

11244
7A
29



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

SINDROME DE CADERA CHASQUEANTE

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S

Que para obtener el Título de
ESPECIALISTA EN REUMATOLOGIA
p r e s e n t a
DR. ADOLFO GARCIA GONZALEZ

Departamento de Reumatología.

Instituto Nacional de Cardiología
Ignacio Chávez



1 9 9 0



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

SINDROME DE CADERA CHASQUEANTE

INTRODUCCION

Los síndromes chasqueantes son entidades bien reconocidas en la literatura ortopédica (19). Se han descrito chasquidos en distintas localizaciones anatómicas, principalmente en el hombro, en la escapula y en la cadera. Estas entidades nosológicas se caracterizan por la presencia de un sonido específico cerca de la articulación al realizar ciertos movimientos y puede o no estar acompañado de dolor. Su patogenia no se conoce a ciencia cierta, sin embargo se postula que el desplazamiento anormal de tendones sobre prominencias óseas produce el chasquido característico.

La cadera, es, quizá la localización más frecuente de este grupo de enfermedades, su frecuencia de presentación se desconoce y especialmente es poco reconocida por los reumatólogos. Esta patología es sin duda una causa de dolor a nivel de la cadera que se debe tener en cuenta en el diagnóstico diferencial de los síndromes dolorosos tanto articulares como de tejidos blandos.

Dentro de la revisión de los dos textos más importantes de la Reumatología (17,18), no se hace mención acerca de éste síndrome como causa de dolor o limitación funcional. Teniendo en cuenta lo anterior y considerando que se trata de una patología que puede ser motivo de consulta a nivel reumatológico, consideramos conveniente reportar nuestra experiencia en cuanto al diagnóstico y manejo de la cadera en resorte o chasqueante.

ANATOMIA

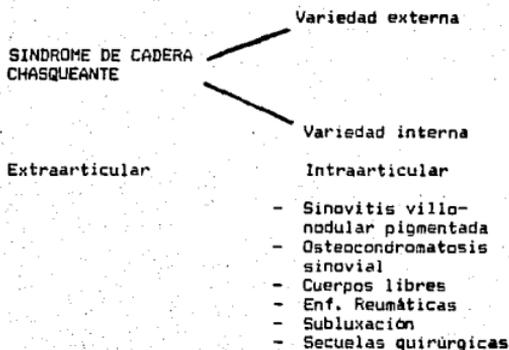
La articulación coxofemoral es una de las articulaciones diartroïdiales con más movilidad dentro del sistema musculoesquelético (16). Para lograr esto, es necesaria una interacción del tipo socket ball, entre los dos huesos implicados, la cabeza femoral y el acetábulo del iliaco. Este tipo de estructura si bien permite una movilidad extensa, tiene la desventaja de requerir muchos elementos extraarticulares para su estabilidad (16). Así, son importantes el rodete cotiloideo y los ligamentos. Dentro de estos últimos destacan 3 por su importancia: ligamento capsular o cápsula propiamente dicha; fascículos de refuerzo y ligamento intraarticular o redondo (15).

Existen otras dos estructuras de suma importancia para la estabilidad y el movimiento adecuado de la articulación que son las bursas y los músculos de la cadera. Dentro de las primeras solo mencionaremos que se han descrito hasta 21 bursas en esta región destacando por su relación con el síndrome la bursa trocántérica y la bursa iliopectínea (presentando comunicación ésta última con la cavidad articular en un 15% de los pacientes) (13). Los músculos que se han implicado son: el glúteo mayor, que proximalmente se inserta en el labio externo de la cresta iliaca dirigiéndose hacia abajo hasta insertarse distalmente mediante un grueso tendón que se divide en dos segmentos, la porción anterior (que recibe fibras del tensor de la fascia lata) constituyendo la bandaleta iliofemorotibial y la porción posterior que se fija a la línea áspera. El tensor de la fascia lata, es un músculo carnoso en su aspecto superior y tendinoso en su porción inferior, corre hacia abajo uniéndose en su parte posterior a la porción anterior del glúteo mayor, pasando por detrás del trocánter mayor e insertándose distalmente en la tuberosidad interna de la tibia. El ilipsoas, tercero y último músculo implicado en esta enfermedad es una estructura formada por dos porciones, la

