

Inestabilidad de la cadera y microinestabilidad

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

La inestabilidad de la cadera, tanto manifiesta como sutil, suele provocar dolor en la ingle o en la parte frontal de la cadera, que se intensifica lentamente con el tiempo. Muchas personas también perciben que la cadera se siente inestable o “se va a salir”, especialmente durante la actividad física. Esa sensación de que la cadera no se mantiene firme es uno de los signos más claros de este problema. El dolor suele localizarse en lo profundo de la ingle, aunque algunas personas lo sienten en el lateral de la cadera o en el muslo, e incluso en la parte posterior, cerca de los glúteos.

Ciertos movimientos tienden a empeorarlo: permanecer sentado durante largos periodos, caminar, correr, girar o cambiar de dirección pueden todos aumentar el dolor. Los deportes que obligan a la cadera a adoptar posiciones extremas, como el baile, son desencadenantes frecuentes. Si su cadera está “suelta” en lugar de rígida, es posible que el dolor vaya en aumento a lo largo del día, a medida que los músculos que rodean la articulación se cansan.

Las tareas cotidianas pueden volverse más difíciles de lo normal. Entrar y salir del coche, agacharse para recoger algo o levantarse después de una reunión prolongada pueden agravar el dolor en la cadera. Apoyarse en una sola pierna para vestirse o subir escaleras puede resultar inestable o incómodo, ya que los músculos que estabilizan la cadera trabajan al máximo para mantener la articulación unida.

Algunas personas con esta condición también presentan signos de desgaste articular o una cavidad acetabular poco profunda que no abarca completamente la cabeza femoral. Eso puede añadir rigidez y molestias, sobre todo tras la actividad física o al despertar por la mañana. Es posible que la cadera haga “clic” o se “travase” al moverla.

Es importante saber que una cadera puede presentar aspectos anómalos en las imágenes de diagnóstico sin causar ningún dolor, mientras que otra cadera con aspecto casi normal puede ser muy dolorosa. Sus síntomas, el examen clínico y los resultados de las pruebas de imagen deben coincidir para determinar con certeza la causa real de su dolor. Si algo de lo anterior le resulta familiar, el siguiente paso es someterse a una evaluación adecuada para averiguar exactamente qué está ocurriendo.

¿Qué está ocurriendo realmente?

Su cadera es una articulación esférica. La “esfera” situada en la parte superior del fémur queda dentro de una “copa” en la pelvis. En una cadera estable, dicha copa sujeta firmemente la esfera, y los tejidos blandos que rodean la articulación la mantienen centrada mientras usted se mueve.

Tres de esos tejidos blandos son especialmente relevantes. El labrum es un anillo de cartílago alrededor del borde de la copa; funciona como una junta estanca, sellando la articulación y manteniendo la presión del líquido sinovial en su interior. Una cápsula formada por tejido resistente envuelve toda la articulación, y tres ligamentos fuertes dentro de ella impiden que la esfera se salga de su lugar. Cuando alguno de estos tejidos se afloja, se estira o se desgarran, la esfera puede desplazarse ligeramente dentro de la copa. Ese pequeño movimiento adicional se denomina microinestabilidad. Es algo sutil, por lo que rara vez se observa claramente en los estudios de imagen; por eso el diagnóstico se basa tanto en sus síntomas y en el examen clínico como en las imágenes.

Ese pequeño desplazamiento basta para generar problemas. La junta estanca entre el labrum y la esfera puede perderse, y entonces la esfera roza contra el labrum en lugar de deslizarse suavemente por encima de él. Con el tiempo, esto desgasta el cartílago que recubre la articulación, lo cual puede derivar en artritis por desgaste. Los músculos que rodean la cadera intentan compensar el aflojamiento de esos tejidos, y a su vez pueden tensarse y doler.

A veces, la forma de los huesos también contribuye al problema. Si la copa es demasiado poco profunda para cubrir por completo la esfera —una condición llamada displasia—, los tejidos blandos deben trabajar mucho más para mantener la cadera estable. Asimismo, protuberancias óseas en el fémur o en la copa pueden alterar el movimiento de la articulación, haciendo que la esfera se desplace ligeramente al doblar o girar la pierna. Los deportes que implican muchos giros y rotaciones, así como las actividades laborales o pasatiempos que someten repetidamente la cadera a sus límites, pueden ir estirando esos tejidos con el paso de los años.

Determinar cuál de estos factores está afectando su cadera —la forma ósea, el labrum, la cápsula o una combinación de ellos— es lo que permite elegir el tratamiento adecuado.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha recomendado consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su cadera y solicitamos las pruebas de imagen necesarias. Una vez identificamos la causa del problema, trabajamos con usted en el tratamiento, comenzando por las opciones más sencillas.

La fisioterapia es el tratamiento de primera línea para la microinestabilidad de la cadera. Su objetivo es fortalecer los músculos que mantienen la cadera estable, entre ellos los flexores profundos de la cadera, los músculos glúteos, los músculos de la ingle, los rotadores y el core. Los músculos laterales de la cadera y aquellos

que giran la pierna hacia afuera son especialmente importantes, pues mantienen la pelvis nivelada al apoyarse en una sola pierna. Los ejercicios de equilibrio y control también pueden ser útiles, sobre todo si sus articulaciones son naturalmente laxas. Los estiramientos se prescriben con cautela y se desaconsejan si su cadera ya se mueve más de lo normal. Además de la fisioterapia, normalmente sugerimos modificar aquellas actividades que agraven el dolor; los antiinflamatorios también pueden ayudar a aliviarlo. Le pedimos que pruebe este tratamiento durante un tiempo razonable antes de considerar la cirugía.

