



Artículos Seleccionados en Traumatología del Deporte

Dr. Federico Torrenco – Dr. Vicente Paús

Clínica del Deporte, La Plata Argentina

www.clinicadeldeporte.com.ar

WADA (World Anti-Doping Agency): www.wada.ama.org

Factores de Crecimiento: en la lista de prohibidos de WADA.

Los factores de crecimiento y sustancias relacionadas fueron prohibidos por WADA, entidad que rige el doping en el mundo, a partir de este año 2010. Su uso en traumatología del deporte, tan frecuente como poco protocolizado se estaba extendiendo sin control en diferentes áreas de nuestra especialidad y otras, como la cirugía, tanto abierta como artroscópica, para su agregado en injertos y fracturas y su inyección en lesiones tendinosas y desgarros musculares provocando un “retorno deportivo en menor tiempo”. Además, como médicos de equipos, debemos estar alertas cuando nuestros deportistas se someten a tratamientos odontológicos como cirugías de implantes o reparativas donde su uso también es frecuente y como responsables médicos podemos ser “cómplices” en casos de positivos en los controles. Por lo tanto, creemos necesario, se evite su uso, porque más allá de que su eficacia es discutida (ver Consenso SLARD Cancún 2008: Uso de Factores de Crecimiento en medicina del deporte, Revista AATD 2009) a partir de este año se los considera como Doping Positivo.

Lista de Sustancias y Métodos Prohibidos 2010 Resumen de las principales modificaciones

Hormona de Crecimiento (GH), Factores de Crecimiento de Tipo: Insulínico (p. ej., IGF-1), Factores Mecánicos de Crecimiento (MGF); Factor de Crecimiento Derivado de Plaquetas (PDGF); Factores de Crecimiento Fibroblásticos (FGFs); Factor de Crecimiento del Endotelio Vascular (VEGF) y Factor de Crecimiento de Hepatocitos (HGF) al igual que cualquier otro factor de crecimiento que afecte la síntesis/degradación proteica del músculo, tendón o ligamento, la vascularización, la utilización de energía, la capacidad regenerativa o el cambio de tipo de fibra muscular.

Preparaciones derivadas de plaquetas (p. ej. Plasma Rico en Plaquetas (PRP), “blood spinning”) administradas por vía intramuscular. Otras rutas de administración requieren una declaración de *Uso* de acuerdo con el Estándar Internacional para Autorización de Uso Terapéutico y otras sustancias con estructura química o efectos biológicos similares.

J Bone Joint Surg Br. 2010 Mar;92(3):362-6.

Tiempo de la reconstrucción del ligamento cruzado anterior en atletas y la incidencia de patologías asociadas dentro de la rodilla.

Kennedy J, Jackson MP, O'Kelly P, Moran R.

Department of Orthopaedics Sports Surgery Clinic, Santry Demesne, Santry, Dublin 9, Ireland.

Los autores realizan una evaluación de 300 pacientes sometidos a reconstrucción del ligamento cruzado anterior, para determinar la relación entre el tiempo de demora de la cirugía y la aparición de lesiones asociadas

meniscales y condrales. Los pacientes fueron divididos en 5 grupos de acuerdo al tiempo desde producida la lesión hasta la realización de la cirugía: menos de 2 meses, de 2 a 6 meses, de 6 a 12 meses, de 12 a 18 meses y más de 18 meses. Se documentaron las lesiones meniscales y condrales de acuerdo al Score de la Sociedad Francesa de Artroscopia. Hubo una significativa mayor chance de tener una lesión meniscal interna en aquellos pacientes que fueron operados luego de un año de su lesión así como la chance para lesiones del menisco externo no fue significativa; en el caso de las lesiones condrales, la chance fue mayor en aquellos operados 6 meses luego de la lesión. Concluyen que los pacientes con deficiencia del ligamento cruzado anterior deberían ser advertidos que hay una significativa relación entre el tiempo de inestabilidad de su rodilla y la subsecuente aparición de lesiones condrales y meniscales y que para disminuir ese riesgo deberían realizar la cirugía de su ligamento lesionado antes del año de producida la lesión.

Clin Orthop Relat Res. 2010 Feb 20.

Reconstrucción toda-epifisaria del ligamento cruzado anterior en pacientes con esqueleto inmaduro.

