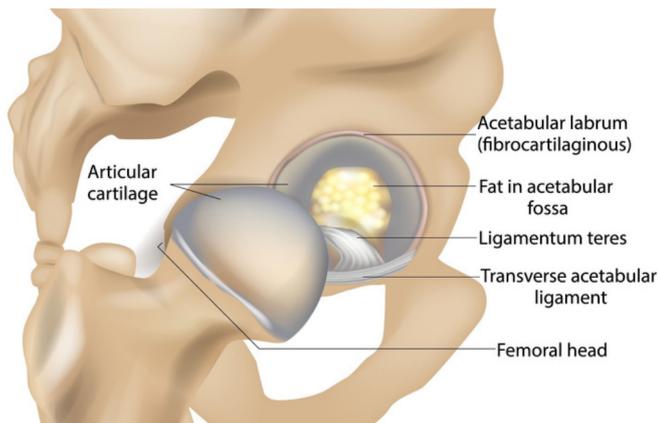


DESGARROS DEL LIGAMENTO REDONDO, ISQUIOTIBIALES, RECTO FEMORAL Y ADUCTORES

Hay muchas lesiones y afecciones de los tejidos blandos que pueden ocurrir alrededor de la cadera y que afectan las bursas, los tendones, los ligamentos y los músculos. A menudo se tratan de forma no quirúrgica, pero cuando es necesaria la cirugía, es aconsejable consultar a un cirujano de preservación de la cadera, donde es probable que se requiera una evaluación completa y pruebas de imágenes antes de poder decidir un plan de tratamiento. A continuación se describen algunos ejemplos de estructuras que pueden lesionarse.

LIGAMENTO REDONDO

Este ligamento es una estructura similar a un cordón que se une por un extremo a la cabeza del fémur y por el otro a la cavidad de la articulación de la cadera (acetábulo). Este cordón consta de dos bandas fibrosas paralelas que ayudan a proporcionar estabilidad a la articulación de la cadera al limitar el rango excesivo de movimiento.



FOLLETO INFORMATIVO PARA PACIENTES

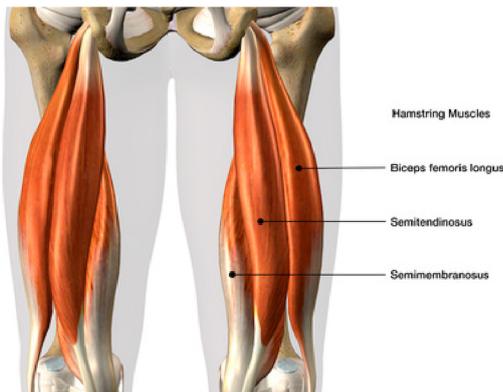
Cuando se rompe, parcial o totalmente, pueden producirse diversos grados de inestabilidad, provocando dolor y reducción de la movilidad. Puede haber síntomas de manipulación, chasquido y bloqueo. El daño al ligamento redondo puede deberse a una lesión traumática, como una luxación o a causas no traumáticas, como uso excesivo, irritación crónica asociada con otras afecciones, como pinzamiento femoroacetabular (PFA) o hipermovilidad.

Las roturas parciales son las más comunes, pero es posible que se produzcan roturas completas. Es posible que las imágenes no revelen una lesión del ligamento redondo y solo se descubran durante la artroscopia de cadera cuando todas las demás opciones de tratamiento han fallado. Si está dañado, el tratamiento quirúrgico consiste en extirpar y limpiar cualquier tejido dañado, tratamiento térmico para tensar el ligamento y/o reconstrucción. Este último procedimiento consiste en sustituir el ligamento dañado por uno injertado.

ISQUIOTIBIALES

Los tres músculos isquiotibiales se encuentran en la parte posterior del muslo. Se extienden desde varias inserciones alrededor de la rodilla hasta la tuberosidad isquiática (hueso donde nos sentamos). Las lesiones de los isquiotibiales tienden a ocurrir con más frecuencia en la población deportista, lo que resulta en desgarros de diversos grados, ya sea donde el músculo se convierte en tendón (unión musculotendinosa) o donde el tendón de los isquiotibiales se une a la tuberosidad isquiática (ósea) en la pelvis. El daño puede variar desde distensiones menores hasta lesiones importantes, en las que el tendón se desprende por completo del hueso; pueden o no llevar consigo un pequeño fragmento de hueso (fractura por avulsión). El daño al tendón también puede ocurrir debido a lesiones por uso excesivo, donde los movimientos repetitivos pueden causar degeneración del tendón cerca de su unión al hueso.