Si la fisioterapia y los cambios en las actividades no logran mejorar su situación, a veces se recurren a inyecciones intraarticulares. El ácido hialurónico es un fluido lubricante que puede aliviar el dolor de cadera y mejorar su funcionalidad por un período breve, aunque no se ha demostrado que ofrezca beneficios a largo plazo. La inyección de esteroides, conocida también como cortisona, reduce la inflamación dentro de la articulación. Una respuesta positiva a una inyección anestésica administrada antes de la cirugía indica que probablemente obtendrá buenos resultados con la operación.

La cirugía se contempla cuando un tratamiento completo con fisioterapia no ha producido mejoría suficiente. La intervención principal es la cirugía artroscópica de cadera, mediante la cual examinamos el interior de la articulación a través de pequeñas incisiones y reparamos o tensamos los tejidos que mantienen la cabeza femoral en su sitio. Si su cavidad acetabular es demasiado poco profunda, podría ser necesaria una osteotomía periacetabular, procedimiento en el que se corta y recoloca parte de la pelvis para que la cavidad sostenga adecuadamente la cabeza femoral; esta operación puede combinarse con la artroscopia en la misma sesión. La elección del tratamiento depende de la forma ósea, los síntomas y sus expectativas respecto a la cadera. Analizaremos juntos todas las opciones para decidir cuál se adapta mejor a usted.

Qué esperar

La inestabilidad de la cadera, tanto la evidente como la microinestabilidad, suele desarrollarse de forma gradual en lugar de aparecer de repente. El dolor y la sensación de que la cadera “cede” suelen disminuir cuando se trata adecuadamente la causa subyacente; sin embargo, rara vez desaparecen por sí solos si la articulación sigue moviéndose más de lo recomendado. La duración de los síntomas también es relevante: quienes han padecido dolor de cadera durante dos años o más antes de recibir tratamiento suelen mejorar menos que quienes lo reciben antes. Por eso recomendamos realizar una evaluación adecuada en lugar de esperar a ver qué pasa.

Con el tratamiento adecuado, la mayoría de las caderas mantienen buen funcionamiento a largo plazo. Aproximadamente el 91 % de las caderas siguen conservadas y funcionales diez años después de una cirugía de preservación. La mejoría suele notarse en los primeros meses; quienes perciben una recuperación temprana de la cadera tienden a mantener esa mejoría en los años siguientes. En cambio, quienes apenas experimentan mejoría durante el primer año suelen tener menos progreso a largo plazo, además de mayores complicaciones y mayor probabilidad de necesitar otra intervención quirúrgica. Si la artritis por desgaste ya está bastante avanzada en la articulación, el pronóstico no es tan favorable, incluso si las primeras semanas tras el tratamiento transcurren sin problemas.

Si no se interviene en la cadera, los problemas pueden persistir o agravarse. Una cavidad acetabular poco profunda que no se corrige somete a la articulación a un estrés excesivo; el pronóstico a largo plazo para una cavidad moderadamente poco profunda que no se trata quirúrgicamente es desfavorable. También existe un

patrón importante a conocer: muchas personas con esta condición terminan desarrollando problemas similares en la otra cadera. Aproximadamente la mitad de los afectados presentan síntomas significativos en la otra cadera con el paso de los años, aunque la otra mitad mantiene una situación cómoda o casi sin molestias.

Ningún tratamiento está exento de riesgos. La cirugía artroscópica de cadera presenta una tasa global de complicaciones baja, y los problemas graves son poco frecuentes. No obstante, la cadera puede seguir siendo inestable si no se aborda la causa subyacente, y un pequeño número de pacientes necesitará una cirugía adicional. Ser sinceros respecto a todos estos aspectos le ayudará a sopesar sus opciones con expectativas realistas, en lugar de albergar falsas esperanzas.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si experimenta dolor en la ingle o en la cadera que empeora al sentarse, caminar, correr o girar; especialmente si ese dolor ha ido aumentando gradualmente en lugar de aparecer de repente. Solicite una evaluación especializada si siente que la cadera “cede” o no se mantiene estable durante la actividad, si el dolor sigue intensificándose a lo largo de semanas o meses, o si ahora la otra cadera le causa los mismos problemas que la primera. Esto es particularmente relevante si sus articulaciones son naturalmente muy laxas, si padece alguna enfermedad del tejido conectivo como el síndrome de Ehlers-Danlos, o si tiene una cavidad acetabular poco profunda, ya que estas condiciones aumentan el riesgo de inestabilidad articular. Si ya se ha sometido a una cirugía artroscópica de cadera y el dolor persiste, o si su recuperación avanza mucho más lentamente de lo esperado, eso podría indicar una laxitud residual en la articulación y merece una evaluación detallada en lugar de seguir esperando.