

# PINZAMIENTO ISQUIOFEMORAL EN PACIENTE JOVEN: una causa poco frecuente

Adán Laguna, J; Puyuelo Martínez, G; Pindado García, C; Floría Arnal, LJ; Lizcano Palomares, M; Martín Hernández, C  
*Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza*

## OBJETIVOS

El **síndrome de pinzamiento isquiofemoral** es una causa poco frecuente de coxalgia. Descrito inicialmente tras cirugía de recambio de cadera, actualmente se considera una entidad infradiagnosticada que puede aparecer también de forma primaria. Se presenta un caso de **osteochondroma gigante de fémur proximal** que condiciona clínica de pinzamiento isquiofemoral.

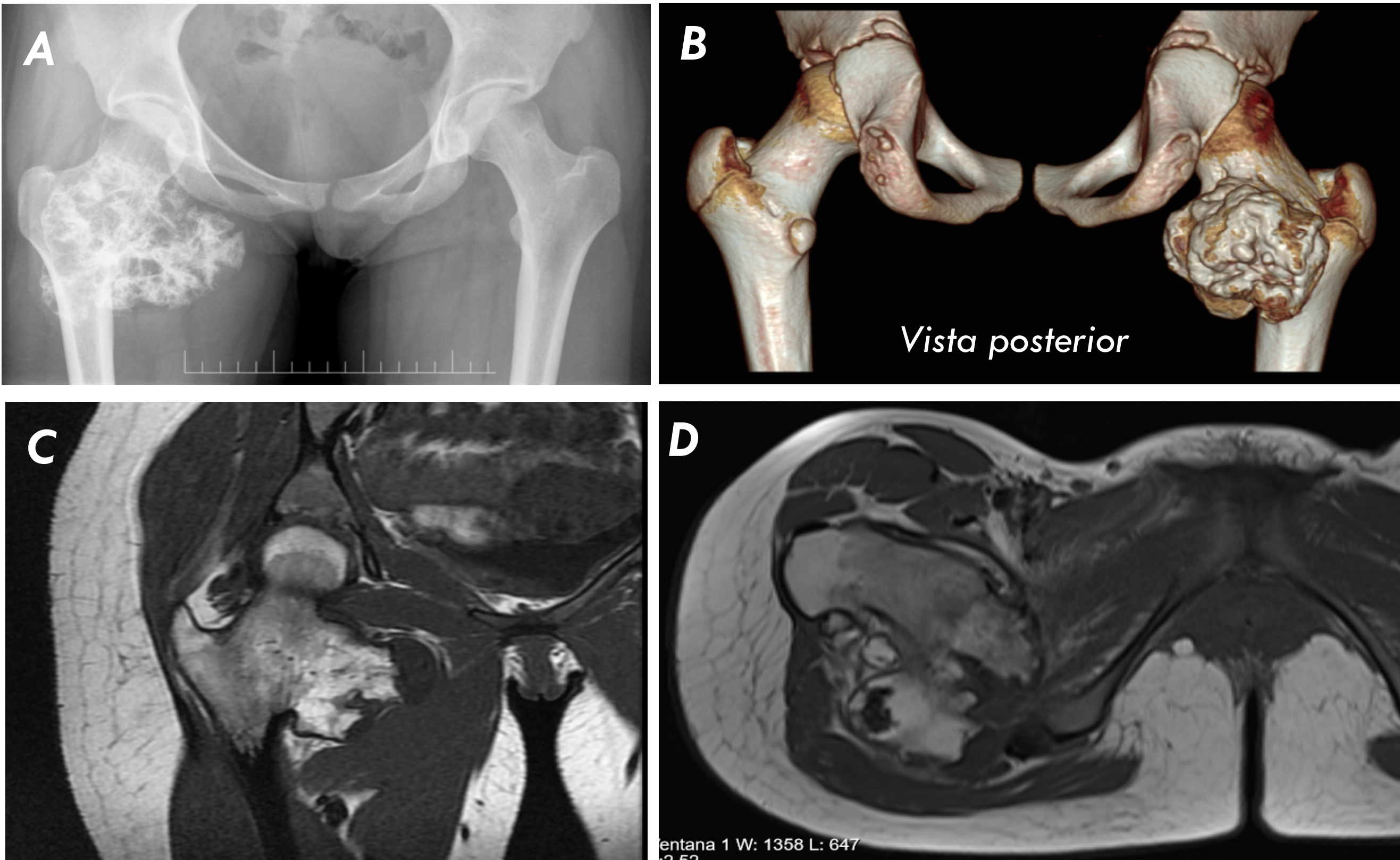


FIGURA 1. A- Rx pelvis AP; B- TC reconstrucción 3D (vista posterior); C y D- RMN corte coronal y axial.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 20 años sin antecedentes médicos de interés, que presenta una masa palpable en región glútea derecha con dolor punzante en dicha región y con la abducción de cadera. Además refiere parestesias ipsilaterales. Las pruebas de imagen revelaron la existencia de una masa pediculada con crecimiento por encima del trocánter menor del fémur. Se realiza una resonancia magnética que identifica un **osteochondroma solitario dependiente de la superficie medial del cuello femoral derecho**, de unos 12.5 cm de diámetro y sin signos de degeneración maligna. Condiciona un **pinzamiento isquiofemoral y compromete el nervio ciático que muestra signos de neuropatía** (D, figura 1). Se plantea una resección quirúrgica, que el paciente acepta.