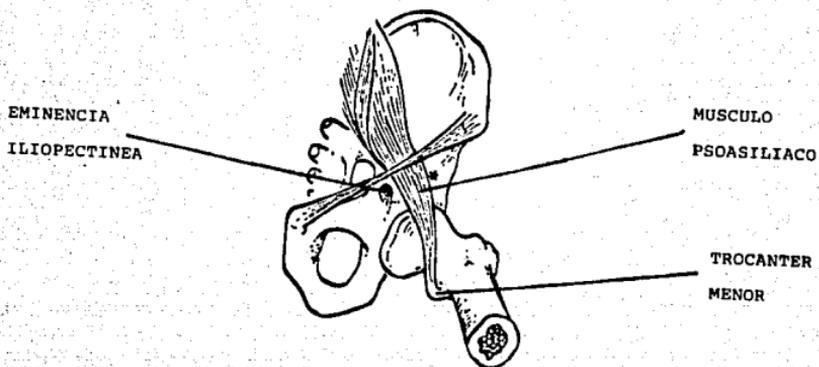
psaos que parte de las vertebras lumbares y la iliaca que se inserta proximalmente en la cresta iliaca; ambas subdivisiones se unen en su trayecto formando el tendón del ilipsoas que se encuentra separado del hueso iliaco por la bursa iliopectinea, pasa a través de un canal forado medialmente por la eminencia iliopectinea y lateralmente por la espina iliaca anteroinferior, para terminar insertandose en el trocánter menor.

CLASIFICACION

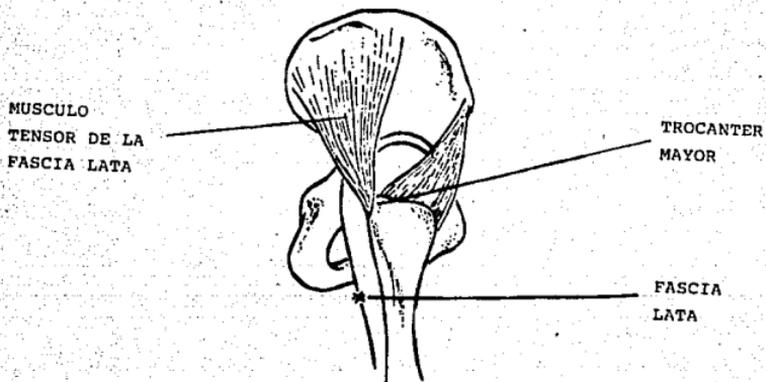
Se han descrito dos variedades del sindrome: la interna y la externa. Esta última se subdivide en intra y extraarticular. El punto de demarcación es una línea que pasa por la parte media de la diáfisis del fémur siguiendo su eje longitudinal, de tal suerte que el trocánter mayor queda en la posición externa y todas las estructuras mediales al cuello anatómico forman la variedad interna.



PROYECCION ANTEROPOSTERIOR



PROYECCION LATERAL



ETIOPATOGENIA

Son muy variadas las causas de cadera chasqueante de etiología interna intraarticular, sin embargo son las menos frecuentes; los casos reportados hacen mención de sinovitis villonodular pigmentada (2); osteocondromatosis sinovial (3); cuerpos libres intraarticulares (2); enfermedades reumáticas generalizadas (principalmente osteoartritis y artritis reumatoide) (8); subluxación de cadera (8) y secuela quirúrgica de prótesis total de cadera (20). La etiopatogenia de la variedad interna extraarticular es muy discutida en cuanto a las causas que la producen, postulándose como lo más probable un desplazamiento medial del tendón del iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea, la variedad externa ha sido motivo de distintas teorías, sin embargo la más aceptada es la que sostiene que existe un salto anterior de la fascia lata sobre el trocánter mayor produciendo el chasquido.

DESCRIPCION DE LOS CASOS

Se realizó una revisión de los expedientes del Servicio de Traumatología y Ortopedia del Hospital General Dr. Manuel Gea González, buscando específicamente los casos de cadera en resorte. Encontramos 6 pacientes con la variedad externa del padecimiento. El séptimo caso, se trata de variedad interna, fué estudiado, diagnosticado y manejado en el Servicio de Reumatología del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez (tabla 1).

CASO 1. Masculino de 25 años de edad, violinista. Dos años de evolución con chasquido en articulación coxofemoral derecha que se presentaba al subir escaleras. Nunca cursó con dolor. Se manejó quirúrgicamente realizándose fenestraciones en la fascia lata. Evolución favorable,

encontrándose asintomático a los 4 meses de seguimiento.

CASO 2. Masculino de 13 años de edad. Estudiante. Dos años de evolución con chasquido en región trocantérica derecha, sin dolor. Se programa para cirugía realizándose fenestraciones de la fascia lata sobre el trocánter mayor. No acudió a las consultas de seguimiento, sin embargo se obtuvieron datos indirectos informando que se encontraba asintomático.

CASO 3. Masculino de 25 años. Profesionista. Cinco años de evolución con chasquido bilateral habiendo iniciado súbitamente al estar practicando deporte, se acompañaba de dolor de moderada intensidad en ambas regiones inguinales. Se realizaron fenestraciones en ambas fascias latas. En un plazo de observación de 8 meses persiste el cuadro doloroso pero el chasquido desapareció.

