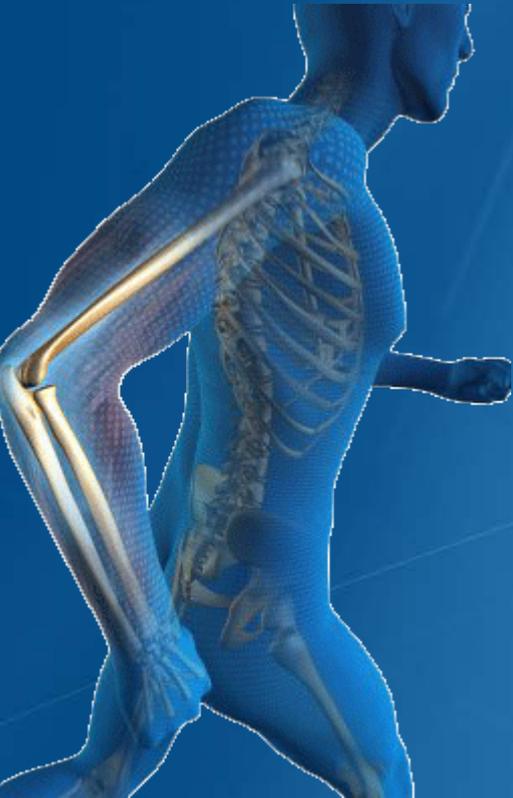


Eficacia de la Fisioterapia en el Choque Femoroacetabular



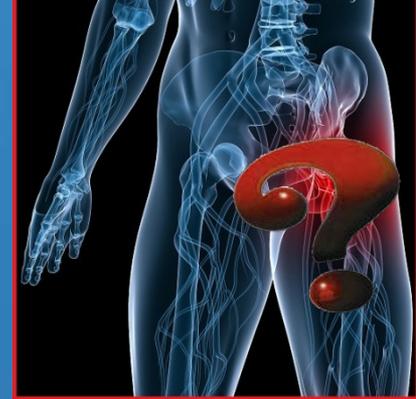
Víctor M. Alcaraz Hernández

Grado en Fisioterapia

victorugr@gmail.com

JUSTIFICACIÓN

- Actualidad e innovación.
- Repercusiones para el paciente.
- Importancia del tratamiento fisioterapéutico.



ISSN-1699-258X

Reumatología Clínica

Volumen 9, Número 3 Mayo-Junio 2013

Editorial
Enfermedades relacionadas a IgG4

Originales
Arteriosclerosis carotídea en AR nodular
Modelo de excelencia en el hospital de día de reumatología
Artrosis de rodilla. Cuándo se deriva a cirugía para prótesis
Efectos de la terapia con peloides en pacientes con artrosis de rodilla
Recién nacidos de madre con enfermedad autoinmune



Revisiones
Plasma rico en plaquetas en Reumatología
Osteonecrosis de mandíbula asociada a bisfosfonatos en osteoporosis

Artropatía destructiva y calcinosis tumoral en oxalosis primaria (págs. 181-185)

revisión de *abstracts*

TERCERA EDICIÓN

arpa

annual review of congresses
on articular pathology

Madrid, 8 y 9 de febrero de 2013

Bloque 1.
Choque femoroacetabular
y artrosis de cadera

Moderadoras
Dr. Óscar Marín Puello
Dr. Raúl Torres Egido

CONCEPTO DE CHOQUE FEMOROACETABULAR

- Esta patología recibe diferentes nombres:
 - Pinzamiento femoroacetabular.
 - Impacto femoroacetabular.
 - Atrapamiento femoroacetabular.
 - Choque femoroacetabular(CFA).
 - Impingment femoroacetabular (FAI).



CONCEPTO DE CHOQUE FEMOROACETABULAR

Es una anomalía en la forma ósea de la articulación de la cadera que produce una limitación a la movilidad de la misma y dolor que si no se trata de forma precoz termina produciendo una artrosis de cadera.



CONCEPTO DE CHOQUE FEMOROACETABULAR

Consiste en un choque entre el **cuello femoral** y el **labrum** y el **reborde acetabular** que conduce a la **degeneración del labrum y del cartílago articular** y, en consecuencia, a la **artrosis de cadera**.

Se ha sugerido que este mecanismo es la causa de la mayoría de los procesos degenerativos considerados idiopáticos que aparecen en la cadera del adulto joven.

Se calcula que la corrección del pinzamiento femoroacetabular **podría evitar el 70% de las prótesis de cadera en pacientes jóvenes**; es decir, personas que no han cumplido los cincuenta años.



