

PATOLOGÍAS DEL ESPACIO ISQUIOFEMORAL Y CUADRADO FEMORAL COMO CAUSA DE CIATALGIA NO DISCOGÉNICA

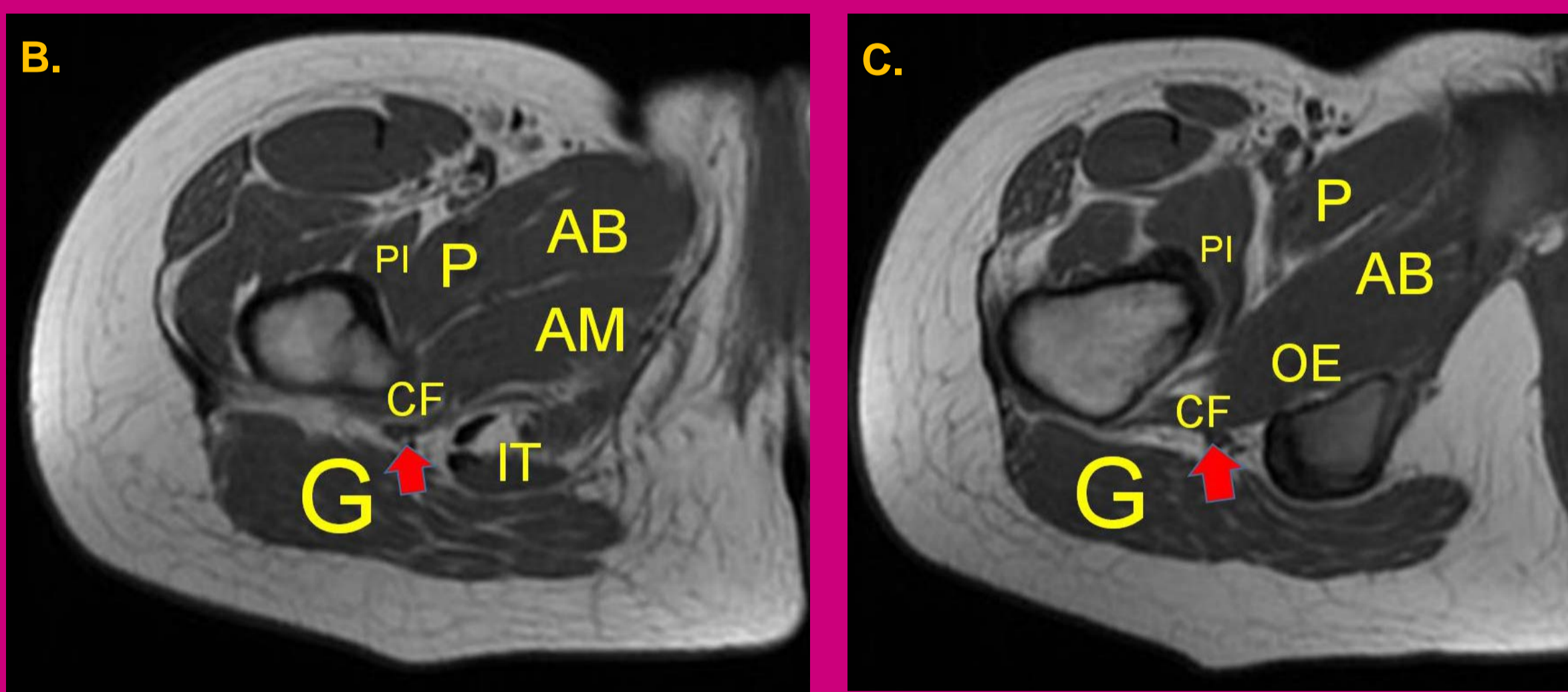
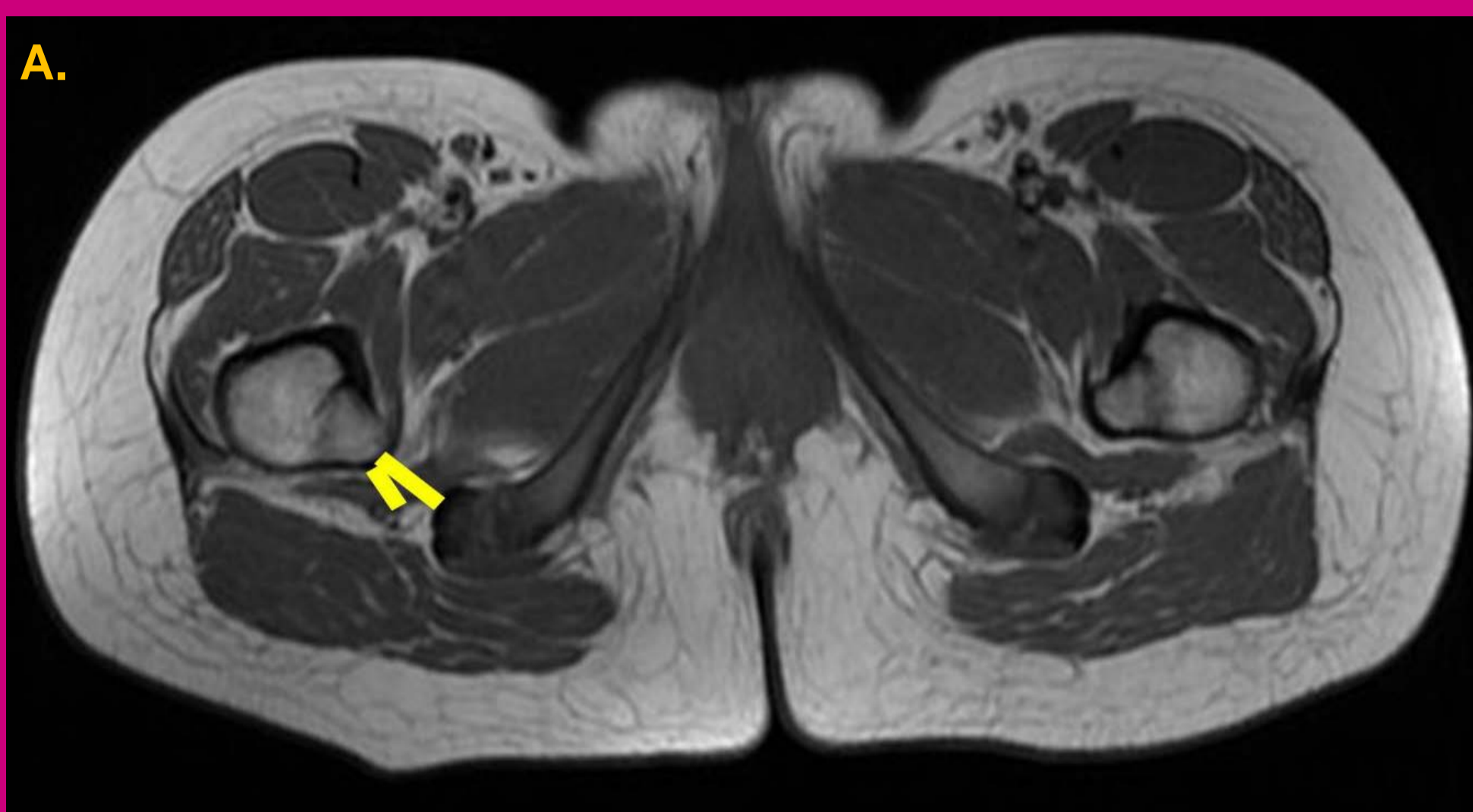
Cárdenas Márquez, Jaime*; Girerd, Lucienne Marie*; Plans, Federico José*; Alarcón, Verónica Natalia**; Schwartzman, Pablo***; Deragopyan, Carlos Rolando****
*: Médico Residente. **: Médico de Staff. ***: Jefe de Departamento. ****: Director.
Centro Médico Deragopyan. CABA. Argentina

