

LESIONES Y PATOLOGIAS DE LA CADERA



¿Qué es la **artrosis** y cómo la tratamos en la cadera?

¿Qué es el **síndrome doloroso “choque acetabular”** y cómo lo tratamos?

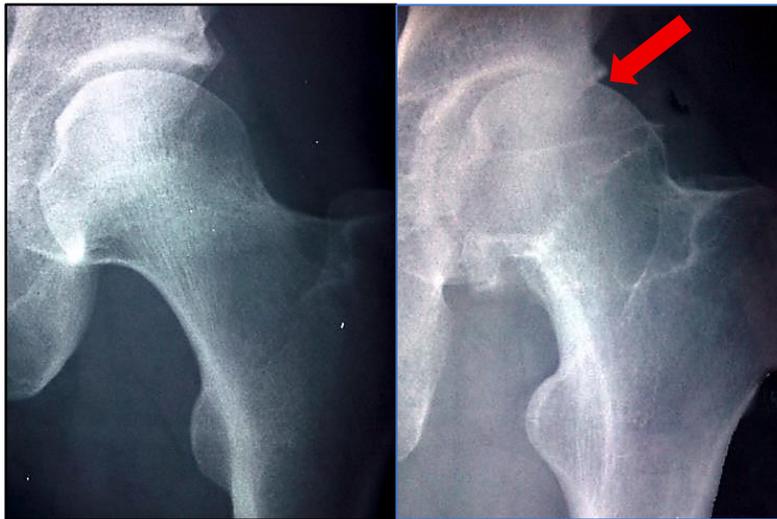
¿Cuáles son las **fracturas** más importantes de la cadera y cómo las tratamos?

¿Qué lesiones pueden tener los **tendones** de la cadera y cómo tratarlas?

CADERA

La articulación de la cadera está formada por la cabeza del hueso del fémur y la cavidad de la pelvis (acetábulo), donde se articula. Las dos superficies están cubiertas por cartílago.

ARTROSIS



CADERA NORMAL

CADERA CON ARTROSIS

Como en otras articulaciones, se trata de una enfermedad crónica degenerativa, en la cual el cartílago se ve dañado de forma progresiva. Este cartílago se sitúa en el extremo de ambos huesos y permite el movimiento armónico de las articulaciones. Cuando se ve dañado aparece dolor y dificultad de movimientos. Con el aumento de las actividades físicas y la longevidad, ha aumentado el número de casos tratados.

Se suele producir por causas naturales (desgaste del cartílago), pero podemos haber sufrido lesiones que aceleren este proceso; por ejemplo: fracturas, traumatismos, cirugías previas... También se suele ver como parte de la evolución del denominado "síndrome de choque femoroacetabular" del que nos ocupamos más adelante.

La clínica más habitual es dolor y rigidez. Al principio es ocasional, pero a medida que evoluciona la enfermedad se hace más constante hasta llegar a ser permanente y limitar de forma importante la marcha.

Tratamiento: Lo primero que debemos saber es que no tiene cura en sí mismo. Pero si tenemos herramientas para aliviar los síntomas y retrasar la evolución.

- Control peso
- Mantenerse activo, buen tono físico
- Analgesia
- Infiltraciones

Cuando todas estas medidas no son suficientes, debemos realizar una sustitución articular, es decir, una prótesis. Esta es la solución más efectiva para una artrosis de cadera y ha demostrado a lo largo de los años constituir el mejor tratamiento en un elevado porcentaje de pacientes.

¿Cómo se manifiesta el dolor en la cadera?

La localización del dolor característico de la cadera es la ingle. Dicho dolor de despierta con el movimiento, con el andar y se suele irradiar por la cara interna del muslo hasta la rodilla. De hecho hay bastantes pacientes que refieren dolor en la cara interna de la rodilla que nos puede confundir inicialmente.

El dolor va adquiriendo una característica cada vez más constante y que limita la funcionalidad y la libertad de desplazamiento. Los pacientes suelen requerir cada vez mayor dificultad para ponerse calcetines y cortarse las uñas del pie.