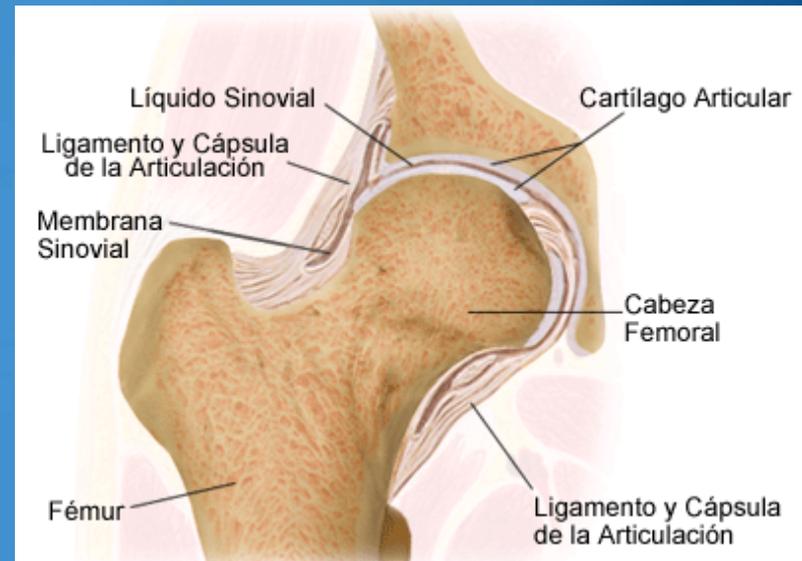
PRESENTACIÓN CLÍNICA

Su principal manifestación es un **dolor agudo** y bastante incapacitante que se localiza en la zona de **la ingle, los glúteos o la cadera**. Al inicio de la enfermedad el dolor es intermitente, aparece después de permanecer mucho tiempo sentado o después de un uso excesivo de la cadera.



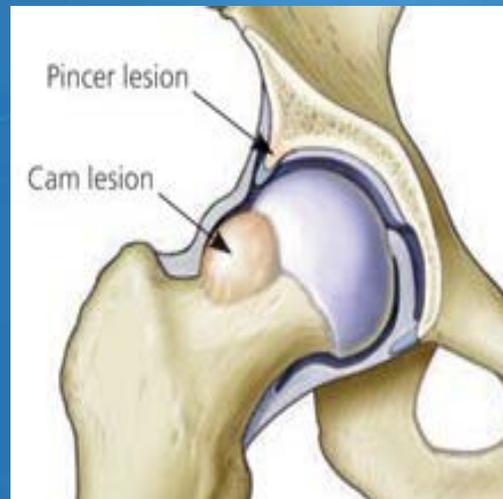
PATOFISIOLOGÍA

En la **articulación femoroacetabular**, la pelvis entra en contacto con la cabeza femoral a través de dos estructuras, una ósea que es el **acetábulo**, a modo de cúpula ósea, y otra estructura a modo de rodete de origen fibrocartilaginoso, llamada **labrum**, que tiene como función principal maximizar la congruencia entre el acetábulo y la cabeza femoral.



PATOFISIOLOGÍA

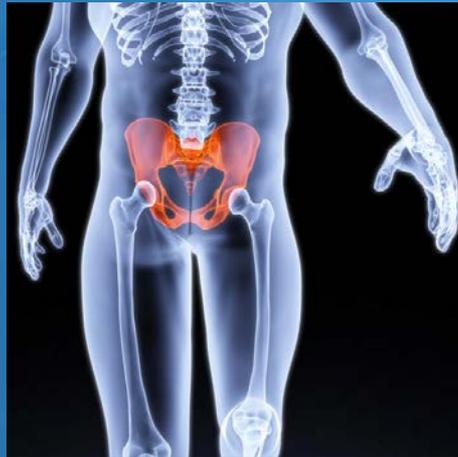
1. En el choque femoroacetabular puede existir una alteración morfológica bien a nivel de la cabeza femoral: **tipo cam.**
2. O bien del acetábulo: **tipo pincer.**
3. También hay una tercera opción que sería un choque mixto con las características de ambos.



DIAGNÓSTICO

El **diagnóstico precoz** es especialmente importante en lo referente al pinzamiento femoroacetabular.

Su diagnóstico, realizado a partir de unas simples radiografías y una exploración sencilla es fundamental para evitar el dolor y la incapacidad progresiva del paciente, las bajas constantes y, en definitiva, la aparición de la artrosis de cadera.