Con el paciente en decúbito lateral izquierdo, se realizó un abordaje posterior de Kocher-Langenbeck. Se identificó el nervio ciático (A, figura 2), y se aisló del tumor durante la resección. Intraoperatoriamente, se comprobó bajo escopia la **integridad del cuello femoral restante**, y se descartó la necesidad de fijación profiláctica. Se enviaron muestras a anatomía patológica (B, figura 2).

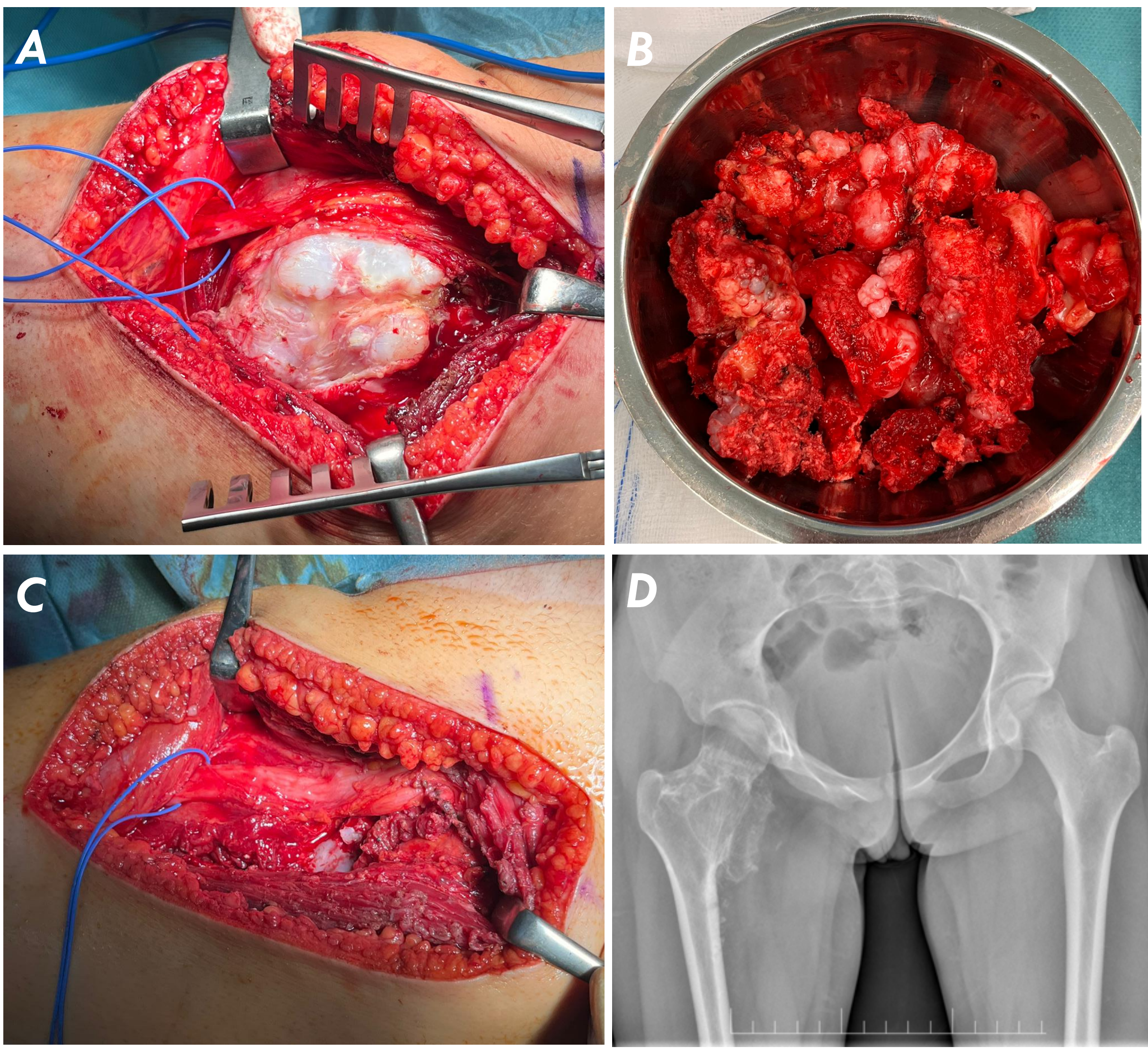


FIGURA 2. Imágenes intraoperatorias; A- Identificación de N. ciático; B- pieza resecada; C- resultado tras resección; D- Rx pelvis AP (control)

## RESULTADOS

6 días tras la cirugía, el paciente fue dado de alta hospitalaria sin complicaciones en el postoperatorio inmediato. El resultado anatomopatológico confirmó la estirpe del tumor. 20 días más tarde, el paciente camina sin muletas y la **clínica compresiva ha desaparecido**.

## DISCUSIÓN

El **impingement isquiofemoral** se produce por una disminución del espacio entre el trocánter menor y la tuberosidad isquiática que condiciona un **atrapamiento intermitente del músculo cuadrado femoral**. La clínica es inespecífica, pudiendo provocar dolor de cadera, en región glútea o paraestésias por compresión del nervio ciático; por lo que las pruebas de imagen son fundamentales. La resonancia magnética pone de manifiesto edema del músculo que puede evolucionar con el tiempo a atrofia e infiltración grasa.

**Menos del 8% de los osteochondromas** se sitúan en fémur proximal, y su localización en esta región constituye una causa poco frecuente de pinzamiento isquiofemoral que justifica plantear una actitud quirúrgica.