CASO 4. Femenina de 28 años de edad. Maestra de educación física. Dos años de evolución con sensación de bloqueo de la articulación coxofemoral derecha al realizar ejercicio intenso. Presentaba dolor esporádico y discreto. Durante la cirugía se realizó alargamiento de la fascia lata. Al mes de seguimiento se encuentra asintomática.

CASO 5. Masculino de 20 años. Estudiante. Un año de evolución presentado chasquido y dolor sobre el trocánter mayor izquierdo. Especialmente al realizar deporte. En la consulta externa se corrobora el cuadro clínico al realizar rotación interna, aducción y flexión de la cadera afectada. Durante la cirugía se realizaron fenestraciones de fascia lata y bursectomía trocantérica por encontrarse inflamada. Se encuentra asintomático a los 10 meses de seguimiento.



TENDON DEL
ILIOPSOAS

FOTOGRAFIA 1.- ARTROGRAFIA CON TENOGRAFIA
DEL TENDON DEL ILIOPSOAS. POSICION
LATERAL NORMAL EN RELACION CON LA E-
MINENCIA ILIOPECTINEA



TENDON DEL
ILIOPSOAS

FOTOGRAFIA 2.- DESPLAZAMIENTO MEDIAL DEL
TENDON SOBRE LA EMINENCIA AL REALI-
ZAR LA MANIOBRA INDUCTORA.

CASO 6. Femenina de 26 años. Ama de casa. Tres años de evolución con chasquido en el trocánter derecho, no tenía dolor, se realizó alargamiento de la fascia lata y bursectomía. A los 8 meses de seguimiento se encuentra asintomática.

CASO 7. Femenina de 26 años. Maestra de educación física. Seis meses de evolución, con un cuadro caracterizado por dolor inguinal derecho que se acompañaba de un chasquido de discreta intensidad. El dolor se desencadenaba al realizar extensión, partiendo de la posición de flexión, abducción y rotación externa del muslo derecho; asimismo se palpaba un deslizamiento tendinoso sobre la región inguinal afectada. Se realizó artrografía con tenografía del iliopecteo con monitoreo fluoroscópico detectándose desplazamiento medial del tendón sobre la eminencia iliopectínea (fig. 1 y 2). Se manejó conservadoramente con la aplicación de esteroides locales desapareciendo el dolor pero persistiendo el chasquido, a los 3 meses de seguimiento.

En resumen, 6 pacientes tenían antecedente de realizar ejercicio intenso, inclusive el cuadro se presentó en dos maestras de educación física; solamente el paciente No. 1 cuya actividad profesional era la música, no dedicaba tiempo suficiente al ejercicio físico. El promedio de edad fue de 24.1 años, con extremos de 13 y 32. Encontramos 4 hombres y 3 mujeres. La sintomatología característica fue la presencia de chasquido y/o dolor producido al realizar maniobras específicas. Tres pacientes presentaban solo chasquido, los demás lo tenían asociado a dolor. Los síntomas eran referidos sobre la región trocánterica a excepción de la paciente con la variedad interna que los tenía en la región inguinal derecha y del paciente

ambos trocánteres pero el dolor lo tenía en las regiones inguinales. Los 6 pacientes con la variedad externa presentaban el síndrome al realizar maniobras de rotación interna, aducción y flexión del muslo; por el otro lado la paciente con la variedad interna desarrollaba el cuadro al realizar extensión de la cadera (partiendo de flexión), abducción y rotación externa. El tiempo de evolución de los síntomas también fué importante, de tal modo que el promedio entre el inicio de los síntomas y la solicitud de asistencia médica fué de 26.5 meses, siendo el período más largo de 5 años y el más corto de 6 meses.

En los 7 pacientes, las radiografías simples de cadera fueron normales. Los exámenes de laboratorio de rutina se reportaron sin anormalidades. En la paciente con la variedad interna la artrografía con tenografía del iliopsoas durante monitoreo fluoroscópico demostró la patología del cuadro clínico.

El tratamiento fué quirúrgico en seis pacientes y médico en el que tenía la variedad interna. La técnica quirúrgica fué similar en todos los casos, realizándose fenestraciones de la fascia lata, en la porción localizada sobre el trocánter mayor; permitiendo un alargamiento de la fascia. No se realizó en ningún caso sutura de ésta estructura aponeurótica al periostio. En dos pacientes durante el acto quirúrgico se encontró una bursa trocánterica enrojecida, motivo por el que se decidió la realización de bursectomía. Todos los procedimientos quirúrgicos fueron bajo anestesia general. En el caso en que se decidió el manejo conservador, durante la realización de la tenografía se realizó el diagnóstico de certeza por lo que se decidió en ese momento la aplicación de esteroides locales como tratamiento de elección.

T A B L A 1

PACIENTE	VARIEDAD	LOCALIZACION DE MOLESTIAS	DOLOR	CHASQUIDO	MANIOBRA INDUCTORA	TRATAMIENTO	EVOLUCION
1	Ext.	Trocanter mayor der.	-	+	Flexión Aducción Rotación interna	Alargamiento Fascia lata	Asintomático
2	Ext.	Trocanter mayor der.	-	+	Flexión Aducción Rotación interna	Alargamiento Fascia lata	Asintomático
3	Ext.	Ambos trocanteres e ingles	+	+	Flexión Aducción Rotación interna	Alargamiento Fascia lata	Persiste dolor
4	Ext.	Trocanter mayor	+	+	Flexión Aducción Rotación interna	Alargamiento Fascia lata	Asintomático
5	Ext.	Trocanter mayor izq.	+	+	Flexión Aducción Rotación interna	Alargamiento Fascia lata y Burssectomía	Asintomático
6	Ext.	Trocanter mayor der.	-	+	Flexión Aducción Rotación interna	Alargamiento Fascia lata y Burssectomía	Asintomático
7	Int.	Inguinal derecha	+	+	Extensión Abducción Rotación externa	Esteroide local en tendón del Iliopsoas	Persiste chasquido

El tiempo de seguimiento ha sido en promedio de 5.5 meses, con un máximo de 10 meses. Cinco pacientes permanecen asintomáticos. El paciente número tres ha cursado con desaparición del chasquido, pero con persistencia del dolor. La paciente número siete se encuentra sin dolor, sin embargo cuando intencionalmente realiza la maniobra inductora se presenta el chasquido.

REVISIÓN DE LA LITERATURA

Haremos mención en primer término de los reportes de cadera chasqueante variedad externa y en segundo lugar de las de variedad interna.

El primer reporte de cadera chasqueante se realizó en 1913 cuando Binne (1) reporta dos casos sometidos a cirugía, encontrando en uno, un engrosamiento de la fascia lata y en otro un músculo glúteo mayor demasiado débil. Unos cuantos años después, en 1919 el Dr. Mayer (2) hace una excelente descripción de cuatro casos de cadera chasqueante; todos jóvenes saludables que presentaban la sintomatología al realizar ciertos movimientos específicos de la cadera, especialmente a la aducción y flexión de la misma, de estos casos, tres los sometió a manejo conservador, mediante la colocación externa de un cojinete que hiciera presión sobre el trocánter mayor, así como la colocación de unas bandas de esparadrapo fuertemente adheridas a la porción posterior del trocánter mayor, de tal modo que seguían la dirección del tendón de la fascia lata; en su reporte hace mención que la evolución fue satisfactoria con el único inconveniente de que el paciente tenía que usar constantemente el cojinete. El cuarto caso lo manejó quirúrgicamente encontrando un trocánter menor muy prominente, sin embargo el procedimiento quirúrgico consistió en realizar fenestraciones de la fascia lata y suturar ésta al trocánter, presentando también una evolución favorable. Dentro de la discusión, el Dr. Mayer postula que para que se produzca éste síndrome es necesaria la presencia de cuando menos dos

anormalidades anatómicas, una fascia lata muy engrosada y una relajación del músculo glúteo mayor.

Es sin duda la descripción del Dr. Parson en 1930 una de las más ilustrativas de la rareza del síndrome. En su artículo original, el Dr. Parson utiliza el calificativo de perplejo cuando se enfrentó por primera vez a un caso de un hombre joven que posterior a una caída nota la presencia de un chasquido y de dolor en la región de la cadera derecha; lo que el autor pensó originalmente era que se trataba de una dislocación, pero al darse cuenta de que todas las proyecciones radiográficas solicitadas eran normales, descartó esta posibilidad. Fue entonces cuando, posterior a la revisión de la literatura pensó en la posibilidad de una cadera en resorte; inició manejo con cojinetes y aplicación de esparadrapo, sin embargo sus resultados no fueron satisfactorios y recurrió a la inmovilidad de la articulación afectada en posición de aducción y rotación interna, con lo que el paciente después de tres semanas presentó franca mejoría. Aunque no tiene una revisión anatómica ni quirúrgica, él apoya como causa del síndrome, la teoría propuesta por el Dr. Mayer.