Lawrence JT, Bowers AL, Belding J, Cody SR, Ganley TJ.

Division of Orthopaedic Surgery, Children's Hospital of Philadelphia, Philadelphia, USA.

El objetivo de este trabajo fue describir una técnica quirúrgica llamada toda-epifisaria para la reconstrucción del ligamento cruzado anterior deficiente en pacientes con esqueleto inmaduro. Tratar las lesiones del LCA en pacientes pre-púberes requiere un equilibrio entre el riesgo de producción de lesiones condrales y meniscales por una cirugía demorada, y el riesgo de lesiones del cartílago de crecimiento por una cirugía temprana. Muchas técnicas quirúrgicas han sido descritas pero ninguna asegura la fijación del injerto en forma completa dentro de la epífisis. Describen la técnica con detalles como la utilización de TAC 3D intraoperatoria para confirmar la correcta localización de los túneles femoral y tibial, la realización del túnel femoral completamente dentro de la epífisis del cóndilo externo y la del túnel tibial completamente en la fisis tibial desde de dentro-afuera mediante el uso de un drill retrógrado; el injerto fue fijado con tornillos interferenciales con el detalle que en la tibia la fijación se realizó en forma retrógrada. Muestran 3 casos ejemplos de varones de 10 a 12 años de edad con un Tanner estadio 1 con un seguimiento mínimo de 1 año; los resultados: las 3 rodillas estuvieron estables demostrado por Test de Lachman y KT-1000, sin evidencias de disturbios en el cartílago de crecimiento y con movilidad completa y compensados en la fuerza. El retorno deportivo fue completo utilizando un brace para LCA. Concluyen que se necesita un seguimiento a más largo plazo pero que esta técnica asistida por TAC 3D brinda la posibilidad de una reconstrucción anatómica del LCA minimizando el riesgo de lesión del cartílago de crecimiento.

Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2010 Feb 25.

Reconstrucción combinada de inestabilidad rotatoria posterolateral de la rodilla con lesión del ligamento cruzado anterior.

Lee SH, Jung YB, Jung HJ, Song KS, Ko YB.

Department of Orthopaedic Surgery, Chung-Ang University School of Medicine, Seoul, Korea.

Si la inestabilidad rotatoria posterolateral de la rodilla en un paciente con el LCA roto no se diagnostica, la reconstrucción del LCA puede fallar. Los autores presentan la evaluación de 44 rodillas con lesión combinada a las cuales se les realizó en forma simultánea la reconstrucción del LCA y ángulo postero externo entre 2002 y 2007. El tiempo de seguimiento promedio fue de 49 meses y se utilizaron isquiotibiales autólogos ipsilaterales como injerto del LCA e isquiotibiales autólogos contralaterales para reconstruir el ángulo postero externo en lesiones grado II. Evaluaron los resultados con Score IKDC y la estabilidad anterior con radiografías con estrés anterior y en varo por método Telos y con KT-1000. Tuvieron resultados IKDC satisfactorios en 39 rodillas (89%), y la medición radiográfica con estrés mostró una disminución de 6.9 mm. pre-operatorio contra 1.4

mm. al final del seguimiento; 40 pacientes (91%) tenían una misma o mejor estabilidad rotatoria que el lado contralateral. La radiografías con estrés en varo mostraron una disminución de 1.8mm. pre-operatorio contra 0.4 mm. al final del seguimiento. Concluyen que estas lesiones combinadas pueden ser tratadas en forma artroscópica con buenos resultados.

Phys Sportsmed. 2009 Apr;37(1):92-6

Lesiones del miembro superior en el Golf.

Bayes MC, Wadsworth LT.

Saint Louis University School of Medicine, USA.

El golf es un deporte asimétrico con patrones únicos de lesión pero dependiendo del nivel de juego; los jugadores de mayor nivel de hándicap tienen lesiones relacionadas con la mecánica del swing, sin embargo los jugadores de bajo hándicap y los profesionales tienen en el sobreuso la mayor causa de sus lesiones. La mayoría de las lesiones del hombro que afectan a los golfistas ocurren en el miembro no dominante, las más comunes de ellas son lesiones por impingement subacromial, patología del manguito rotador, inestabilidad glenohumeral y artritis degenerativa afectando sobre todo a las articulaciones acromioclavicular y glenohumeral. La patología del codo más frecuente es la afección del epicóndilo lateral, conocido como codo de tenista, que a su vez es la patología del miembro superior más frecuente de los golfistas; las lesiones tendinosas se dan más frecuentemente en muñeca y antebrazo. La rehabilitación está basada en la mejoría de la fuerza muscular, trabajos excéntricos, fisioterapia en diversas formas, así como la observación y modificación de la mecánica del swing, dirigida por un profesor de golf profesional para no solo recuperar la lesión sino también como parte de un plan preventivo a largo plazo.

