



LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS ALREDEDOR DE LA CADERA

DEFINICIÓN

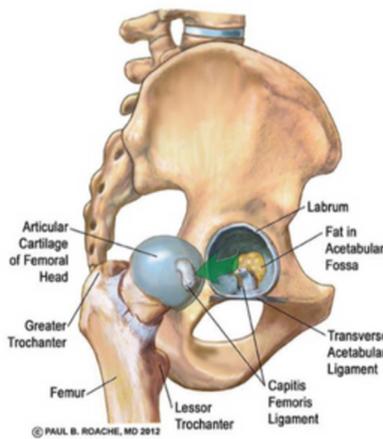
Hay muchas lesiones y afecciones de los tejidos blandos que pueden producirse alrededor de la cadera y que afectan a bursas, tendones, ligamentos y músculos. A menudo se tratan de forma no quirúrgica, pero cuando es necesaria una intervención quirúrgica, es aconsejable consultar a un cirujano especialista en cirugía de preservación de la cadera, que probablemente necesitará una evaluación exhaustiva y pruebas de imagen antes de decidir un plan de tratamiento. A continuación se describen algunos ejemplos de las estructuras que pueden lesionarse.

LIGAMENTUM TERES (TAMBIÉN CONOCIDO COMO LIGAMENTO REDONDO O LIGAMENTO CAPITIS FEMORIS)

Este ligamento es una estructura en forma de 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 está formado por dos bandas fibrosas paralelas y se cree que proporciona cierta estabilidad a la articulación de la cadera, limitando la amplitud excesiva de movimiento y ayudando a la propiocepción.



PATIENT INFORMATION FACT SHEET



Puede haber síntomas de chasquido y bloqueo. Los daños en el ligamentum teres pueden deberse a una lesión traumática, como una luxación, o a causas no traumáticas, como

la inestabilidad, el uso excesivo, la irritación crónica asociada a otras afecciones, como el choque femoroacetabular (CFA) o la hipermovilidad.

Las lesiones suelen ser parciales, pero es posible que se produzcan roturas completas. Es posible que el diagnóstico por imagen no revele la lesión del ligamentum teres y que sólo se descubra durante una artroscopia exploratoria de cadera cuando hayan fracasado todas las demás



opciones de tratamiento no quirúrgico o diagnóstico. Si se descubre que está dañado, el tratamiento quirúrgico suele consistir en la extirpación y reparación del tejido dañado y/o la reconstrucción. Este último procedimiento consiste en sustituir el ligamento dañado por uno injertado, utilizando parte del tendón isquiotibial del propio paciente, por ejemplo.

LESIONES DE LOS MÚSCULOS ISQUIOTIBIALES

Los tres músculos isquiotibiales están situados en la parte posterior del muslo. Se extienden desde varias inserciones alrededor de la rodilla hasta la tuberosidad isquiática (hueso de inserción proximal). Las lesiones de los músculos isquiotibiales suelen ser más frecuentes en la población deportiva y provocan lesiones de diverso grado, ya sea donde el músculo se vuelve tendinoso (unión musculotendinosa) o donde el tendón de los isquiotibiales se une a la tuberosidad isquiática de la pelvis. Los daños pueden ir desde pequeñas distensiones hasta lesiones importantes, en las que el tendón se desprende por completo de la tuberosidad isquiática; puede llevarse consigo un pequeño trozo de hueso (fractura por avulsión). Los daños en el tendón también pueden producirse por lesiones por uso excesivo, en las que los movimientos repetitivos pueden hacer que el tendón degenera cerca de su unión a la tuberosidad.