Las personas con rotura de uno o más tendones de los isquiotibiales refieren una sensación de rotura o chasquido en la región posterior del muslo al realizar un esfuerzo físico, generalmente acompañada de un hematoma importante, una sensación de aguja en la región y pérdida de fuerza y función. La ecografía y la resonancia magnética a menudo confirman el alcance del daño a los tejidos blandos y la radiografía si se ha producido alguna lesión ósea.



TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

La fisioterapia puede ser eficaz para distensiones menores y pequeñas lesiones de tendones, utilizando hielo, medicamentos antiinflamatorios, modificación de la actividad y el descanso, liberación miofascial y programas de ejercicio con un retorno gradual a las actividades previas a la lesión. Las lesiones más importantes pueden requerir reparación quirúrgica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

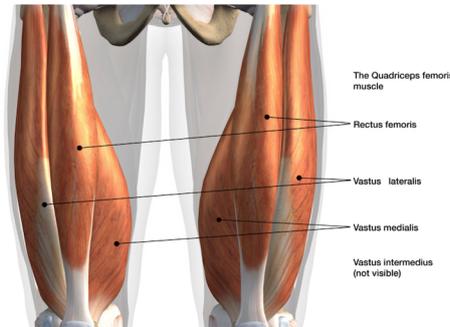
Durante una artroscopia de cadera, se puede alcanzar la tuberosidad isquiática y se pueden reparar y suturar los tendones desprendidos o desgarrados. Algunos cirujanos de preservación de cadera pueden realizar este procedimiento mediante un abordaje abierto en lugar de mediante artroscopia, por varias razones, entre ellas:

- La necesidad de injertar;
- Retrasos en la realización de cirugías reparadoras;
- El desarrollo de tejido cicatricial;
- Preferencia del cirujano.

Se requerirá un período de rehabilitación antes de regresar a las actividades y deportes normales. Es probable que esto implique un período de retorno gradual a la carga total de peso, con un aumento gradual en el rango de movimiento, lo que da tiempo para que sanen las reparaciones del tendón antes de recuperar la flexibilidad.

RECTO FEMORAL

La parte anterior del muslo está formada por cuatro músculos, llamados cuádriceps. Se extienden en dirección proximal, desde la rodilla hasta unirse a la pelvis y la región de la cadera. El músculo recto femoral es el más grande de los cuatro y es responsable de enderezar la rodilla y flexionar la cadera. Puede transmitir grandes fuerzas debido a su tamaño y por ello suelen producirse lesiones durante acciones explosivas como saltar o correr.



La lesión puede ocurrir en tres áreas del recto femoral:

- En la región muscular
- En la transición donde el músculo se convierte en tendón
- En la región donde el tendón se une al hueso pélvico

En ocasiones y con mayor frecuencia en personas más jóvenes, el tendón del recto femoral puede desprenderse completamente de la pelvis, llevándose consigo un fragmento de hueso (fractura por avulsión).

La gravedad de la lesión determinará el mejor tratamiento necesario. La fisioterapia que implica una combinación de reposo, hielo, técnicas manuales, regímenes de ejercicio gradual y modificación de la actividad puede ser eficaz para la mayoría de las lesiones del recto femoral. Cuando el tendón se rompe por completo o se produce una fractura por avulsión, puede ser necesaria una reparación quirúrgica. Es necesario un período de rehabilitación, con el objetivo de volver a la actividad normal y al deporte.

ADUCTORES

Los aductores de la cadera se encuentran en la parte interna del muslo y están formados por cinco músculos, siendo el aductor largo el más lesionado.

La lesión suele ser el resultado de la actividad deportiva. El tratamiento no quirúrgico suele ser eficaz e implica una combinación de reposo, hielo, uso de medicamentos antiinflamatorios, terapia manual, regímenes de ejercicio y regreso gradual a las actividades y deportes normales. Puede ser necesario un tratamiento quirúrgico si se producen problemas crónicos en el tendón aductor o si la lesión es grave. Se realizará una consulta con un cirujano de preservación de cadera donde se revisará un examen físico y unas imágenes, incluidas radiografías y resonancias magnéticas, antes de evaluar si es necesaria alguna intervención. El tratamiento requiere un período de rehabilitación.

