúrgica del ligamento iliofemoral** podría restablecer la antigua función del ligamento y conseguir una articulación de la cadera estable y sin dolor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Shu B, Safran M. Hip instability: anatomic and clinical considerations of traumatic and atraumatic instability. *Clin Sports Med* 2011; 30: 349–67.
2. D'Ambrosi R, Ursino N, Messina C, Della Rocca F, Hirschmann MT. The role of the iliofemoral ligament as a stabilizer of the hip joint. *EFORT Open Rev.* 2021;6(7):545-555.
3. Tang, W M, and K Y Chiu. "Reconstruction of the iliofemoral ligament with an artificial ligament for recurrent anterior dislocation of total hip arthroplasty." *The Journal of arthroplasty* vol. 19,5 (2004): 668-9;
4. Kurz, Adrian Z et al. "Anterior Capsule Reconstruction of the Native Hip: A Technique Guide." *Arthroscopy techniques* vol. 8,10 e1247-e1253. 26 Sep. 2019,

gorrono4@hotmail.com

59 CONGRESO
sec

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA