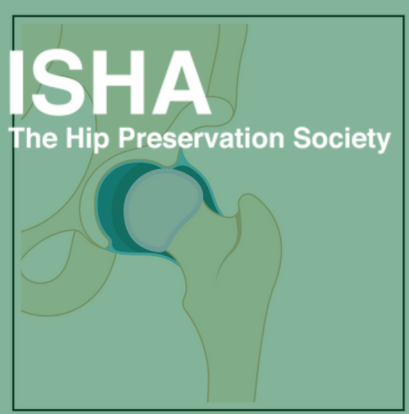
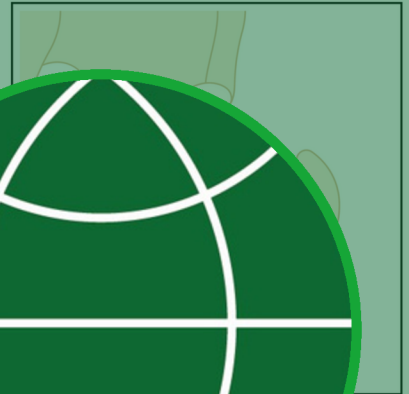
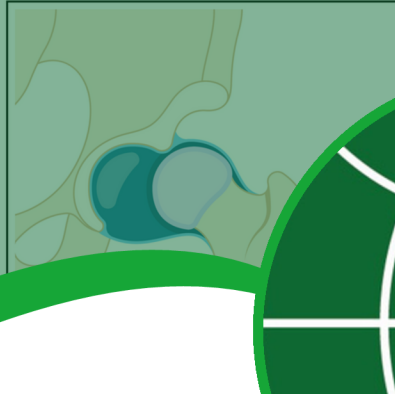


NORMAL



SUBLUXATION



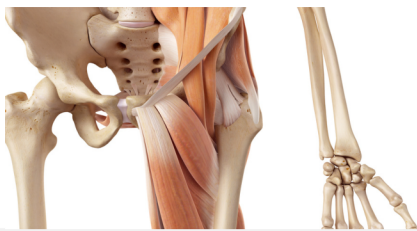
INESTABILIDAD DE LA CADERA

DEFINICIÓN

La cadera es una articulación estable debido a las siguientes características anatómicas:

- La forma de los huesos (cabeza femoral redondeada en un acetábulo cóncavo).
- La cápsula, que es fuerte y está reforzada por ligamentos
- El labrum
- Sobre todo, los múltiples músculos que cruzan la articulación en ángulos y ubicaciones variables.

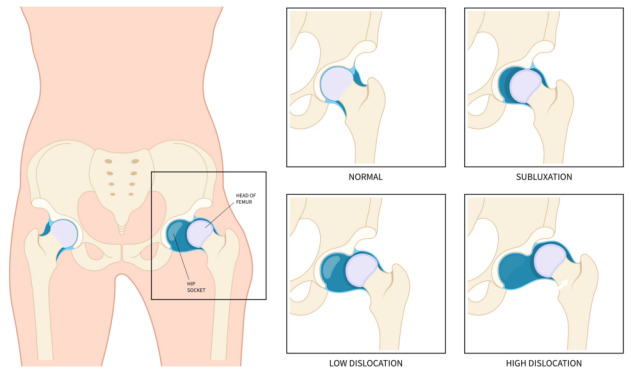
Los daños en cualquiera de estas estructuras pueden provocar diversos grados de inestabilidad, causando dolor e incapacidad para realizar actividades normales. La inestabilidad de la cadera puede deberse a un traumatismo, a hipermovilidad o a cambios en la estructura ósea o en los tejidos blandos circundantes.



INESTABILIDAD TRAUMÁTICA DE LA CADERA

La inestabilidad traumática puede producirse tras un acontecimiento traumático importante, como un accidente de tráfico, o por una lesión deportiva. Esto puede dar lugar a una luxación completa de la articulación, que es poco frecuente, o a diversos grados de subluxación (o luxación parcial), en los que la cabeza femoral no está totalmente alineada con el acetábulo.

PATIENT INFORMATION FACT SHEET

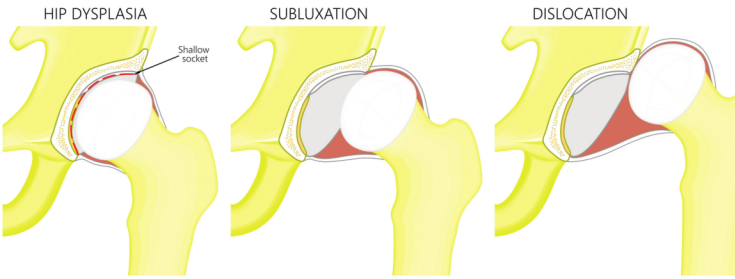


Radiografía de fractura del acetábulo de la cadera con luxación central de la cabeza (Mazek, 2024)

Las luxaciones, que son poco frecuentes, pueden causar daños en la parte superior del fémur, el labrum, el cartílago y los tejidos blandos (músculos, tendones y ligamentos). Cuando esto ha ocurrido durante un acontecimiento traumático importante, es probable que el tratamiento se haya llevado a cabo urgentemente en un centro de traumatología. Las consecuencias a largo plazo de una lesión de este tipo pueden requerir un tratamiento posterior y necesitar de una cirugía de preservación de la cadera. Esto podría incluir la cirugía del unión condro-labral, la cápsula, los ligamentos o los tendones, o la atención a cualquier daño del cartílago.

