

Síndrome de Pinzamiento Isquiofemoral: ¿pensamos los reumatólogos suficientemente en él?

Ischiofemoral impingement syndrome: do rheumatologists think sufficiently about it?

Adrián Mayo-Juanatey¹, Luís García-Ferrer², Aránzazu Ballester-Suárez³, Elia Valls-Pascual¹, Carlos Valera-Ribera¹, Pablo Andújar-Brazal¹, Eduardo Flores-Fernández¹, Ignacio Vázquez-Gómez¹, Àngels Martínez-Ferrer¹, Desamparados Ybañez-García¹, Joaquín Lacasa Molina¹, Alida Taberner Cortés¹, Juan José Alegre-Sancho¹

¹ Servicio de Reumatología. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia, España.

² Servicio de Radiodiagnóstico. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia, España.

³ Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Universitari Doctor Peset. Valencia, España.

RESUMEN

El dolor glúteo es un motivo frecuente de consulta médica en la práctica clínica diaria. Las causas son muy variadas, pudiéndonos encontrar entre aquellas que forman parte de su diagnóstico diferencial el síndrome de pinzamiento isquiofemoral. Éste, incluido actualmente dentro de los síndromes de glúteo profundo, es consecuencia del atrapamiento de las estructuras neuromusculares englobadas entre el trocánter menor y la tuberosidad isquiática, lo que ocasiona un cuadro de dolor en la raíz del

miembro inferior, con irradiación hacia el muslo o hacia región glútea, y mala tolerancia a la deambulación y a la sedestación. La prueba diagnóstica fundamental es la resonancia magnética de cadera, y su manejo suele ser médico de entrada. A pesar de no ser una entidad frecuente en las consultas de Reumatología, tener esta patología en mente ayuda a mejorar su pronóstico, al poder ofrecer un tratamiento adecuado y precoz.

ABSTRACT

Gluteal pain is a frequent cause of medical attention in the daily clinical practice. It can be caused by multiple pathologies, being ischiofemoral impingement syndrome among those included in its differential diagnosis. Encompassed within the deep gluteal syndromes, this entity occurs as a consequence of the entrapment of the neuromuscular structures between the lesser femoral trochanter and the ischial tuberosity, causing pain in the root of the

lower limb, with irradiation towards the thigh or the gluteal region and having poor tolerance to deambulation and sedestation. The magnetic resonance imaging of the hip is fundamental for its diagnosis, and its management consists on medical treatment at onset. Despite not being a frequent diagnosis in the clinical practice in Rheumatology, keeping it in mind helps improving its prognosis by establishing an early and adequate treatment.

INTRODUCCIÓN

El dolor glúteo es un motivo frecuente de consulta médica, siendo su diagnóstico diferencial amplio debido a la variada etiología que puede ocasionarlo. Puede ser debido a causas mecánicas o a causas inflamatorias, ya sean procesos locales o sistémicos¹, tener su origen en glúteo o provenir del raquis.

Una de estas causas, en las que raramente se piensa ante una clínica de este tipo, es el síndrome de pinzamiento isquiofemoral. Éste se caracteriza por la aparición de dolor a nivel posterior y medial de la raíz del miembro inferior, provocado por una reducción en el espacio existente entre el trocánter menor y la tuberosidad isquiática, originando un pinzamiento de las estructuras cercanas¹.

A continuación, presentamos un caso clínico de pinzamiento isquiofemoral diagnosticado en nuestro hospital.

CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una mujer de 72 años, entre cuyos antecedentes destacan la presencia de lumbalgia crónica secundaria a cambios degenerativos avanzados y artrosis erosiva bilateral de manos en seguimiento por el servicio de Reumatología, que consulta en Urgencias hospitalarias por un cuadro de dolor glúteo izquierdo con irradiación hacia el resto del miembro inferior ipsilateral, con limitación funcional importante y mala tolerancia a la deambulación y a la sedestación prolongada, de 1 mes de evolución.