Med Sci Sports Exerc. 2009 Dec 4.

Características del tackle y sus lesiones en Unión de Rugby Australiana.

McIntosh AS, Savage TN, McCrory P, Fréchède BO, Wolfe R.

School of Risk and Safety Sciences, The University of New South Wales, Sydney, Australia 2Centre for Health, Exercise and Sports Medicine, University of Melbourne, Australia 3Department of Epidemiology and Preventive Medicine, Monash University, Melbourne Australia.

El tackle es en el rugby el evento de juego más asociado a lesiones.; este estudio tuvo el objetivo de analizar en video las características del tackle, utilizando un protocolo cualitativo para evaluar por qué las características difieren por nivel de juego, y analizar la asociación entre las características del tackle y las lesiones. Se realizó con jugadores de 4 niveles: menores de 15, 18 y 20 años de edad y de elite (Super 12 y Wallabies). Todos los tackles ocurridos y sus características técnicas fueron grabados de 77 partidos y se los clasificó usando un protocolo cualitativo estandarizado. Las lesiones en el juego y los partidos perdidos por lesión fueron identificados y relacionados con los gestos del tackle. Resultados: Hubo un total de 6618 tackles incluyendo a 81 en los cuales se produjo una lesión en los 77 partidos jugados y analizados completamente por video (145 tackles por hora). Un aumento en la proporción de tackles con participación del hombro fue observado desde los menores de 15 años (13%) hasta los de elite (31%). Los jugadores jóvenes participaban más en los tackles pasivos y tendían a permanecer más parados sobre sus pies que los jugadores experimentados; los menores de 15 tuvieron un riesgo significativamente menor de lesionarse en los tackles comparados con los de elite. No se observó una técnica específica del tackle que pudiera estar asociada a un riesgo mayor de producción de una lesión y hubo un gran riesgo de lesión asociado con 2 o más tackleadores involucrados en el evento del tackle con un riesgo mayor asociado en el contacto simultáneo de los tackleadores con uno de ellos en carrera con posesión del balón. Conclusión: Las características del tackle fueron diferentes entre los niveles de juego, y el número de tackleadores y la secuencia de contacto del tackle con carrera con la pelota requiere consideración para prevenir la lesión.

Br J Sports Med. 2009 Dec;43(13):987-92.

Lesiones en el hombro en esquí y snowboard.

Mc Call D, Safran MR.

Division of Sports Medicine, Department of Orthopaedic Surgery, Stanford University, Redwood City, USA..

Ha habido una disminución en la tasa promedio de lesiones, particularmente en la relación de lesiones del miembro inferior/miembro superior en esquí alpino, con un incremento resultante en la relación de lesiones del miembro superior con respecto al miembro inferior. En snowboard, el miembro superior se lesiona 2 veces más frecuentemente que en el esquí alpino, y casi la mitad de las lesiones del snowboard involucran a la extremidad superior. Las lesiones del hombro son comúnmente no reportadas por los pacientes los cuales piden atención por lesiones menores del hombro con sus médicos particulares y no con los médicos del centro de esquí, donde podrían obtenerse más datos para estudios epidemiológicos.