INESTABILIDAD ATRAUMÁTICA

Se produce debido a deformidades anatómicas importantes observadas en trastornos del desarrollo como la displasia de cadera.



TRATAMIENTO NO QUIRÚRGICO

- Modificación de la actividad
- Uso de antiinflamatorios no esteroideos
- Fisioterapia destinada a modificar los patrones de movimiento mejorando la estabilidad alrededor de la cadera, la pelvis y la columna lumbar para ayudar a estabilizar la articulación y prevenir la aparición de dolor durante las actividades agravantes

MICROINESTABILIDAD

Describe las condiciones en las que hay demasiado movimiento de la cabeza femoral dentro de la cavidad. Este aumento del movimiento puede causar daños en las estructuras circundantes, lo que provoca lesiones del labrum y ligamentos distendidos, causando aún más movimiento dentro de la articulación. Los músculos circundantes trabajan más para mantener la cadera estable, lo que provoca inflamación, sobrecarga y dolor.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Dolor, normalmente en la parte anterior de la cadera o en la ingle.
- Puede haber síntomas mecánicos, como chasquidos, bloqueos y chasquidos
- Sensación de que la cadera cede o falla

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la microinestabilidad puede ser difícil debido a la gran variedad de signos y síntomas, a veces inespecíficos. El síntoma más frecuente es el dolor de cadera, que también puede producirse por muchas razones, entre ellas:

- Lesiones del labrum
- Lesiones del cartilago
- Debilidad muscular
- Laxitud del ligamento
- Daño del ligamento redondo
- Daño de la cápsula articular, por ejemplo, en una artroscopia de cadera previa
- Anomalías óseas sutiles
- Hiper movilidad de la cadera, que puede deberse a trastornos del tejido conjuntivo, como el síndrome de Ehlers-Danlos.
- Deportes que requieren acciones repetitivas, como el fútbol, el baile o el esquí

Se realiza un historial detallado, seguido de una exploración física y pruebas de imagen. El diagnóstico de la inestabilidad de cadera puede ser complejo y requerirá la consideración de cualquier traumatismo o cirugía de cadera previas, la presencia de cualquier laxitud articular, la participación en deportes y la presencia de cualquier trastorno del tejido conectivo.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

El tratamiento de cualquier inestabilidad relacionada con un traumatismo donde pueda haberse producido una luxación completa u otras fracturas o daños en el cartilago, será tratado por un equipo de traumatología ortopédica en el momento de la lesión. Es probable que la cirugía sea abierta y que implique el uso de elementos metálicos, como placas y tornillos. Cuando se considera que la inestabilidad es atraumática o una microinestabilidad, las opciones quirúrgicas pueden ser muy variadas, dependiendo de las estructuras que requieran reparación. El tratamiento artroscópico podría incluir cualquiera de los siguientes procedimientos, ya sea de forma aislada o combinada:

- Tensado de la cápsula articular
- Reconstrucción o tensado de ligamentos (por ejemplo, ligamentum teres)
- Reparación o reconstrucción de lesiones condrolabrales
- Microfractura para tratar zonas con daños en el cartilago
- Tratamiento con regenerativo celular de los defectos del cartilago
- Corrección de cualquier anomalía ósea mediante osteoplastia, osteotomía

QUÉ ESPERAR DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

La recuperación tras una intervención artroscópica suele ser más rápida que tras una intervención abierta y, por tanto, la reanudación de las actividades también es más fácil. La reincorporación al deporte dependerá de los resultados de la operación, así como de las recomendaciones del cirujano y del fisioterapeuta.

Es posible que durante los dos o tres primeros meses se limite la carga completa y las actividades, lo que variará según el cirujano y dependerá de los resultados de la operación y de las técnicas empleadas. Si se realizan microfracturas o una osteotomía, puede recomendarse una carga parcial durante ocho semanas para permitir que cicatrice el cartilago o la superficie ósea.

La fisioterapia puede comenzar después de la cirugía, aumentando gradualmente la amplitud de movimiento, la estabilidad, la fuerza, la movilidad y la función durante un periodo de hasta seis meses, dependiendo de la cirugía realizada y de los objetivos individuales.