Perfil del paciente con dolor de cadera. Encontramos dos grupos de pacientes: el paciente mayor en general de 60 años que ha desarrollado una artrosis de cadera, pero también un grupo de pacientes jóvenes (<50 años). Estos suelen presentar dolor por la presencia del denominado "síndrome de Choque femoroacetabular" (que describimos a continuación) y suelen asociar actividad deportiva de impacto o laboral repetitiva, especialmente con movimientos de giro. Estos cuadros de choque suelen generar a la larga a auténticos cuadros de artrosis de cadera.



¿Qué es el choque femoroacetabular y cómo lo tratamos?

Se trata de una **alteración en la forma de los huesos que componen la cadera** que produce un roce entre ellos que provoca dolor y que, a la larga, desencadena procesos de tipo artrósico o de desgaste.

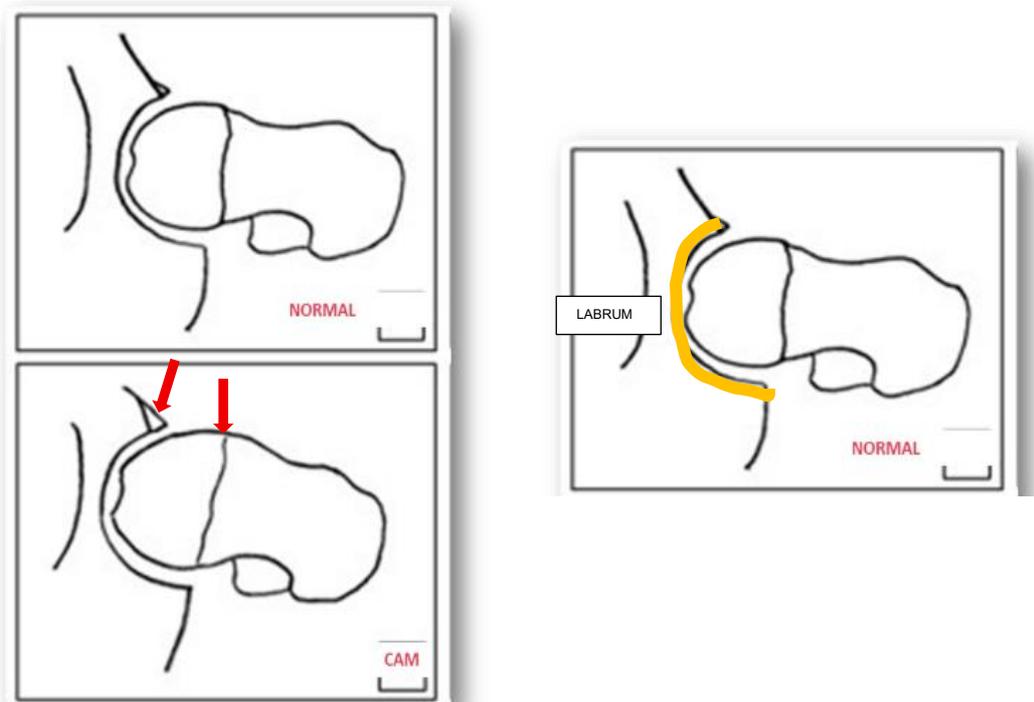
El perfil del paciente **es joven**:

Se suele manifestar **en deportistas** cuyo ejercicio conlleva **carrera o un giro continuado de la cadera**.

Se suele confundir con **tendinitis de aductores o psoas**.

El tratamiento de este tipo de cuadro se puede realizar a menudo mediante artroscopia, “limando” las superficies que rozan y “sujetando” nuevamente el “**labrum**” o menisco de la cadera. Este labrum actúa a modo de “junta” y su rotura acompaña con gran frecuencia a los cuadros de choque. Aunque su rotura puede producirse de forma aislada y por causas traumáticas.