OBJETIVOS DE APRENDIZAJE

Describir la anatomía de los espacios isquiofemoral y cuadrado femoral. Reconocer sus patologías como causa de ciatalgia no discogénica, dando un enfoque práctico para la valoración de las condiciones anómalas de los mismos basados en estudios de RM de nuestra institución.

DETALLES DEL PROCEDIMIENTO

Se evaluaron pacientes que concurrieron a nuestro centro médico con sintomatología compatible con dolor en la articulación de la cadera asociado a ciatalgia aguda/crónica. Se utilizaron resonadores de alto campo, Philips Achieva 3 Tesla y GE 1.5 Tesla, con protocolos dedicados a la valoración del espacio isquiofemoral.



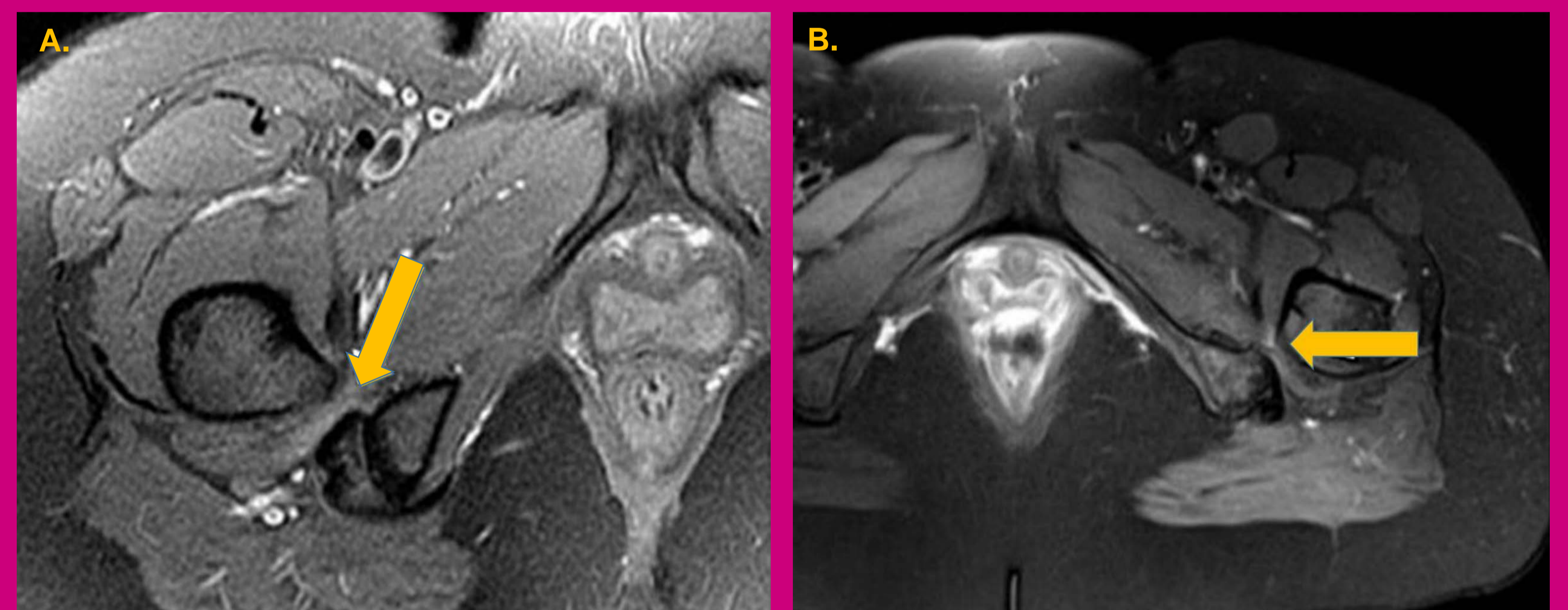
Ref: Línea amarilla larga: Espacio isquiofemoral, Línea Amarilla corta: Espacio del cuadrado femoral.
PI: Psoas-iliaco - P: Pectíneo - AB: Aductor brevis - AM: Aductor mayor - OE: Obturator externo - CF: Cuadrado femoral - IT: isquiotibiales - Flecha: Nervio Ciático

REVISIÓN DEL TEMA

Las patologías de los **espacios isquiofemoral y cuadrado femoral** constituye una causa poco conocida e infradiagnosticada de dolor agudo o crónico de cadera, ingle y región posterior del muslo,-retrotrocantérica o glútea-, que generalmente se observa en mujeres de mediana o avanzada edad.

Dentro de las condiciones patológicas de dichos espacios se incluyen: **distensión y/o desgarro del músculo cuadrado femoral**, -principal músculo afectado-, desgarro de los músculos obturadores, piramidal e isquiotibiales, así como el **edema muscular** inducido por el ejercicio excesivo y el **estrechamiento congénito o adquirido** de dicha área.