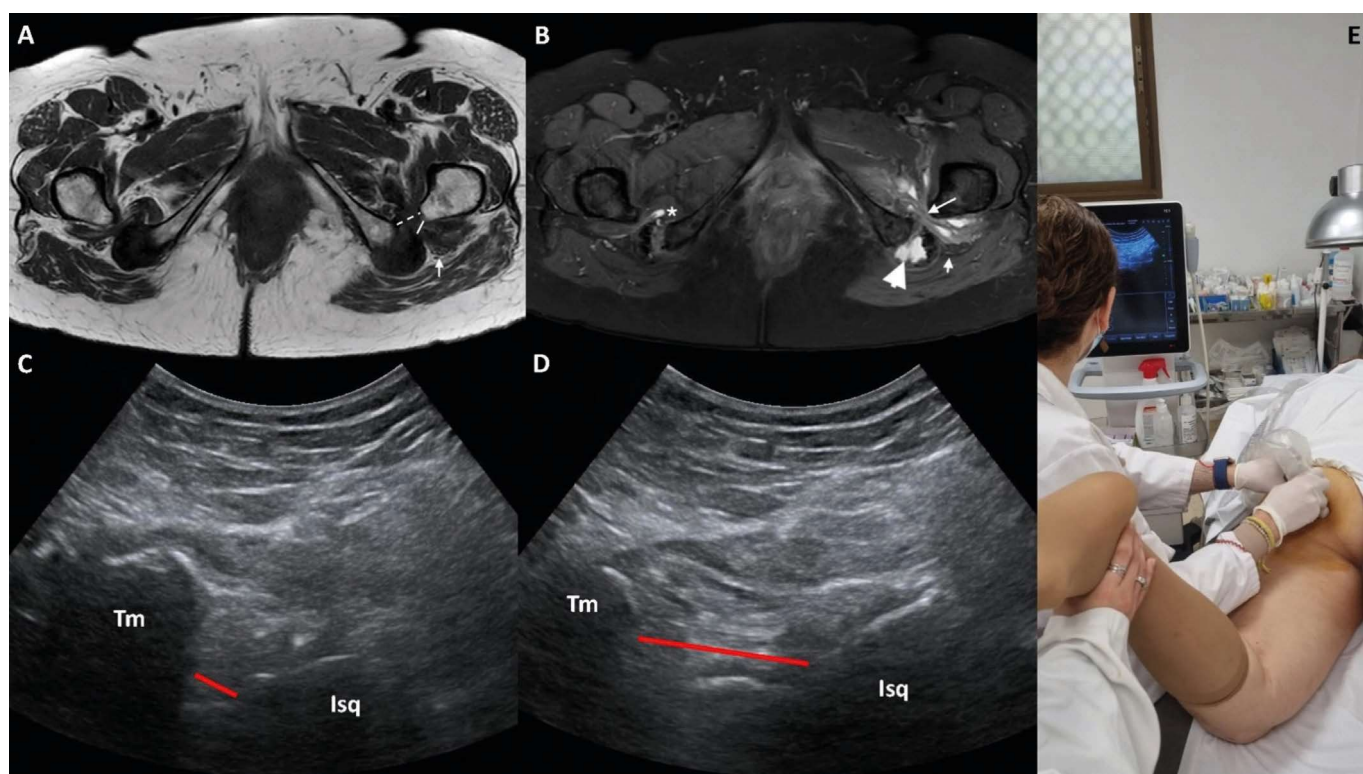


Figura 1. A) Imagen potenciada en T1 obtenida en plano axial. Cómo se mide el espacio isquiofemoral (línea intermitente) y el espacio cuadrado femoral (línea fija). El nervio ciático (flecha pequeña) está adyacente a la región y puede ser afectado por los cambios inflamatorios locales. B) Imagen potenciada en STIR obtenida en plano axial. Disminución del espacio isquiofemoral (flecha larga), con edema significativo y láminas de líquido en músculo cuadrado femoral, comparativamente con el lado derecho (*). Avulsión de isquiotibiales (cabeza de flecha). El nervio ciático (flecha pequeña) está adyacente a la región y puede ser afectado por los cambios inflamatorios locales. C) Ecografía con cadera en rotación externa: se observa disminución del espacio isquiofemoral (línea roja), con pinzamiento de las estructuras englobadas entre trocánter menor (Tm) y tuberosidad isquiática (Isq). D) Ecografía con cadera en rotación interna: se observa aumento del espacio entre trocánter menor y tuberosidad isquiática. E) Realización de infiltración ecoguiada de glucocorticoides y anestésico local en cuadrado femoral. Se mantiene el miembro inferior en rotación interna para poder tener mejor acceso a dicho músculo.

En la exploración física realizada en Urgencias refieren dolor a la palpación de área glútea izquierda, junto con molestias con la rotación externa e interna de la cadera, y marcha dificultosa por el dolor. Las radiografías simples practicadas muestran cambios degenerativos a nivel lumbar y en ambas caderas. No presenta alteraciones significativas en las pruebas de laboratorio solicitadas. Desde el servicio de Urgencias, se pauta analgesia, aconsejando a la paciente consultar con Reumatología.

La paciente contacta telefónicamente con el servicio de Reumatología, y ante la persistencia del dolor pese al tratamiento pautado, se solicita una resonancia magnética lumbar y de caderas. En ella, aparte de confirmar los cambios degenerativos a nivel lumbar, se objetiva una avulsión de la inserción de la musculatura isquiotibial izquierda, junto con un pinzamiento isquiofemoral bilateral grave, de predominio izquierdo, con significativa repercusión sobre el músculo cuadrado femoral izquierdo, que muestra importante edematización y atrofia, así como la presencia de colección en dicha localización (Figuras 1A y 1B). Ante los hallazgos observados en la resonancia, se deriva a la paciente al servicio de Rehabilitación para valorar inicio de tratamiento por su parte.