Cuando estos procesos han desarrollado un cuadro de desgaste del cartílago de forma irreversible, el tratamiento ya no puede realizarse con fiabilidad por artroscopia y entramos en el campo de la indicación de las prótesis de cadera. Por ello es tan importante realizar una correcta indicación en cada caso de cada paciente para obtener un buen resultado.

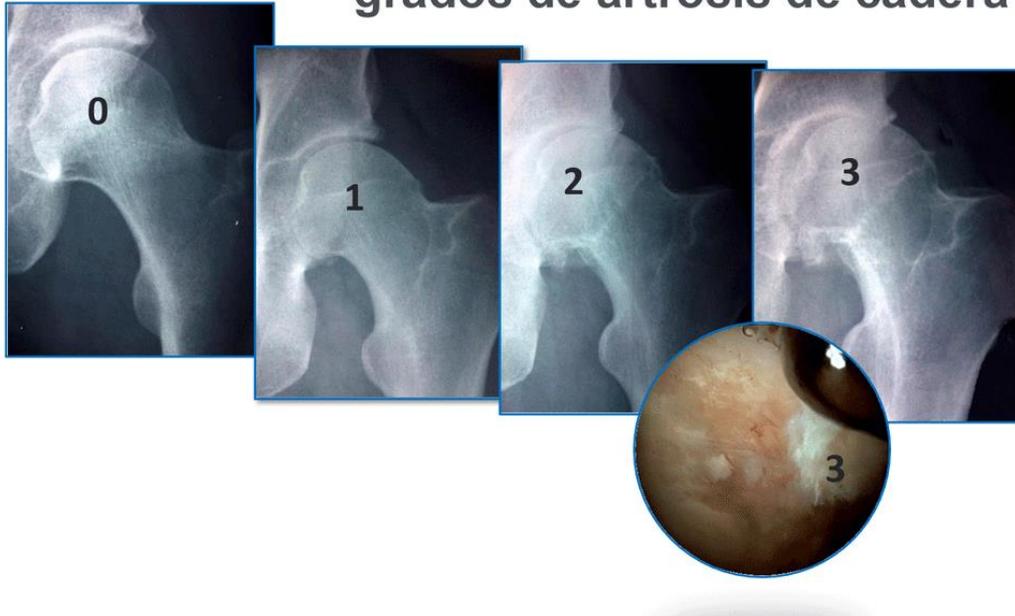


PRÓTESIS:

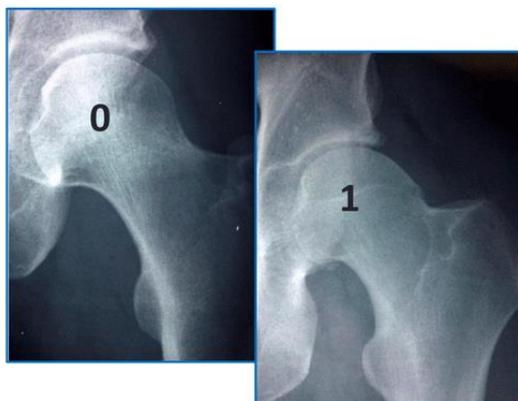
Si la enfermedad continúa evolucionando, produciéndose una mayor pérdida de cartílago y las anteriores opciones no son suficientes para lograr una vida de calidad, se opta por este tratamiento, realizando una sustitución de la articulación dañada.

¿Cuál es el objetivo para tener un buen resultado?