El primer reporte de cadera a resorte bilateral es el que hace Dickinson en 1928. Este autor sometió a cirugía al paciente, primero con anestesia general, no pudiendo identificar adecuadamente cual o cuales eran las estructuras que producen el sonido, posteriormente el paciente presentó nuevamente los síntomas. Por este motivo hubo necesidad de realizar nuevamente la cirugía, pero ahora con anestesia local, de tal modo que el paciente podía cooperar durante la intervención, realizando los movimientos característicos y produciendo el chasquido; realizó un alargamiento de la fascia lata, sin suturar ésta a estructuras subyacentes y obligó al paciente a deambular a los 4 días posteriores. El resultado fue excelente. Dickinson concluye que los factores que producen el chasquido de la cadera son un

engrosamiento de la fascia lata y/o alteraciones en el glúteo mayor y que la cirugía para mejorar la situación debe ser llevada a cabo con anestesia local, así como también recomienda la movilización temprana.

La etiopatogenia de este síndrome parece que había sido explicada, pero la controversia comenzó cuando en 1972 el Dr. Howse, en un artículo dedicado bailarinas de ballet hace mención de que esta patología no es rara entre este tipo de profesionistas y él lo atribuye a dos circunstancias: un brinco del tendón anterior del glúteo mayor sobre el trocánter o a que el ligamento iliofemoral se desplace sobre la cabeza femoral. Postula que este chasquido en los bailarines provoca poca incomodidad y que inclusive es producido voluntariamente por el paciente solo para reafirmar el hecho de que todavía se encuentra presente. No menciona cual es el movimiento característico inductor del cuadro pero si menciona que el chasquido es potenciado por la repetición constante de éste, probablemente debido a un edema e induración de los tejidos blandos. El tratamiento sugerido es la aplicación de esteroides. Aunque este autor no hace mención de casos específicos y no presenta ninguna evidencia de la posibilidad del desplazamiento del ligamento iliofemoral sobre la cabeza del fémur, muchos otros autores a partir de su publicación, mencionan como una fuerte posibilidad patogénica este mecanismo.

El Dr. Larsen (9) de Dinamarca, en 1986 logra hacer una recapitulación de 24 pacientes, reportando su experiencia en 31 caderas en resorte variedad externa, en un periodo de 10 años. Todos los pacientes eran jóvenes y en cinco existía el antecedente de traumatismo en la cadera. Todos tenían dolor asociado al chasquido y solo en dos el cuadro fue de tal intensidad que ameritó abandono del trabajo. Dieciséis habían sido tratados con medidas conservadoras sin mejoría. En 27 caderas se realizó resección de una porción de la fascia lata y en las otras cuatro solo se suturó ésta al periostio. Se

encontró bursitis trocantérica en 8 casos. Todos los pacientes fueron sometidos, previo a la cirugía a estudio radiográfico de las coxofemorales, con el propósito de realizar una serie de mediciones y determinar su relación con la presencia del síndrome de cadera en resorte. Durante la cirugía se encontró engrosamiento de la fascia lata en 30 de las caderas operadas, realizándose biopsia de nueve casos de la fascia lata, encontrando cambios degenerativos con fibrosis en cinco de ellos. Hubo necesidad de reoperar a dos pacientes por persistencia del síndrome, realizándose fenestraciones mucho más amplias que en la primera ocasión, desapareciendo definitivamente el cuadro. Dentro de las mediciones radiográficas realizadas, la única que tuvo relación estadísticamente significativa con la presencia del síndrome, fué la mayor frecuencia de coxa vara.

El primer reporte de la variedad interna de cadera a resorte lo realizan dos autores argentinos en el año de 1951; estos dos autores son el Dr. Nunziata y Blumenfeld (5). Ellos describen tres pacientes que presentan el chasquido en el área cercana a la cadera, sin embargo no encontraron a la exploración el salto característico sobre el trocánter mayor, sino que éste se encontraba en la región inguinal, cerca del triángulo de Scarpa. También importante es el hecho de que la maniobra inductora de los síntomas era distinta a lo descrito, así, la realización de abducción y extensión partiendo de la posición de flexión del muslo era el mecanismo condicionante. Dos de los pacientes presentaban además dolor en la misma región, por lo que fueron sometidos a cirugía en donde se pudo demostrar el salto del tendón del iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea al realizar los movimientos específicos. La técnica quirúrgica consistió en la incisión del tendón del iliopsoas con el propósito de alargarlo; los resultados fueron muy buenos. El tercer paciente, por no presentar dolor, no aceptó el tratamiento quirúrgico.