El resultado final en algunos casos puede ser la **atrofia grasa muscular**. En adición, estos cambios pueden conllevar a ciatalgia por irritación extrínseca del nervio ciático adyacente.



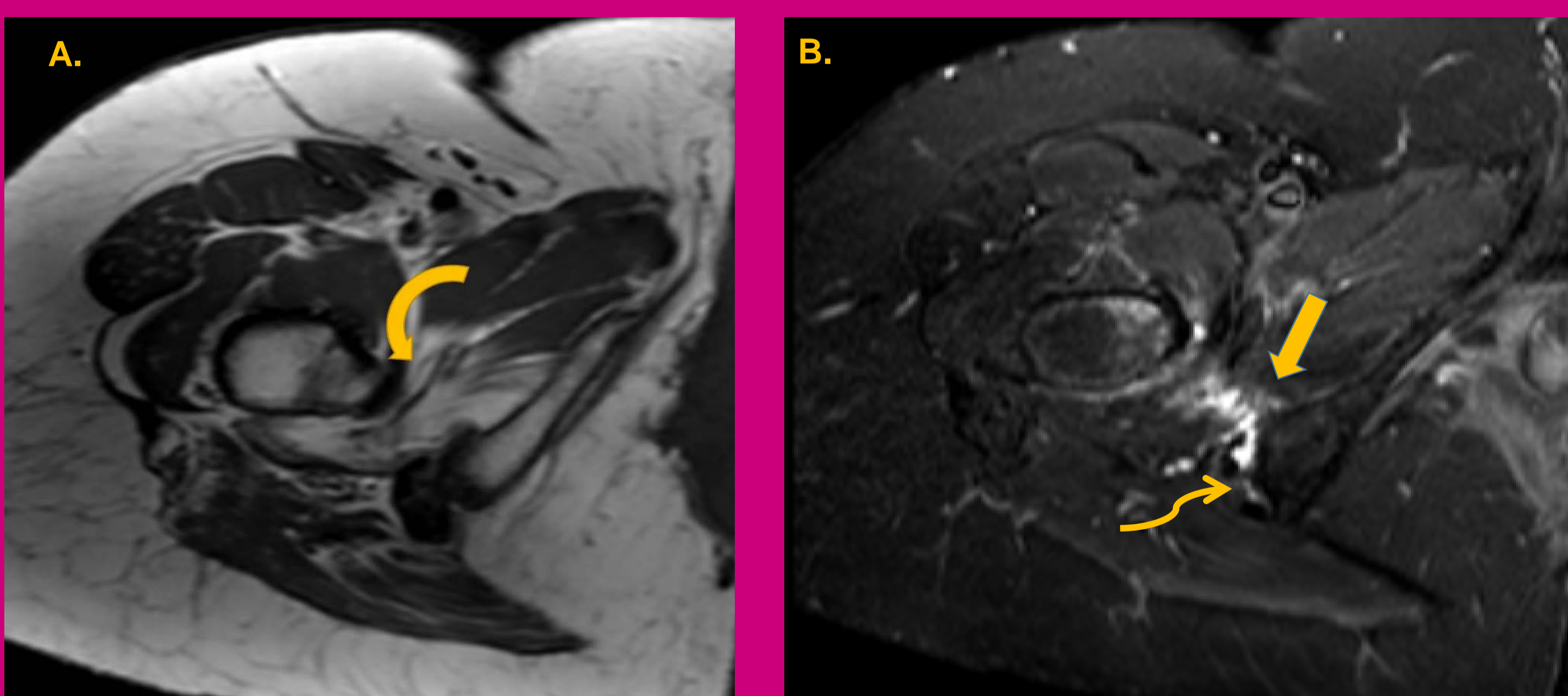
Paciente A. Axial STIR. Paciente con dolor en la articulación de la cadera derecha. Se identifica estrechamiento del espacio isquiofemoral, con aumento de la señal a nivel del músculo cuadrado femoral.
Paciente B. Axial T2FS se observa marcadamente estrechado el espacio isquifemoral izquierdo con edema difuso del cuadrado femoral.