grados de artrosis de cadera



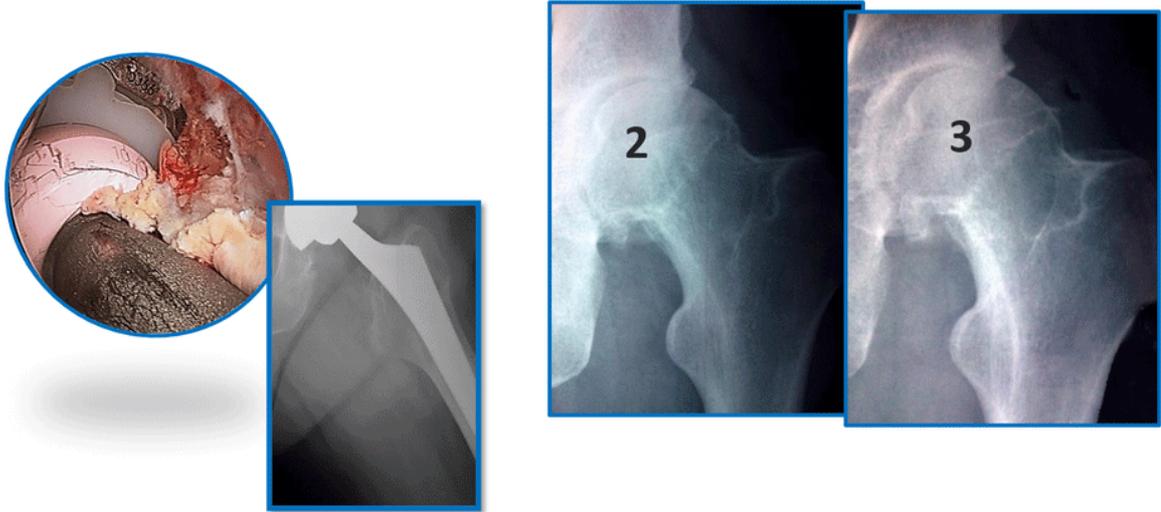
¿Cuál es el objetivo para tener un buen resultado?



**artroscopia
favorable en
grados 0 y 1**
sin signos de artrosis =
espacio articular > 2 mm

¿Cuál es el objetivo para tener un buen resultado?

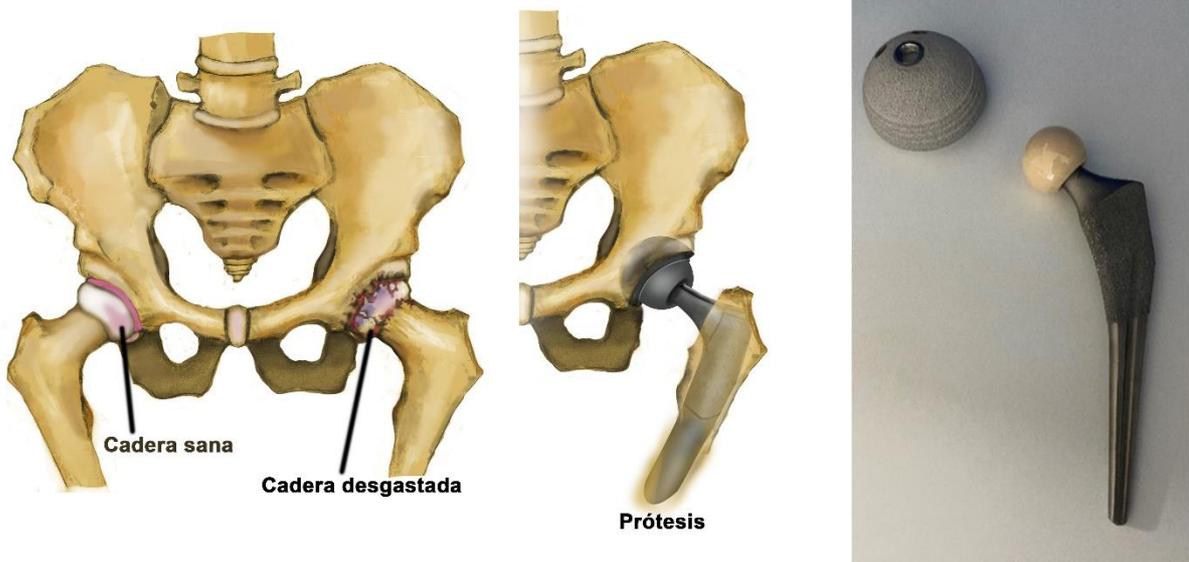
indicación de prótesis de cadera



Prótesis total de cadera

La articulación de la cadera está formada por la cabeza del hueso del fémur y la cavidad de la pelvis (acetábulo), donde se articula. Las dos superficies están cubiertas por cartílago. Cuando se desgasta este cartílago se produce desgaste (artrosis) y con ello dolor y limitación progresiva del movimiento.

