

# Choque femoroacetabular



Dr. Miguel Ángel Gallo Vallejo  
Especialista en Medicina de la Educación Física y el Deporte  
Experto en Traumatología Deportiva  
Director del Centro de Medicina Deportiva de la Concejalía de Deportes del Ayuntamiento de Granada  
[www.drmiguelangelgallovallejo.com](http://www.drmiguelangelgallovallejo.com)

## DENOMINACIONES

- Choque femoroacetabular
- Atrapamiento femoroacetabular (AFA)
- Impingement o pinzamiento femoroacetabular
- Atrapamiento de cadera

## ¿QUÉ ES?

Pequeña malformación ósea en el cuello del fémur o en el acetábulo o en su borde

## FRECUENCIA

- Alrededor de un 15 % de la población lo presenta
- Al ser un gran desconocido, impide que se detecte precozmente

## ¿QUÉ PROVOCA?

- El roce provoca un dolor inguinal en ejercicios de flexión o al estar sentado
- El roce óseo inadecuado **deteriora el cartílago** y **favorece la aparición de la artrosis precoz**, que puede conllevar en la implantación de una prótesis de cadera

## ¿EN QUÉ PERSONAS APARECE?

- Deportistas profesionales y no profesionales
- En la población sedentaria

## ¿EN QUÉ DEPORTES ES MÁS FRECUENTE?

En deportes que impliquen una flexión pronunciada y mantenida de la cadera (motociclismo, artes marciales, deportes de raqueta, fútbol, hípica, salto de vallas...)

## SÍNTOMAS MÁS HABITUALES

- Dolor inguinal
- Molestias al caminar
- Incapacidad funcional

## DIAGNÓSTICO ERRÓNEO

Muchos pacientes son diagnosticados erróneamente (osteopatía dinámica de pubis, hernia inguinal, trocanteritis, necrosis avascular de la cabeza femoral, tendinopatía de los aductores...)

Aproximadamente en el 70 % de pacientes menores de 50 años a los que se le implanta una prótesis de cadera por artrosis, EL ORIGEN ES UN CHOQUE FEMOROACETABULAR NO DIAGNOSTICADO Y TRATADO A TIEMPO

En cifras **80%** de las prótesis de cadera se implantan debido a la artrosis **10%** de las prótesis implantadas son de recambio **9** de cada 10 prótesis siguen operativas después de 15 años **90%** de los pacientes que requieren un reemplazo de cadera tienen más de 55 años

### Prótesis de cadera

El reemplazo de la articulación de la cadera es un procedimiento quirúrgico muy seguro que lleva realizándose más de 30 años. En los últimos años se ha avanzado en materiales y se implantan prótesis cada vez nuevas.

#### CADERA

La articulación entre la pelvis y el fémur es esférica. En una persona sana tiene gran movilidad en muchas direcciones.

**1 CADERA SANA**  
El cartilago hace que los movimientos sean suaves.  
Espesor: 1,5-2,5 mm de cartilago fino.

**2 ARTROSIS**  
Aparece cuando se daña el cartilago que recubre la cabeza del fémur.  
Sección: Cartilago irregular, sangrado, inflamación y dolor.

#### SÍNTOMAS

- DOLOR:** Primer signo y el más importante. Puede ser intermitente o incluso constante.
- PÉRDIDA DE MOVIMIENTO:** Imposibilidad para cruzar las piernas, ponerse los calzoncillos...
- COJERA:** Andar tambaleante. Aparece algo más tarde.

#### TRATAMIENTO CONSERVADOR

Cuando continúan los síntomas, se recurre a tratamientos para aliviar la dolencia.

- Analgésicos y antiinflamatorios:** Para reducir el dolor.
- Fisioterapia:** Ejercicios y masajes que pueden reducir la inflamación.
- Tratamiento de la causa:** Si la artrosis de debe a una causa concreta, hay que solucionarla.
  - Displasia de cadera
  - Anomalías fémoro acetabulares
  - Cuerpos extraños en la articulación
  - Enfermedades inflamatorias...
- Infiltraciones:** Inyecciones de ácido hialurónico o factores de crecimiento en la articulación, que alivian el dolor.
- Condrotectores:** Pueden retrasar el desgaste del cartilago.

#### PRÓTESIS

Si el paciente no puede realizar su vida diaria con normalidad, se recomienda reemplazar la articulación por una prótesis artificial. Las hay de dos tipos:

- DE RECLUBIMIENTO:** La cabeza de fémur y el acetábulo se tallan y se recubren con placas metálicas. Debe hacerse un diseño muy experimentado.
- PRÓTESIS TOTALES:** Se elimina por completo el hueso de la cabeza y el cuello del fémur. Hay dos tipos, según la longitud del vástago (pieza que se inserta en el fémur):
  - MINI VÁSTAGO:** Se encajan en el hueso (no se usa cemento). No se requiere un hueso intacto.
  - CONVENCIONALES:** Se fijan con cemento o se encajan.