Lesiones del hombro son del 4 al 11% de todas las lesiones del esquí alpino, y del 22 al 41% de todas las de la extremidad superior. En el snowboard las lesiones del hombro son del 8 al 16% del total de las lesiones y del 20 al 34% de las del miembro superior. Las caídas son el principal mecanismo de lesión del hombro sumado a la acción del bastón durante el esquí y a las maniobras aéreas durante el snowboard. Las lesiones más comunes son las roturas del manguito rotador, luxaciones glenohumorales, luxaciones acromioclaviculares y fracturas de clavícula. Los diferentes mecanismos de lesión combinados con los distintos equipamientos de ambos deportes juegan un rol en el tipo y en la frecuencia de las lesiones del hombro encontradas en ambos grupos: el boom en la popularidad del snowboard ha hecho incrementar la cantidad de lesiones que ocurren en los centros de esquí. Datos recientes muestran que sólo las fracturas de húmero y clavícula han tenido un aumento en los esquiadores alpinos. En los últimos 30 años ha habido una disminución en general tanto de las lesiones del miembro superior como inferior lo cual puede ser atribuido a los mejores diseños del equipamiento de protección, al aumento en la conciencia de que puede ocurrir una lesión y al énfasis en la prevención por parte de los pacientes. En el futuro, los médicos que traten esta población deberían estar más familiarizados con los protocolos de tratamiento para ayudar a los esquiadores y snowboardistas a resolver sus lesiones y desarrollar estrategias para la prevención de las lesiones asociadas a estas actividades.

Am J Sports Med. 2010 Jan;38(1):120-4.

Retorno al entrenamiento y a la competencia luego de una artroscopia del tobillo por impigement posterior en jugadores de fútbol profesional.

Calder JD, Sexton SA, Pearce CJ.

Department of Trauma and Orthopaedic Surgery, Basingstoke and North Hampshire Hospitals NHS Foundation Trust, Basingstoke, United Kingdom.

El síndrome de impigement posterior del tobillo fue descrito inicialmente en bailarinas de ballet pero luego comenzó a diagnosticarse en otros deportes; el tratamiento quirúrgico se indica cuando fracasa el tratamiento conservador. Tradicionalmente la cirugía se realizaba a cielo abierto, pero últimamente se está utilizando la artroscopia posterior del tobillo. Este estudio fue realizado para describir los factores que influyen en el retorno al juego en atletas profesionales luego de una artroscopia posterior del tobillo por impigement posterior. 28 jugadores de fútbol profesional quienes tuvieron un diagnóstico clínico y radiológico de impigement posterior del tobillo y que fracasaron al tratamiento conservador fueron sometidos a una artroscopia del tobillo para tratar el impigement posterior ya sea óseo o de tejidos blandos. De estos 28 jugadores, 27 estuvieron disponibles para el seguimiento. 5 tuvieron un diagnóstico de impigement de tejidos blandos y se les realizó un desbridamiento con liberación del tendón flexor del hallux, 13 tuvieron un os-trigonum sintomático que fue resecado artroscópicamente y a 9 se les realizó la remoción de un fragmento óseo avulsionado del proceso posterior del astrágalo. El tiempo medio de retorno al entrenamiento fue de 34 días y del retorno al juego fue de 41 días (rango 29 - 72 días). La duración de los síntomas antes de la cirugía y la resección de hueso tuvieron una significativa correla-

ción con el tiempo de retorno. No hubo complicaciones mayores ni reoperaciones a un tiempo de seguimiento promedio de 23 meses (rango 15 - 49 meses). Conclusión: la artroscopia posterior del tobillo es segura y efectiva para tratar síndrome de impingement posterior del tobillo en jugadores de fútbol profesional con un tiempo de retorno esperable en promedio de 5 semanas.

Am J Sports Med. 2010 Mar;38(3):492-500.

Inicio temprano vs tardío en el fortalecimiento isocinético de isquiotibiales luego de cirugía del LCA con injerto de tendón patelar.

Sekir U, Gur H, Akova B.

Department of Sports Medicine, Medical School of Uludag University, Bursa, Turkey.