La cirugía de prótesis total de cadera consiste en sustituir las partes dañadas del fémur y de la pelvis por otros componentes para restituir la función sin dolor.



La recuperación

Tras una intervención de prótesis total de cadera, la mayoría de los pacientes están listos para poder ser dados de alta del hospital entre 3 a 4 días después. En el momento del alta, el paciente ya se encuentra andando con apoyo de la extremidad intervenida y ayuda de muletas que, abandonará paulatinamente en 1 a 2 meses.

Sentirá una mejoría progresiva a lo largo de los siguientes 6 meses. Deberá esperar menos dolor, rigidez e inflamación, y un estilo de vida cada vez más independiente. Podrá reanudar progresivamente la libertad para caminar sin dolor las distancias apetecidas y reanudar la realización de deportes habituales.

Regresar al trabajo dependerá de la rapidez con la que se recupere y lo exigente que sea el trabajo; entre 1-2 meses para uno de tipo administrativo; entre 6-9 meses para uno de tipo mecánico.



Durante este período continuará realizando los ejercicios que se le habrán indicado y mantendrá control periódico en consulta.

- *Revisar en este punto los protocolos de prótesis de cadera y de alta rápida en PTC en la pestaña de “Guías para pacientes operados” de esta web.*

Otros tipos de Prótesis de cadera



Son conocidas las denominadas prótesis de recubrimiento.

Como se puede apreciar en la imagen, son aparentemente más anatómicas y requieren menor resección de hueso.

Sin embargo, los resultados alcanzados con ellas no son tan uniformemente buenos a largo plazo en relación con las prótesis totales.

Presentan además una importante limitación por el paso de partículas metálicas, como resultado de la fricción de sus componentes, a la sangre.

Además, su recambio en caso de fracaso o movilización no resulta técnicamente sencillo.

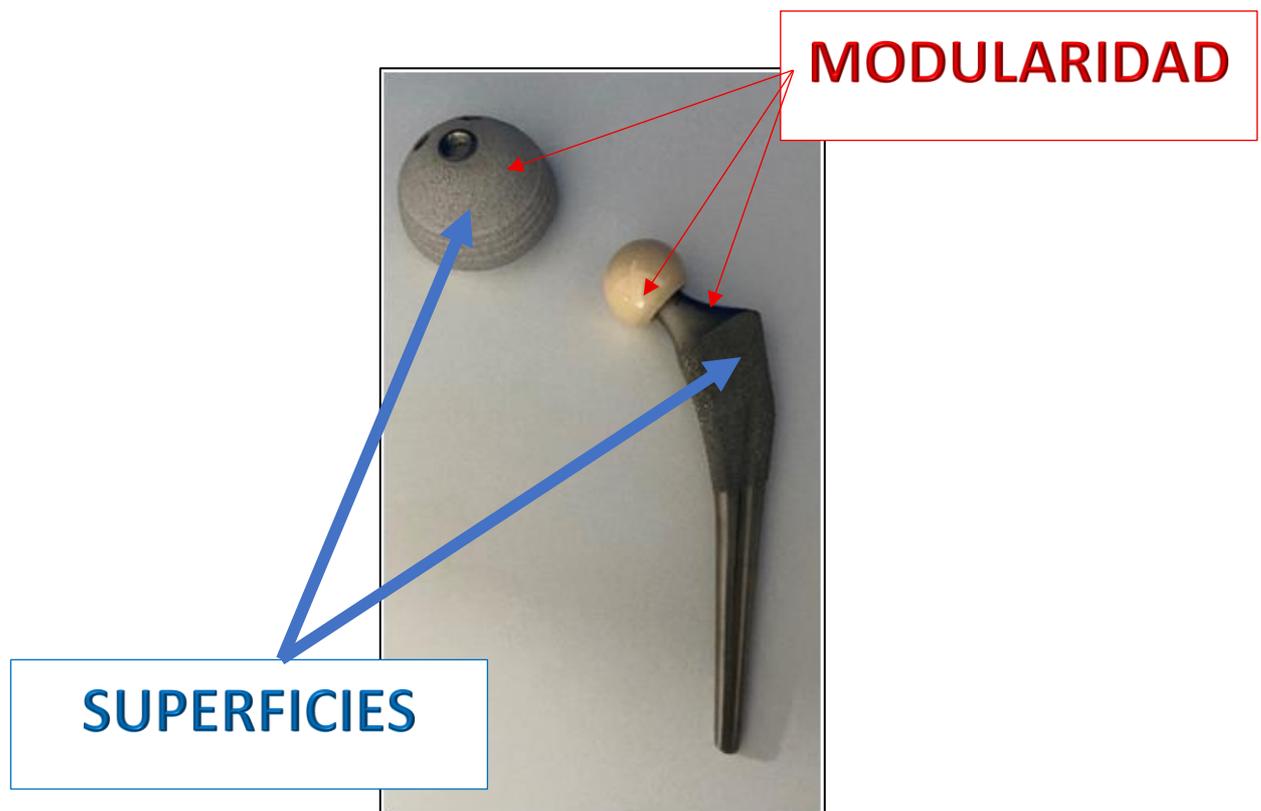
Por ello, este tipo de prótesis no constituye actualmente una opción aconsejada por nuestro equipo.