La mejor revisión de este tema es, desde nuestro punto de vista, la hecha por el Dr. Schaberg en 1984 (7). En este artículo se hace un estudio anatómico, radiográfico y clínico de 8 pacientes con la variedad interna del síndrome. Todos eran jóvenes y presentaban un chasquido cerca de la articulación coxofemoral al realizar la maniobra de extensión del muslo, partiendo de la posición de flexión, abducción y rotación externa. Los estudios radiográficos simples de ambas articulaciones eran normales; a cuatro se les realizó artrografía encontrándose normal; a seis pacientes se les realizó tenografía con cineradiografía demostrándose en cinco, un brinco súbito del tendón del iliopsoas cuando se realizaban los movimientos específicos. Los autores estudiaron una serie de cadáveres haciendo todas las observaciones pertinentes acerca de las variaciones anatómicas tanto de la región inguinal como de la articulación coxofemoral. Seis pacientes fueron sometidos a cirugía, en dos se encontró un trocánter menor muy irregular y prominente, de tal modo que se realizó en ellos una osteotomía y alargamiento del tendón del iliopsoas; en otros dos pacientes se encontró un tendón del iliopsoas demasiado grueso conforme a su paso a través del canal formado por la eminencia iliopectínea y la espina iliaca anteroinferior lateralmente, también se realizó alargamiento del tendón; los últimos pacientes presentaban un tendón del iliopsoas también muy grueso, pero se demostró en ellos el brinco del tendón sobre la eminencia iliopectínea, nuevamente se realizó alargamiento del tendón. Los dos pacientes no operados fueron manejados con la aplicación local de esteroide. Los resultados fueron excelentes, de tal modo que de los ocho pacientes, solo uno, de los manejados conservadoramente, persistió con el chasquido, mientras que los siete restantes permanecieron asintomáticos en un seguimiento de 6 meses en promedio. Los autores concluyen que los estudios radiográficos y anatómicos implican al tendón del iliopsoas, el trocánter menor, la eminencia

iliopectínea y posiblemente a la espina iliaca anteroinferior como las estructuras causantes del fenómeno de chasquido.

En 1984 los Drs. Lyons y Peterson (8) publicaron un artículo en donde reportan dos casos de pacientes con la variedad interna de cadera chasqueante. En estos dos casos existía el antecedente de trauma previo y antes de ser referidos al centro de trabajo de los autores, ya habían sido multiestudiados en otras unidades. Básicamente presentaban el chasquido y tenían dolor en la región inguinal al realizar los movimientos de abducción, rotación externa y extensión del muslo partiendo de la posición de flexión. Ambos casos fueron sometidos a la realización de artrografía con tenografía del iliopsoas, demostrando un brinco del tendón del iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea, de su posición lateral original a la posición medial. Fueron tratados conservadoramente con analgésicos y antiinflamatorios, presentando una evolución excelente.

El reporte más reciente de 1988 y es hecho por el Dr. Staple (10). Se hace mención de una mujer joven que presentaba el chasquido y dolor de moderada intensidad en la región inguinal. Fué sometida a procedimientos diagnósticos con radiografías simples, artrografía y tomografía computada, todos encontrándose normales. Ante la persistencia de los síntomas se realizó una nueva artrografía con inyección del medio de contraste en el tendón del iliopsoas, durante la realización de los movimientos de abducción, rotación externa y extensión del muslo partiendo de la posición de flexión y con monitoreo fluoroscópico se pudo demostrar el salto del tendón del iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea. Durante la cirugía se demostró un trocánter menor prominente por lo que se realizó osteotomía y alargamiento del tendón del iliopsoas. Los autores concluyen que la tenografía con monitoreo fluoroscópico es el método radiológico de elección en el diagnóstico de cadera a resorte variedad interna.

COMENTARIO

La cadera chasqueante o en resorte es sin duda tema poco estudiado, y es especialmente importante para los especialistas en el estudio de las enfermedades del sistema musculoesquelético.

Es una enfermedad producida por el brinco anormal de algunos tendones sobre prominencias óseas generandose de ésta manera el chasquido característico y puede o no estar acompañado de dolor. Se reconocen dos variedades, la externa y la interna, ésta última con subdivisión intra y extraarticular.

La fisiopatología no se ha determinado con certeza, sin embargo en la variedad externa lo que sucede es un salto anterior de la fascia lata sobre el trocánter mayor al realizar movimientos de aducción, rotación interna y flexión del muslo. Por el contrario en la variedad interna extraarticular el mecanismo de producción que más se ha postulado es el de un desplazamiento medial del tendón del iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea al realizar extensión (partiendo de la posición de flexión), abducción y rotación externa de la cadera.

La causa directa de que la fascia lata se desplace sobre el trocánter mayor parecer ser, de acuerdo a la literatura y a las observaciones en nuestros pacientes, una fascia lata demasiado fuerte y en algunos casos engrosada, asociada la mayor parte de las veces a una debilidad de las fibras anteriores del musculo glúteo mayor, de tal modo que al realizar las maniobras características, la bandaleta de la fascia lata se pone a tensión excesiva y en determinado momento produce el brinco o desplazamiento sobre el trocánter mayor. Si bien en algunos pacientes se ha encontrado la presencia de bursitis trocántérica, no creemos que ésta haya sido la causa directa del síndrome y por el contrario puede ser una consecuencia de la irritación producida sobre ésta estructura durante el brinco repetitivo de

la fascia lata sobre el trocánter mayor.