El fortalecimiento de los músculos isquiotibiales luego de una cirugía de reconstrucción del LCA es un componente vital del programa de rehabilitación. El objetivo de este estudio fue investigar los efectos del fortalecimiento isocinético de los isquiotibiales en la fase inicial del programa de rehabilitación, sobre la estabilidad, fuerza, síntomas y resultados funcionales de los pacientes durante 12 meses luego de cirugía del LCA. 48 pacientes hombres sometidos a reconstrucción del LCA con injerto HTH de tendón patelar ipsilateral fueron asignados en forma randomizada para realizar ejercicios diarios de fortalecimiento isocinético de isquiotibiales en la semana 3 de postoperatorio (grupo I) o para realizar ejercicios diarios de fortalecimiento isocinético de isquiotibiales en la semana 9 de postoperatorio (grupo II). Los pacientes fueron evaluados mensualmente durante los primeros 4 meses y al mes 12 de postoperatorio, de la fuerza de isquiotibiales y cuádriceps como también de la función de la rodilla a través de la Escala de rodilla de Cincinnati y el formulario IKDC. Resultados: la fuerza isométrica de isquiotibiales a 30° de flexión de rodilla (en el 1er. y 2do. mes), la fuerza isocinética concéntrica (a los 2,3,4 y 12 meses) y la velocidad angular de 60°/seg. fueron significativamente mayor en el grupo I comparado con el grupo II. El promedio del score de la Escala Cincinnati para síntomas fue significativamente mayor en el grupo I comparado con el grupo II en todos los períodos evaluados. El grupo I mostró mejores resultados en el test de Lachman comparados con el grupo II para todos los períodos evaluados en el postoperatorio. Los scores finales del IKDC fueron significativamente mayores a los 2,3 y 4 meses en el grupo I comparados con el grupo II. Conclusión: Los resultados sugieren que la fuerza tanto de los isquiotibiales como del cuádriceps puede ser incrementada en forma temprana mediante el fortalecimiento de isquiotibiales luego de cirugía del LCA sin tener un impacto negativo sobre la función de la rodilla.

Am J Sports Med. 2010 Mar 8.

Fracturas por estrés de los huesos del carpo en jugadores de tenis adolescentes: una serie de casos.

Balius R, Pedret C, Estruch A, Hernández G, Ruiz-Cotorro A, Mota J.

Consell Català de l'Esport.

Los autores describen las fracturas por estrés del segundo metacarpiano en tenistas adolescentes y la relación con la intensidad del deporte y el tipo de empuñadura de la raqueta utilizada; además demuestran la importancia de la RMN como estudio de elección para diferenciar estas lesiones de otras más comunes que ocurren en la región de la mano en el tenis. 7 jugadores de tenis adolescentes con edad media de 16.5 años, 6 varones y una mujer con dolor dorsal de la mano producido jugando al tenis fueron evaluados mediante radiografías y RMN iniciales. En 2 casos se realizó además centellograma óseo. En los primeros 2 casos el diagnóstico presuntivo fue sinovitis, pero con esta experiencia, la evaluación diagnóstica de los 5 casos restantes estuvo orientada a detectar una lesión ósea por estrés a este nivel. Se les realizó un seguimiento radiológico. También fue evaluado el tipo de empu-

ñadura que utilizaba cada jugador. Resultados: la evaluación clínica y los estudios por imágenes demostraron una fractura por estrés del segundo metacarpiano en 6 de 7 casos y una fractura del tercer metacarpiano en el caso restante. La imagen inicial de RMN fue positiva en 3 casos revelando un edema medular óseo sin trazo de fractura. En todos los casos hubo una historia de incremento reciente de la actividad e intensidad de sus entrenamientos; 6 de 7 jugadores estaban utilizando una empuñadura semi-Western o Western. Concluyen en sospechar inicialmente estas fracturas dentro del espectro de lesiones de la muñeca y la mano en los jugadores de tenis quienes registran un incremento reciente en su actividad y la utilización de empuñaduras semi-Western o Western, y destacan el valor de la RMN para detectar cambios tempranos y diferenciarlas de otras lesiones de partes blandas más comunes en esta actividad.

ACTUALIZACIÓN EN ARTROSCOPIA DE CADERA

Clin Orthop Relat Res. 2010 Mar;468(3):741-6.

Análisis prospectivo de la artroscopia de cadera con 10 años de seguimiento.

Byrd JW, Jones KS.

Nashville Sports Medicine Foundation, Nashville, USA.