DIAGNÓSTICO

Historia clínica y exploración física

El cuadro clínico suele presentarse como una coxalgia típica, con dolor inguinal que puede irradiar a la rodilla y en ocasiones a la cara lateral del muslo o a la nalga. Se ha descrito el **signo de la C o dolor en C**, en el que el paciente describe la zona dolorosa colocando su mano en la zona del trocánter, el pulgar que se dirige a la zona glútea y el índice señala la región inguinal, formando una C. Sin embargo, otras veces puede ser un dolor referido a otras localizaciones, especialmente a la rodilla.



DIAGNÓSTICO

Historia clínica y exploración física

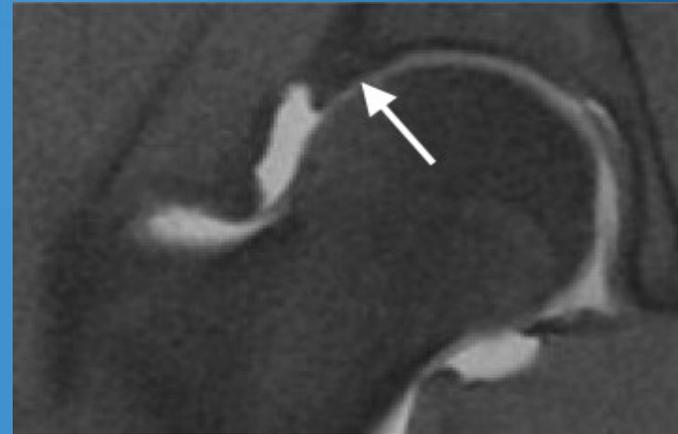
Se debe sospechar el diagnóstico de choque femoroacetabular en todo adulto joven, entre 20 y 40 años, que presenta una clínica de dolor inguinal unilateral mecánico, de inicio habitualmente gradual, que aparece durante su actividad deportiva o de entrenamiento, y muy especialmente con movimientos de flexión.



DIAGNÓSTICO

Diagnóstico por la imagen

El estudio radiológico inicial se realiza mediante radiología simple, que puede ser altamente orientativo; también se usan la tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM).



DIAGNÓSTICO

Exploración física

Con frecuencia los pacientes afectados de choque femoroacetabular refieren una limitación en la movilidad articular, sobre todo en las rotaciones de la cadera, que con frecuencia aparece cronológicamente antes que el dolor. El dolor de mayor intensidad se describe cuando se realizan movimientos de rotación interna y aducción con la cadera en 90° de flexión (maniobra de impingement o de Fadir).

TRATAMIENTO

A. Tratamiento conservador

1. Tratamiento conservador farmacológico.
2. Tratamiento conservador no farmacológico:
 - a) Fisioterapia.
 - b) Estilo de vida.

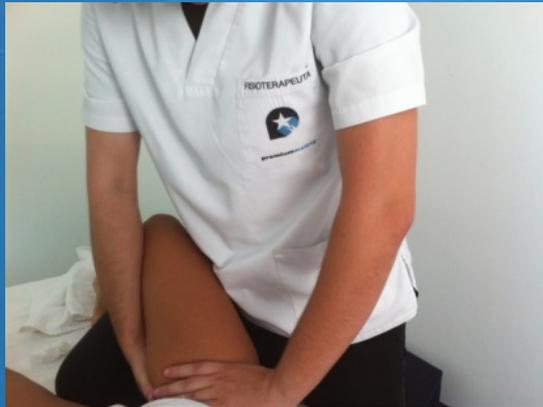


TRATAMIENTO

A. Tratamiento conservador. Papel del fisioterapeuta.

El tratamiento conservador de fisioterapia se realiza en los pacientes que no han sido operados. Principalmente se basa en:

- Control de los síntomas de la lesión.
- Modificación de los reclutamientos musculares de la cadera.
- Modificación de los patrones de movimiento durante la marcha y las actividades de la vida diaria (AVD).



TRATAMIENTO

B. Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico está dirigido a mejorar el conflicto de espacio de la cadera y aliviar el choque del fémur contra la ceja cotiloidea, lo que mejorará tanto la sintomatología como la lesión sobre el labrum y el cartílago articular.



TRATAMIENTO

B. Tratamiento quirúrgico

Existen tres tipos principales en cuanto a las opciones de tratamiento quirúrgico :

- Artroscopia.
- Artroscopia combinada con cirugía a cielo abierto sin luxación.
- Cirugía abierta con luxación quirúrgica de la cadera.



