



Un caso para reflexionar

Dr. Arnaldo Albero

■ INTRODUCCION

M. N. masculino, 12 años, Fútbol juvenil, divisiones inferiores de AFA.

Motivo de consulta: dolor en el aductor izquierdo sin mecanismo de lesión muscular.

Tratado por el cuerpo médico de su club con diagnóstico presuntivo de "desgarro del aductor". Dos episodios consecutivos con ecografías negativas.

Semiológicamente presenta movilidad completa de cadera con dolor a la flexión profunda exacerbada en rotación interna (maniobra de Mc´Carthy +)

Se solicitan estudios complementarios:

- Rx: no arrojan ningún dato positivo. (Fig. 1)



Figura 1



Figura 2

Estudio: CENTELLOGRAMA OSEO EN TRES FASES SOBRE LAS CADERAS CON SPECT:

Se inyectan 12 mCi de MDP-Te 99m bajo cámara para obtener el flujo, las imágenes precoces, las tardías planares y el spect.

Flujo: Se observa en las primeras imágenes dinámicas un discreto aumento en el lado derecho superior de la cadera y luego al finalizar la parte dinámica el refuerzo impresiona visualizarse en el lado izquierdo.

Imágenes precoces: Discreta captación en la parte superoexterna superior izquierda de la cadera pudiendo ser posicionales.

Imágenes planares tardías: Sutil aumento de fijación en el cartílago de crecimiento proximal de la cadera izquierda.

Spect: Los cortes que se presentan transaxiales, coronales y sagitales no han demostrado captación asimétrica de los cartílagos de crecimiento de las caderas.

Conclusión: Estudio con escasa significación centellográfica en cartílago de crecimiento proximal de cadera izquierda en un proceso crónico y en las imágenes planares. El Spect de caderas no mostró captaciones anómalas. Correlacionar con otras imágenes anatómicas.

Figura 3

- RMN sin particularidades. (Fig. 2)

- Centellograma óseo en cámara gamma en tres fases con spect que informa leve captación de tipo difuso pero inespecífica. (Fig. 3)

Tratamiento:

Se indica Reposo Deportivo, Fisiokinesioterapia y reeducación muscular por un mes.

Vuelve a la cancha con trabajos progresivos. Luego de 10' de trote retorna el dolor

Ante esta eventualidad se decide solicitar artroresonancia de cadera con contraste intraarticular (Fig. 4)

Esta arroja un resultado positivo para lesión del labrum antero superior con una imagen de edema en el borde del acetábulo y en la zona de transición entre la cabeza y el cuello femoral. ¿Futuro CAM o la iniciación de entidad radiológica de la cadera denominada Pistol Grip por la literatura Americana? ¿Sería esta la iniciación de una alteración de la



Figura 4

forma de la cabeza femoral que interpretamos nosotros como una microepifisiolisis frustra?

MORALEJA

“ANTE TODO DOLOR DE ADUCTORES SIN MECANISMO DE LESION MUSCULAR TIPICO EN UNA PERSONA JOVEN, PENSAR EN PATOLOGIA DE CADERA HASTA QUE SE DEMUESTRE LO CONTRARIO.”