El motivo por el cual se produce desplazamiento del tendón del iliopsoas sobre la eminencia iliopectínea es muy discutido, pero es probable que sea debido a un proceso inflamatorio del propio tendón o del tejido peritendinal. Así, por ejemplo nuestra paciente no era portadora de ninguna enfermedad inflamatoria sistémica, sin embargo era una gran deportista, lo cual pudo haber condicionado una inflamación crónica del tendón y esto ser la causa de su desplazamiento sobre la eminencia iliopectínea. Otra posibilidad postulada es que el tendón del iliopsoas sea demasiado grueso o bien que el canal anatómico sobre el cual normalmente corre, formado por la espina iliaca anteroinferior lateralmente y la eminencia iliopectínea medialmente, sea demasiado estrecho. Esta segunda posibilidad es apoyada por los hallazgos de Schaberg en donde en cuatro de sus pacientes sometidos a cirugía se encuentra esta alteración, e inclusive los resuelve completamente mediante el alargamiento del tendón del iliopsoas. Otra probable causa es lo que se ha descrito como la presencia de un trocánter menor demasiado prominente, condicionando una inserción anómala del tendón del iliopsoas sobre esta zona; de tal suerte que la osteotomía y la reinserción tendinosa corrigen la presencia de chasquido. Una cuarta posibilidad es que los pacientes cursen con una bursitis iliopectínea, ya sea por proceso primario o bien por contigüidad de la articulación coxofemoral, produciéndose de esta manera el desplazamiento del tendón del iliopsoas.

El diagnóstico de cadera en resorte variedad externa es básicamente clínico, al pedirle al paciente que realice la maniobra inductora de aducción, rotación interna y flexión de la articulación afectada, e inclusive algunas veces puede palparse el desplazamiento de la fascia lata sobre el trocánter mayor al colocar la mano del explorador sobre esta última estructura anatómica. Todos los estudios de gabinete son normales, no

encontrándose evidencia radiográfica de alteraciones sobre el trocánter, el acetábulo o estructuras periarticulares. La única posible alteración que se ha descrito en los estudios radiográficos es la propuesta por el Dr. Larsen, que encontró relación entre la cadera chasqueante variedad externa y la presencia de coxa vara. Por este motivo es de vital importancia pensar en el síndrome cuando tengamos un paciente con dolor articular o periarticular y que no encontremos evidencia de alteraciones, ni en los exámenes de laboratorio ni radiográficos. En el otro extremo nos encontramos con el diagnóstico de certeza de la variedad interna extraarticular; en este caso también los estudios radiográficos son normales y en la mayor parte de las veces, la artrografía de la coxofemoral es normal (a excepción de los casos en donde la etiología sea una bursitis iliopectínea y que ésta estructura esté comunicada con la cavidad articular). En nuestra paciente con esta patología el diagnóstico pudo ser establecido al realizar la tenografía del iliopsoas y monitoreo fluoroscópico, demostrándose el brinco del tendón sobre la eminencia iliopectínea. Esto mismo queda demostrado en el trabajo del Dr. Staple.

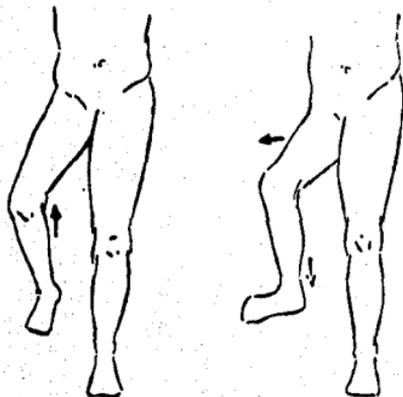
El tratamiento puede ser médico o quirúrgico. El manejo de la variedad externa es siempre mediante cirugía y el procedimiento consiste básicamente en la realización de un alargamiento, mediante fenestraciones, de la fascia lata, con o sin fijación de ésta al periostio. El tratamiento de la variedad interna es mediante la aplicación local de esteroides en el tendón del iliopsoas; aunque también es factible la realización de procedimiento cruento, así el alargamiento del tendón del iliopsoas o la osteotomía del trocánter menor han reportado resultados satisfactorios.

Por último, el pronóstico de estos pacientes es excelente. La evolución de los casos reportados en este trabajo es hacia la mejoría, con excepción del paciente que persiste con dolor inguinal y de la paciente con la

variedad interna que se encuentra completamente sin dolor, pero persiste con el chasquido.