Síntomas	%
Dolor en articulación de la cadera que se irradia a la ingle ipsilateral	50**
Dolor en articulación de la cadera que se irradia al glúteo ipsilateral	28.5
Dolor en articulación de la cadera que se irradia a la cara posterior del muslo ipsilateral	14.3
Dolor en articulación de la cadera que se asocia a lumbalgia	7.2

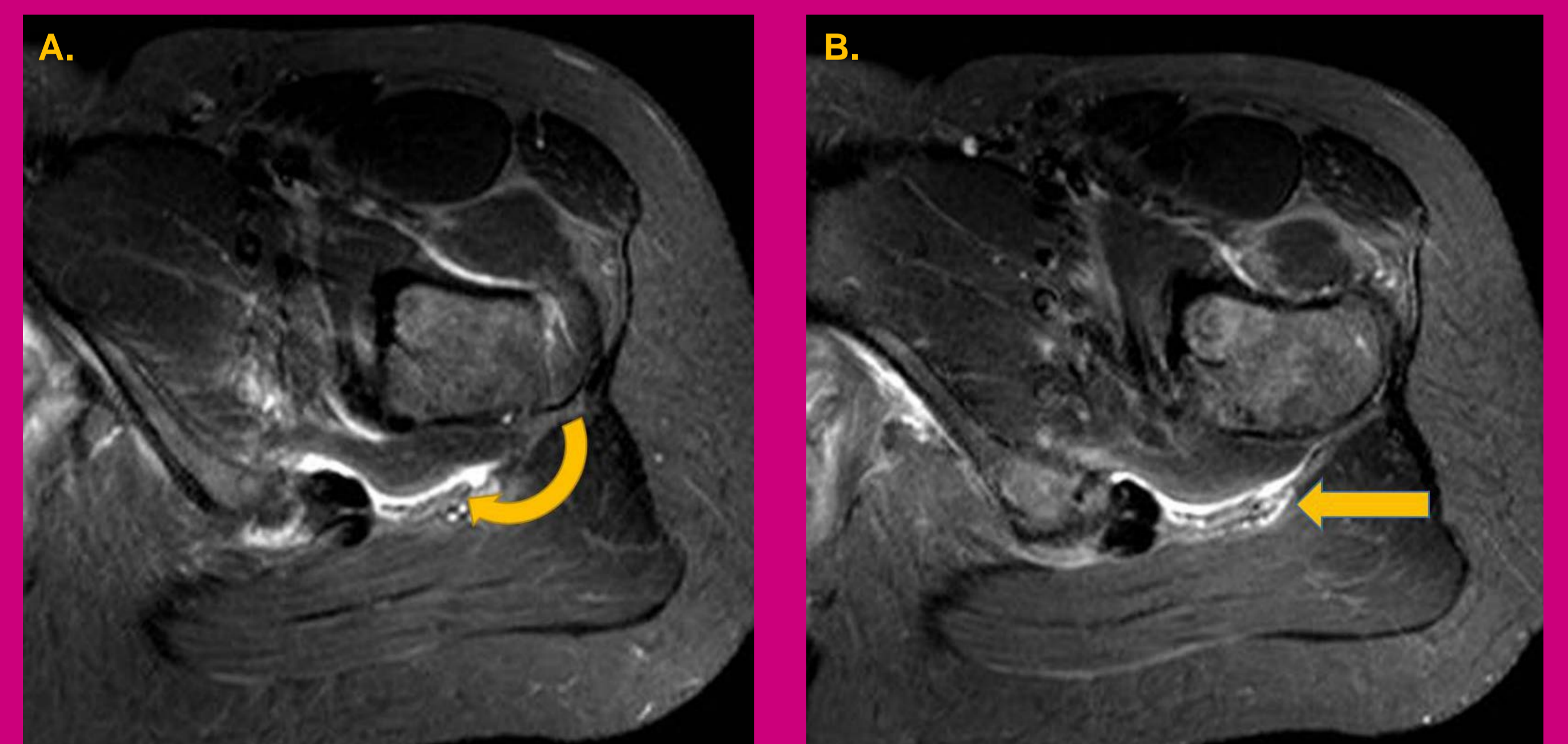
Sameh ahmad et al (The egyptian society of radiology)

