

IMPINGEMENT ISQUIOFEMORAL: Causa desconocida de coxalgia.

Autores: Javier de la Hera Fernández, Adrián Fernández González, Marcos Ortiz Gutiérrez, Roberto Manuel Palacio González, Eduardo José Díez Pérez. Hospital Sierrallana (Cantabria).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Describir un impingement como **causa de coxalgia extraarticular**.



Fig. 1: Radiografías con coxa valga (136°), sin procesos espondilolíticos o espondiloartrosis franca.

MATERIAL Y MÉTODOS


♂ 55años y bombero derivado por **lumbalgia que irradia a zona inguinal bilateral** con la marcha a pasos largos, sin irritación radicular.

- A la exploración muestra maniobras dinámicas de cadera dolorosas, principalmente **rotación externa y extensión**. Dolor franco a la **palpación espacio isquiofemoral derecho** y trocánteres.

Se amplían estudios con **Radiografía (Fig. 1)** y **RMN (Fig. 2)**:

- “Pinzamiento en ambos espacios isquiofemorales, con hiperintensidad en los músculos cuadrados femorales, de intensidad incipiente en el izquierdo y moderada en el derecho asociado a atrofia muscular marcada en la parte inferior del vientre muscular derecho.”

RESULTADOS

Fue derivado a **rehabilitación y Radiología Intervencionista** para tratamiento combinado de  **infiltración ecoguiada** y fisioterapia, báscula pélvica y reeducación postural. Finalmente, el paciente es dado de alta con mejoría clínica tras 3 meses.

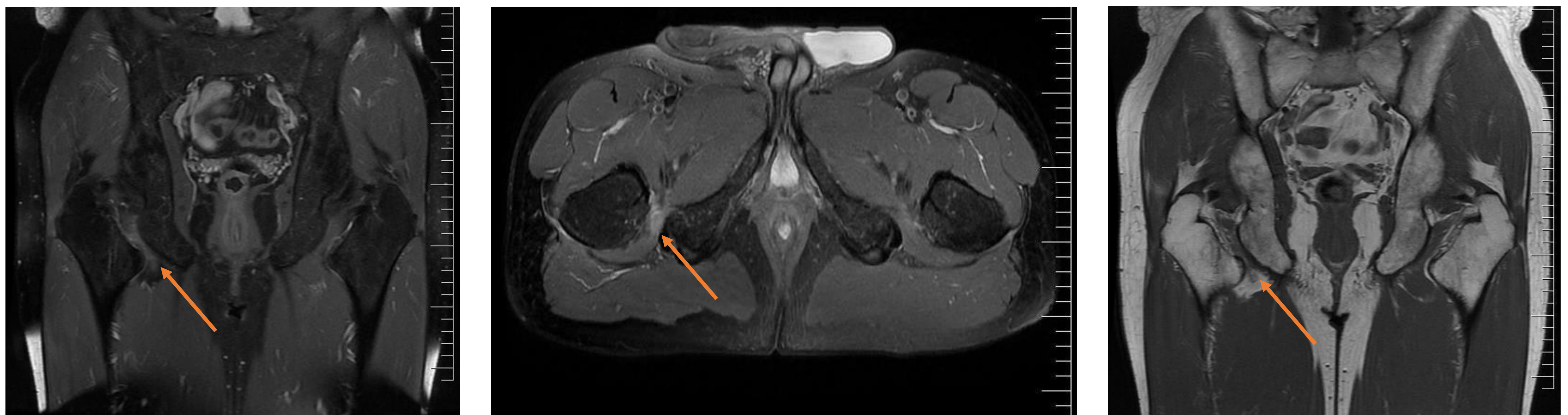


Fig. 2: RMN que muestra hiperintensidad en cuadrado femoral con disminución del espacio isquiofemoral y atrofia en la parte inferior del vientre muscular.

CONCLUSIONES

El **impigment isquiofemoral** es una de las causas de coxalgia extraarticular debido a un **estrechamiento del espacio isquiofemoral (EIF)** formado entre la tuberosidad isquiática y el trocánter menor o **del espacio del cuadrado femoral (ECF)**, causando una compresión intermitente del mismo.

- Clínicamente: mujer de 50años con **coxalgia bilateral** hasta en el 30% que puede irradiarse a glúteo y cara posterior de muslo, principalmente en la **postura terminal de la marcha**.
- Algunas etiologías serían coxa valga o brevis, displasia de cadera, trocánter menor prominente, aumento de antetorsión femoral, maluniones...

Para el diagnóstico primero debemos descartar otras etiologías con una **radiografía**, seguido de una **exploración compatible: dolor a la extensión de cadera** -principalmente **caminando con pasos largos**, mejorando con pasos cortos-, y con la **extensión, rotación externa y abducción** de cadera. Para confirmarlo finalmente se precisará la **RMN**, mostrándonos tanto hiperintensidades/atrofia en el cuadrado femoral, como una disminución del EIF <15mm o del ECF <10mm.

El tratamiento inicialmente es conservador con **reposo, rehabilitación y AINEs**, seguido de **infiltraciones ecoguiadas** del cuadrado femoral con anestésico y corticoides. El tratamiento quirúrgico será necesario en un **5%** mediante la **resección artroscópica del trocánter menor** -sacrificando psoas y fuerza de flexión de cadera- o la **liberación del cuadrado femoral** -con el riesgo de afectar la arteria circunfleja femoral medial-.