La cirugía artroscopia de la cadera es una técnica bien establecida con numerosas indicaciones reconocidas; en despecho de la naturaleza bien aceptada de este procedimiento no ha habido estudios con resultados con un seguimiento extendido. Nosotros investigamos la respuesta de la artroscopia de la cadera en series consecutivas de pacientes son un seguimiento de 10 años. Desde 1993, todos los pacientes sometidos a estas artroscopias han sido evaluados con el Score de Harris modificado en el pre y post operatorio a los 3, 12, 24, 60 y 120 meses. Un cohorte de 50 pacientes (52 caderas) quienes lograron tener un seguimiento de 10 años, fue identificado y representa la sustancia de este estudio. La edad promedio de los pacientes fue 38 años (rango 14 - 84 años) con 27 hombres y 23 mujeres. La mejoría media fue de 25 puntos (preoperatorio 56 puntos y postoperatorios 81 puntos). Catorce pacientes tuvieron una conversión a cirugía abierta y dos murieron. Cuatro pacientes necesitaron repetir la artroscopia. Hubo 2 complicaciones en 1 paciente. Este estudio sostiene la efectividad por largo tiempo de la artroscopia de la cadera como tratamiento de varios desórdenes que incluyen patología labral, lesiones condrales, sinovitis y cuerpos libres. La presencia de artritis degenerativa en el momento del procedimiento fue un indicador de mal pronóstico que se sostuvo a lo largo del tiempo de seguimiento.

Am J Sports Med. 2009 Nov;37(11):2140-3.

Artroscopia de cadera en deportistas: 10 años de seguimiento.

Byrd JW, Jones KS.

Nashville Sports Medicine Foundation, Nashville, USA.

En este trabajo se analizan los resultados de deportistas sometidos a una artroscopia de cadera con un seguimiento de 10 años. Desde 1993, todos los pacientes sometidos a estas artroscopias han sido evaluados con el Score de Harris modificado en el pre y post operatorio a los 3, 12, 24, 60 y 120 meses. Cincuenta y dos procedimientos fueron realizados en 50 pacientes quienes lograron tener un seguimiento de 10 años. Quince de estos pacientes presentaban dolor durante su práctica deportiva y estos casos fueron analizados en este estudio, 11 hombres y 4 mujeres. Resultados: La edad promedio fue de 31.7 años (rango 14-70 años) y el tipo de deportes que practicaban incluyó fútbol (3), tenis (3), basquetball (2), golf (2) y otros (5); 9 fueron deportistas recreativos, 4 de nivel de escuela secundaria y 2 de nivel intercolegial. Los diagnósticos incluyeron: lesión condral (8), rotura labral (7), artritis degenerativa (5), necrosis ósea (1), cuerpo libre (1) y sinovitis (1). La mejoría media en el Sto-

re Modificado de Harris fue de 45 puntos (de 51 preoperatoto a 96), con 13 pacientes (87%) que retornaron a su deporte. Los 5 atletas con artritis necesitaron una artroplastía total en un tiempo promedio de 6 años luego de la artroscopia. No hubo complicaciones. Concluyen que la artroscopia para localizar y tratar estas lesiones de la cadera puede resultar en una sustancial mejoría con resultados durables, sin embargo la artritis degenerativa tiene un mal pronóstico a largo plazo.

Arthroscopy. 2010 Feb;26(2):161-72.

Patrones y técnica de la evaluación clínica inicial de la cadera del adulto: los tests comunes de evaluación clínica de los especialistas.

Martin HD, Kelly BT, Leunig M, Philippon MJ, Clohisy JC, Martin RL, Sekiya JK, Pietrobon R, Mohtadi NG, Sampson TG, Safran MR.

Oklahoma Sports Science & Orthopaedics, Oklahoma City, Oklahoma, USA.

El propósito de este estudio fue sistematizar evaluar la técnica y tests usados en la examinación física de la cadera del adulto realizada por múltiples médicos que tratan regularmente pacientes con problemas de cadera e identificar patrones en común de examinación física. Los sujetos incluidos fueron 5 hombres y 6 mujeres con una edad promedio de 29.8 años quienes fueron sometidos a evaluación de la cadera por 6 especialistas con un fuerte interés en dicha patología. Los examinadores no tuvieron información sobre radiografías y diagnósticos de los pacientes. Las evaluaciones fueron grabadas en video y revisadas. Resultados: Se determinó que 18 tests fueron los más frecuentemente realizados por los examinadores, 3 de pie, 11 en posición supina, 3 en posición lateral y 1 en posición prona. De los tests más frecuentemente realizados, 10 fueron realizados en más del 50% de las veces. Los tests realizados en posición supina fueron los siguientes: rango de flexión (usado 98% de las veces), flexión en rotación interna (98%), flexión y rotación externa (86%), test de rotación pasiva supina (76%), test de flexión-aducción-rotación interna (70%), test contra resistencia de la pierna hacia arriba (61%), y test en flexión-abducción-rotación externa (52%). Los tests realizados en posición de pie fueron el test del paso (86%) y test de la estancia de pie de a una pierna por vez (77%). El único test en posición prona fue el test de anteversión femoral (58%). Concluyen en que hay variaciones en la forma en que los especialistas evalúan la cadera pero que las maniobras realizadas por la mayoría son básicamente las recomendadas para evaluar una cadera. Protocolizar la evaluación física de la cadera beneficia no solo al paciente sino también para poder realizar estudios multicéntricos a futuro.