Hallazgos por RM	%
Edema focal del músculo cuadrado femoral	21.4
Edema difuso del músculo cuadrado femoral	57.1**
Desgarro parcial del músculo cuadrado femoral	14.3
Atrofia difusa QF	7.2
Otras anomalías	7.2

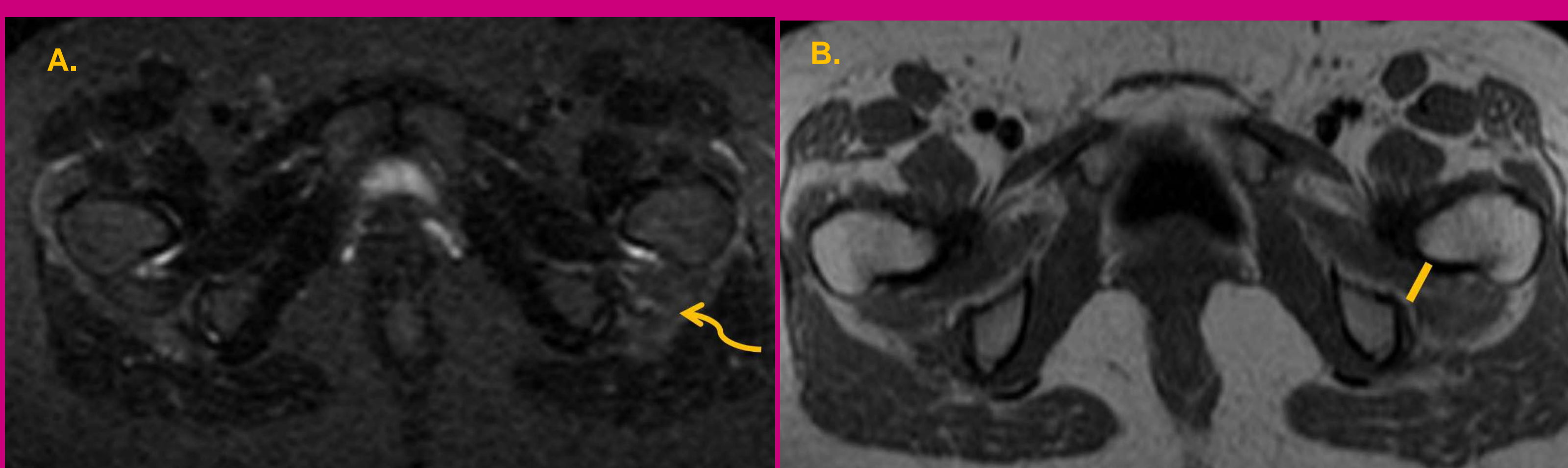
Sameh ahmad et al (The egyptian society of radiology)



A. Axial T1. Se identifica marcado reemplazo graso con signos de hipotrofia del músculo cuadrado femoral derecho en relación a posible secuela de desgarro. B. Axial STIR. Se aprecia tendinopatía insercional a nivel del tendón conjunto de los músculos isquiotibiales (flecha curva), con foco de desgarro parcial en su sitio de inserción asociado a la presencia de líquido y marcado edema de los planos grasos peritendinosos (flecha recta).



A y B. Axial STIR. Marcado incremento en la intensidad de señal que compromete el cuadrado femoral izquierdo asociado a moderada cantidad de líquido interfascial en relación a rótura fascicular.
C. Axial T1 se observa marcadamente estrechado el espacio isquiofemoral izquierdo en relación al contralateral.



A. STIR. Aumento del volumen del músculo cuadrado femoral izquierdo, el cual muestra signos de edema miofibrilar y líquido laminar adyacente, con signos de denervación de los cuadrado femorales, en relación a impingement isquiofemoral. Impingement agudo/subagudo. B. Axial T1. Reemplazo graso de ambos músculos cuadrados femorales. Impingement crónico.

CONCLUSIÓN:

Actualmente, la principal herramienta diagnóstica es la RM, la cual es fundamental para evaluar, a su vez, la conducta terapéutica.

El tratamiento inicial es conservador, requiriendo en algunos casos infiltración bajo guía tomográfica de anestésicos locales y/o esteroides en el músculo cuadrado femoral. En casos más severos se recurre a la escisión quirúrgica del trocánter menor o a la remoción del tejido reactivo o de tipo bursal por vía endoscópica.