Los RECAMBIOS de Prótesis de cadera

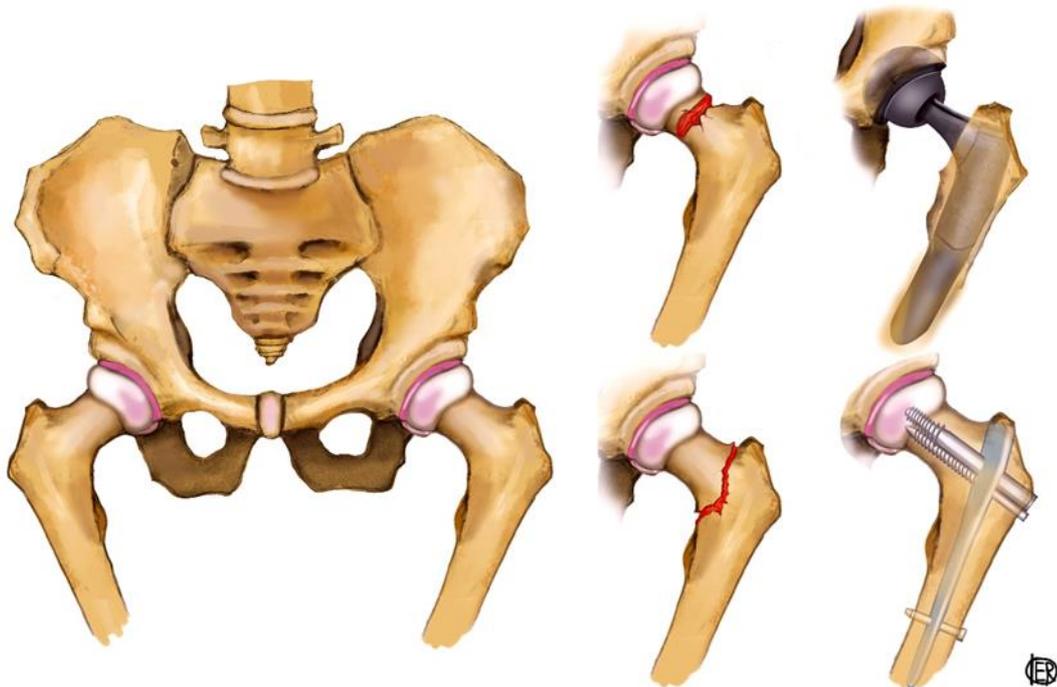
En primer lugar tenemos que destacar que el número de intervenciones para recambiar una prótesis de cadera por su aflojamiento o movilización ha disminuido drásticamente y de forma paulatina en los últimos 15 años. Las actuales prótesis de cadera duran indudablemente **por encima de los 25 años**.