Am J Sports Med. 2009 Aug;37(8):1508-12.

Confiabilidad del diagnóstico clínico en las lesiones intraarticulares de la cadera.

Martin RL, Kelly BT, Leunig M, Martin HD, Mohtadi NG, Philippon MJ, Sekiya JK, Safran MR.

Center for Sports Medicine-University of Pittsburgh Medical Center, Department of Physical Therapy, Duquesne University, School of Health Sciences, Pittsburgh, USA.

En este estudio se investigó la habilidad de experimentados cirujanos para coincidir en el diagnóstico de rotura del labrum, impingement acetabular y laxitud capsular usando examinación clínica. 8 pacientes bajo tratamiento de un experimentado cirujano artroscopista de cadera fueron sometidos a evaluación clínica en forma independiente por 6 cirujanos ortopédicos que se especializan en el manejo de la cadera dolorosa. La edad promedio de los pacientes fue de 27 años (rango 19-47 años) 5 mujeres y 3 varones quienes habían sido sometidos a una cirugía artroscópica por el cirujano tratante. Los cambios quirúrgicos hallados fueron registrados con respecto a la presencia o ausencia de rotura del labrum, impingement y/o laxitud; hubo: 4 pacientes con roturas del labrum, 5 con impige-

ment y 3 con laxitud. Se determinó el porcentaje de coincidencia entre los hallazgos quirúrgicos y las exámenes clínicos. Basados en la examinación clínica, los cirujanos coincidieron 53%, 65% y 58% de las veces con el diagnóstico quirúrgico de roturas del labrum, impigement y laxitud respectivamente. El nivel de coincidencia no fue dependiente del tamaño o tipo de la lesión del labrum así como en el impigement no dependió del tipo de lesión, ya sea CAM o Pincer o combinadas ni de su tamaño. Este estudio demuestra que las técnicas para la evaluación clínica de la cadera deben ser mejoradas y estandarizadas para ser útiles para realizar un diagnóstico específico de las lesiones de la cadera.

J Bone Joint Surg Br. 2009 Jan;91(1):16-23.

Resultados luego de artroscopia de la cadera por impigement femoroacetabular asociado con disfunción condrolabral: seguimiento mínimo de 2 años.

Philippon MJ, Briggs KK, Yen YM, Kuppersmith DA.

Steadman Hawkins Research Foundation, Vail, Colorado, USA.

En un periodo de 8 meses, agrupamos prospectivamente 122 pacientes quienes fueron sometidos a una cirugía artroscópica de la cadera por impigement femoroacetabular. Fueron excluidos los pacientes con artroscopia bilateral, necrosis ósea y cirugía previa de su cadera. Diez pacientes rechazaron participar quedando 112 en el estudio. Hubo 62 mujeres y 50 hombres, con una edad media de 40.6 años (rango 37 a 45 años). Durante la artroscopia, 23 pacientes tuvieron una osteoplastia sólo por impigement tipo CAM, 3 por impigement tipo Pincer y 86 sometidos a ambos procedimientos por impigement de tipo mixto. El tiempo promedio de seguimiento fue de 2.3 años. La media del Score de Harris modificado mejoró de 58 a 84 y la satisfacción media del paciente fue de 9. 10 pacientes fueron sometidos a un reemplazo total de cadera en un tiempo medio de 16 meses luego de la artroscopia. Los predictores de un mejor resultado fueron el Score modificado de Harris, la pérdida de espacio articular de menos de 2 mm. y la reparación de la patología labral y no de su desbridamiento. La artroscopia de cadera por impigement femoroacetabular, acompañado de una adecuada rehabilitación, brinda en un buen resultado en el corto tiempo y una alta satisfacción del paciente.