Actualmente se colocan prótesis con el vástago lo más corto posible (A), ya que si se recambia la prótesis, se debe instalar otro más largo (B) para ajustarlo sobre hueso intacto.

#### MATERIALES

- Metal**  **Poliétileno**  **Cerámica**
- Desarrollamiento:** Completamente metálica es más duradera.
- Prótesis totales:**
  - Combinación poco usada.
  - Para mayores de 70 años.
  - Para menores de 70 años.
- Vástago siempre metálico.**

#### RECUPERACIÓN

Una semana: Días móviles. 1-2 meses: Vida normal. Se puede practicar deporte. 1 año: Vida normal. Se puede practicar deporte. 2 años: Recambio: no siempre es necesario.

© Clínica Universidad de Navarra 2012. Infográfico realizado con el consentimiento médico vigente en marzo de 2012. Tomado de un año en recuperación que verifica con un especialista que la información sigue siendo correcta.

Fuente: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/tratamientos/protesis-cadera>

## DOS TIPOS DE CHOQUE FEMOROACETABULAR

### TIPO CAM

- Debido a un abultamiento en el cuello del fémur que choca con el reborde acetabular y produce una lesión en el cartílago adyacente en el acetábulo
- Más frecuente en pacientes jóvenes, activos y de **sexo masculino**



### TIPO PINCER

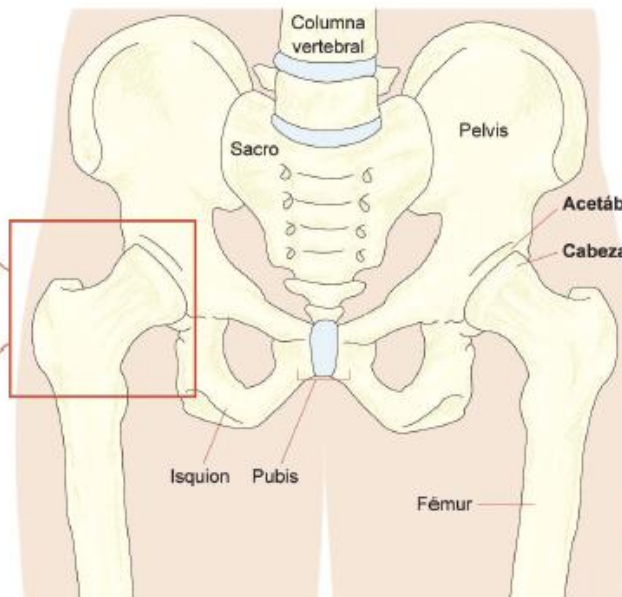
- El borde anterolateral del acetábulo protruye tanto que choca con el cuello del fémur en gestos de flexión y rotaciones de cadera
- Ocurre más frecuente en **mujeres atléticas** de mediana edad



## TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

### ATRAPAMIENTO DE CADERA

El choque o atrapamiento de cadera es una patología que afecta principalmente a jóvenes que practican deporte. La falta de esfericidad de la cabeza del fémur (o un sobrecubrimiento de la misma) hace que se produzca dolor al realizar ciertas actividades.



### LA OPERACIÓN

Las gibas chocan al levantar la pierna. A la larga puede degenerar en artrosis prematura.



En la operación se eliminan las gibas dejando la forma de la cadera normal.



### FORMAS DE ACCEDER A LA CADERA ✓ Pros ✗ Contras

#### MODO TRADICIONAL

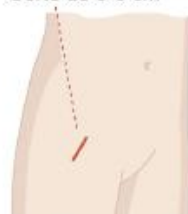
Corte de 8-10 cm



- Se accede desde un lateral
- ✓ Ideal para lesiones muy grandes
- ✓ Técnicamente sencilla
- ✗ Posibilidad de dañar el glúteo

#### OSTEOPLASTIA ANTERIOR

Corte de 5-8 cm



- Se accede desde la parte frontal del muslo
- ✓ Ideal para lesiones grandes
- ✓ No afecta a ningún músculo
- ✗ Técnicamente compleja

#### ARTROSCOPIA

2-4 incisiones de 1 cm



- ✓ Ideal para pequeñas lesiones
- ✓ No afecta a los músculos
- ✓ Postoperatorio más leve
- ✗ Complicado para operar grandes lesiones
- ✗ Técnicamente muy compleja

Fuente: <http://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/choque-femoroacetabular>