El motivo fundamental de este avance se halla en el hecho de que no es necesario “cementar” las actuales prótesis. La caducidad de los productos “cementantes” reducía la duración de las prótesis a los 15 años. El tratamiento industrial de las superficies de los actuales modelos permite la integración y fijación natural por parte del hueso, haciéndolas en general mucho más duraderas.

Esta misma característica junto con la “modularidad” (o despiece) de los actuales modelos hace que, en general, **las actuales intervenciones de recambio sean técnicamente mucho más sencillas que las de antaño**. Antes era necesario retirar todos los componentes de la prótesis, retirar todos los restos de cemento y restituir los defectos que en el hueso se producían; eran cirugías largas con mayor riesgo de sangrado e infección. Actualmente, sólo precisamos recambiar el componente que se halle movilizado, no es necesario retirar el cemento y los defectos óseos encontrados suelen ser menores. Su duración no es en muchos casos superior a la de una primera implantación de prótesis.



FRACTURAS DE CADERA



Las fracturas que se producen en el extremo proximal del fémur son conocidas como fracturas de cadera. Tienen una gran incidencia, elevada morbilidad, importante impacto en la mortalidad y grandes repercusiones socioeconómicas. La incidencia es especialmente elevada en mujeres mayores con osteoporosis.

El tratamiento integral de estos pacientes incluye el aspecto quirúrgico con el objetivo de disminuir la mortalidad y recuperar la situación funcional previa a la fractura en el menor tiempo posible.

Para alcanzar dicho objetivo, lo ideal es poder **intervenir al paciente en un plazo menor a 48h**, siempre y cuando la situación y el estado general del paciente y su medicación lo permitan.

Al paciente se le realizará un tratamiento quirúrgico individualizado, se colocará una prótesis total de cadera o se pondrá un clavo intramedular según el tipo de fractura y grado de desplazamiento (en la imagen).

Con el mismo objetivo:

- Se incorpora al paciente el mismo día de la intervención iniciando la sedestación.
- Tras controlar la frecuente tendencia a marearse al principio, comenzará a ponerse de pie y a caminar (con ayuda de un tacataca o de muletas) bajo la supervisión del personal Auxiliar de la planta de hospitalización.
- Durante el ingreso (5-7 días) irá aumentando progresivamente su movilidad. Caminando cada vez más con control del personal de Rehabilitación.

¿Qué es la bursitis o trocanteritis y cómo la tratamos? ¿y la psoitis?

Se trata de una alteración por la que se produce un roce entre el fémur y el tendón de la fascia que desencadena un proceso doloroso pero no de desgaste.

Es muy frecuente en mujeres desde edad media y se trata al principio con infiltraciones y Fisioterapia.

El perfil del paciente es más frecuente en mujeres de edad media y mayor. Se suele manifestar en situaciones de subir escaleras-cuestas, sentarse con las piernas cruzadas.

localización del dolor de bursitis de cadera: trocánter



irradiación del dolor: cara externa del muslo hacia la rodilla

Cuando fracasa el tratamiento conservador, a través de artroscopia liberamos este tendón (fascia lata) y reparamos, cuando están rotos, otros tendones de la cadera (glúteo medio).

También podemos liberar por artroscopia el tendón del **psoas** en casos que no responden al tratamiento conservador o cuando en algún caso roza con una **prótesis de cadera implantada**. En estos casos el dolor es en la ingle y se suele manifestar en movimientos de flexión como las situaciones de bajar escaleras-cuestas, entrar en el coche.