Las personas que se han lesionado uno o más tendones isquiotibiales pueden recordar una sensación de chasquido o lesión y presentar hematomas importantes, pinchazos y pérdida de función. Las radiografías y la resonancia magnética suelen confirmar el alcance de los daños en los tejidos blandos y si se ha producido alguna lesión ósea.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

La fisioterapia puede ser eficaz para las distensiones y las afecciones tendinosas más leves, y puede implicar el uso de hielo, medicación antiinflamatoria, reposo y modificación de la actividad, terapia de los tejidos blandos y programas de ejercicios progresivos con un retorno gradual a las actividades previas a la lesión. Las lesiones más importantes pueden requerir una reparación quirúrgica.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Durante un procedimiento abierto o endoscópico, se puede llegar a la tuberosidad isquiática y reparar y volver a anclar cualquier tendón desprendido o roto. También puede tratarse cualquier otro daño en los tejidos blandos o estructuras de la zona, como la bursitis. Algunos cirujanos especializados en la cirugía de preservación de cadera pueden realizar esta intervención mediante un abordaje abierto en lugar de endoscópico, por varias razones, entre ellas:

- la necesidad de un injerto
- retrasos en la realización de la cirugía reconstructiva
- la aparición de tejido cicatricial
- preferencia personal del cirujano

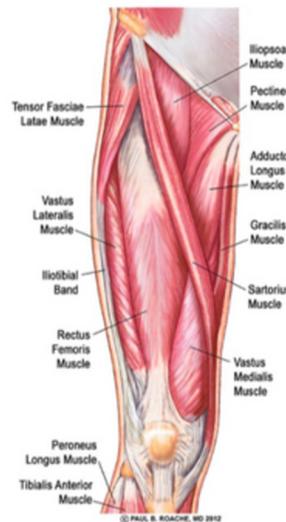
Será necesario un periodo de rehabilitación antes de reanudar las actividades normales y los deportes. Es probable que esto implique un retorno gradual a la carga completa, con un aumento gradual del rango de movimiento para dar tiempo a que las reparaciones tendinosas cicatricen antes de recuperar la flexibilidad. En el postoperatorio, puede ser necesario llevar una férula para restringir los movimientos de la cadera durante un tiempo limitado.

LESIONES DE CUÁDRICEPS

La parte anterior del muslo está formada por cuatro músculos, los cuádriceps. Estos músculos se extienden hacia arriba desde la articulación de la rodilla y se unen en varios puntos alrededor de la parte delantera de la pelvis y la cadera. El músculo recto femoral es el mayor de los cuatro y se encarga de enderezar la rodilla y flexionar la articulación de la cadera. Debido a su tamaño, puede transmitir grandes fuerzas, por lo que las lesiones suelen producirse durante acciones explosivas como saltar o esprintar.

Las lesiones pueden producirse en tres zonas del recto femoral:

- En el vientre muscular principal
- Donde el músculo se vuelve tendinoso
- Donde el tendón se une a la pelvis



Ocasionalmente, y con mayor frecuencia en individuos jóvenes, el tendón del recto femoral (recto femoral proximal) puede desprenderse completamente de la pelvis, llevándose consigo un trozo de hueso (fractura por avulsión).

La gravedad de la lesión determinará el mejor tratamiento necesario.

TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

La fisioterapia, que incluye cualquier combinación de reposo, hielo, técnicas manuales, regímenes de ejercicios graduales y modificación de la actividad, puede ser eficaz para la mayoría de las lesiones del recto femoral.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Cuando el tendón se ha lesionado por completo o se ha producido una fractura por avulsión, puede ser necesaria una reparación quirúrgica. A continuación, se inicia un periodo de rehabilitación con el objetivo de reanudar las actividades normales y la práctica deportiva.

LESIONES DE LOS ADUCTORES

Los aductores de la cadera se encuentran en la cara interna del muslo y están formados por cinco músculos, siendo el aductor largo el que se lesiona con más frecuencia.

La lesión suele ser consecuencia de la actividad deportiva. El tratamiento no quirúrgico suele ser eficaz y consiste en una combinación de reposo, hielo, antiinflamatorios, terapia manual, ejercicios y una reincorporación gradual a las actividades normales y deportivas. El tratamiento quirúrgico puede ser necesario si aparecen problemas crónicos del tendón aductor o si la lesión es grave. Se consultará a un cirujano especialista en cirugía de preservación de cadera, que examinará la exploración física y el diagnóstico por imagen, incluidas radiografías y resonancias magnéticas, antes de evaluar si es necesaria alguna intervención. A continuación se iniciará un periodo de rehabilitación.