POSTOPERATORIO. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

OBJETIVOS:

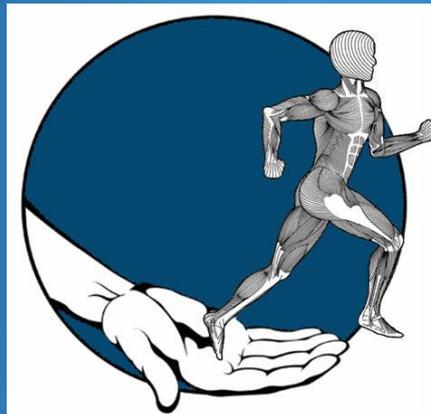
- Control de los síntomas tras la cirugía (dolor, inflamación, etc).
- Recuperar el rango de movimiento de la cadera (balance articular).
- Recuperar la fuerza muscular.
- Control de la cicatriz.
- Reeducación de la marcha.
- Recomendaciones para las AVD y prevención.



POSTOPERATORIO. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Protocolo de rehabilitación:

- La rehabilitación tras osteoplastia femoroacetabular se iniciará de forma precoz a las 24-48 horas post-cirugía con los objetivos básicos de controlar el dolor y la inflamación, mejorar el balance articular y conseguir los efectos beneficiosos de la movilización precoz sobre tejidos musculares, tendinosos y cartílago.
- Desde el primer momento se debe movilizar la cadera y entrenar al familiar/cuidador del paciente a realizar las movilizaciones pasivas de la articulación.



POSTOPERATORIO. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Protocolo de rehabilitación:

- **Fase I.** Tratamiento intrahospitalario.

En esta fase, el tratamiento está encaminado a disminuir el dolor y la inflamación, así como evitar complicaciones (retracciones y/o fibrosis en cápsula y tejidos blandos), informar y captar la adhesión del paciente al tratamiento y prevenir la inhibición muscular.



POSTOPERATORIO. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Protocolo de rehabilitación:

- **Fase II.** Del alta a las tres semanas.

En esta fase se comienza a ganar movilidad, mejorar la elasticidad de los tejidos y la cicatriz, reeducar patrón postural y tonificar la musculatura.



POSTOPERATORIO. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Protocolo de rehabilitación:

- **Fase III.** De la 4ª a la 6ª semana.

En esta fase se insiste en el aumento de recorrido articular, flexibilización y elongación de partes blandas, aumento progresivo de la potencia muscular y en la reeducación del patrón postural y la marcha.

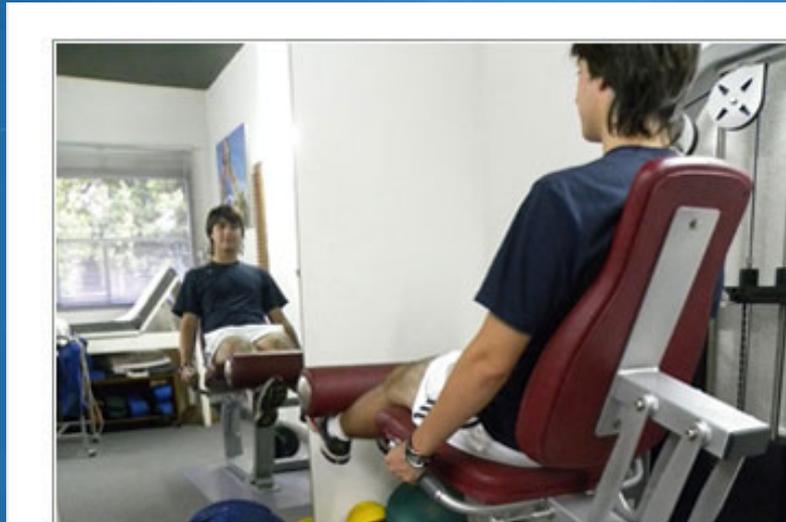


POSTOPERATORIO. REHABILITACIÓN Y FISIOTERAPIA

Protocolo de rehabilitación:

- **Fase IV.** De la 7ª a la 9ª semana.

En esta fase se trabaja la potencia muscular con el objetivo de alcanzar una marcha autónoma sin ayudas técnicas normalizando paulatinamente las AVD.



CONCLUSIONES

- Este tratamiento facilita la reincorporación a las actividades laborales y deportivas de **pacientes jóvenes con coxalgia**, mejorando su calidad de vida y el consiguiente retraso en la aparición de artrosis precoz coxofemoral con su irremediable camino hacia la prótesis de cadera.



CONCLUSIONES

- Hemos comprobado también el importante papel que juega el **fisioterapeuta** ya que interviene de forma determinante en el **tratamiento conservador** y en la consecución del éxito con su aportación en el **tratamiento postoperatorio**.