En conclusión, la cadera chasqueante es una entidad poco reconocida por los reumatólogos, que debemos considerar dentro del diagnóstico diferencial de los síndromes dolorosos localizados en la articulación coxofemoral. Predomina en gente joven, deportista y puede estar asociada a dolor importante. Sus dos variedades pueden distinguirse por maniobras específicas; la externa es producida por rotación interna, aducción y flexión del muslo; la interna se induce mediante extensión de la cadera (partiendo de la posición de flexión), abducción y extensión. Los estudios radiográficos simples son normales. El tratamiento puede ser conservador o bien puede hacerse necesaria la cirugía. Solo el conocimiento de este síndrome por el reumatólogo permitirá un diagnóstico y tratamiento adecuados de la enfermedad.

V A R I E D A D I N T E R N A



MANIOBRA
INDUCTORA

- FLEXION
- ABDUCCION
- ROTACION EXTERNA
- EXTENSION

(A)

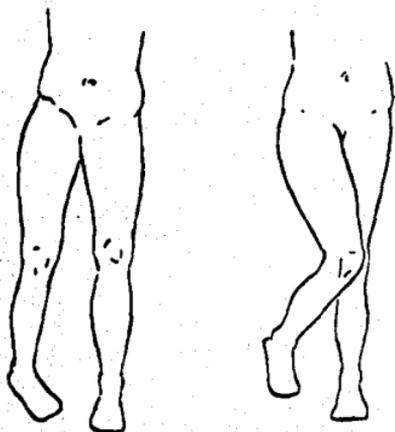


(B)



REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL BRINCO SOBRE LA EMINENCIA
ILIOPECTINEA DEL TENDON DEL ILIOPSOAS (*) DE SU POSICION
LATERAL NORMAL (A) A LA MEDIAL (B)

V A R I E D A D E X T E R N A



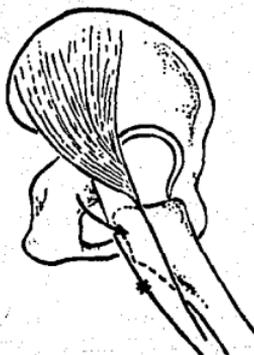
MANIOBRA
INDUCTORA

- ROTACION INTERNA
- ADUCCION
- FLEXION

(A)



(B)



REPRESENTACION ESQUEMATICA DEL DESPLAZAMIENTO DE LA FASCIA LATA (*) SOBRE EL TROCANTER MAYOR DE SU POSICION POSTERIOR NORMAL (A) A LA ANTERIOR (B)

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Binnie JF. Snapping hip. Ann Surg. 1913. 58:59-66.
- 2.- Mayer L. Snapping hip. Surg. Gynecol Obstet. 1919 32:425-429.
- 3.- Parson EB. The Snapping hip. Texas State J. Med. 1930. 26:361-362.
- 4.- Dickinson AM. Bilateral Snapping hip. Am. J Surg. 1929 6:97-101.
- 5.- Nunziata A, Blumenfeld I. Cadera a resorte: a propósito de una variedad. Prensa Med Argent 1951 38:1997-2001.
- 6.- Howse AJG. Arthopaedist ad ballet. Clinical Arthrop. 1972 89:52-63.
- 7.- Schaberg JE, Harper MC, Allen WC. The snapping hip syndrome. Am J Sports Med. 1984 59:327-329.
- 8.- Lyon JC, Petersen LF. The Snapping tendon syndrome: Hip tenography with fluoroscopic monitoring. Radiology 1988 166:873-874.
- 9.- Larsen E, Johansen J. Acta Orthop Scand. 1986 57:166-170.
- 10.- Staple WT. Arthrographic demonstration of iliopsoas bursa extension of the joint. Radiology 1972. 102:515-516.
- 11.- Arbustner T, Guerra J, Resnick D, et al. The adult hip: an anatomic study. Radiology 1978. 128:1-10.
- 12.- Compendio de anatomía descriptiva. L. Testut Ed. Salvat 22 ed. España 1976.
- 13.- Anatomía Humana. Lockhart. Ed. Interamericana 1 Ed. México 1965.
- 14.- Arthritis and allied conditions . McCarty Lea & Febiger ed. 11 edition. USA 1989.
- 15.- Cirugía Ortopédica de Campbell. Edmonson. Ed. Panamericana 4a. Ed. México 1981.
- 16.- Larsen E, Gebuhr P. Snapping hip after total replacement. J. Bone Joint Surg. 1988. 70-A:919-920.
- 17.- Hameroff S, Carlson L.G, Brown RB. Iliopsoas pain Syndrome. Pain 1981:253-257.