Una vez en la consulta de Rehabilitación, se explora de nuevo a la paciente, presentando dolor a la extensión, rotación externa y aducción de la cadera izquierda, con alivio parcial del dolor al realizar la abducción de dicho miembro. No presenta dolor al estiramiento de la musculatura isquiotibial ni a la palpación de isquion, por lo que se descarta la avulsión de isquiotibiales como causa del cuadro clínico. Se comprueba mediante ecografía dinámica de cadera la aparición de pinzamiento isquiofemoral al realizar la rotación externa de la cadera (Figuras 1C y 1D), no observándose colecciones en ese momento, y se decide realizar infiltración ecoguiada de betametasona y mepivacaína a nivel del músculo cuadrado femoral izquierdo (Figura 1E), con rápido alivio del dolor de la paciente. Tras esto, se pauta nueva analgesia y se indican 10 sesiones de fisioterapia con el objetivo de estirar y potenciar la musculatura glútea e isquiotibial.

DISCUSIÓN

El síndrome de pinzamiento isquiofemoral es un diagnóstico poco extendido entre los reumatólogos. Tras revisar la literatura publicada sobre este tema en los últimos 10 años, solo

2 estudios fueron publicados en revistas especializadas de Reumatología.

Es un síndrome provocado por fricción de diferentes estructuras anatómicas, consecuencia de la disminución del espacio isquiofemoral (delimitado por el trocánter menor y la tuberosidad isquiática), uno de los posibles puntos de pinzamiento en pelvis ósea². Esto genera un rozamiento excesivo u anómalo entre dichas estructuras, llegando a causar un atrapamiento o pinzamiento intermitente del músculo cuadrado femoral, causando edema, atrofia o incluso a veces rotura del mismo^{3,4}, originando la clínica.

Su etiología y su fisiopatología no son del todo conocidas. Inicialmente fue descrito por Johnson en 1977 en pacientes con coxalgia persistente tras cirugía de reemplazo protésico de cadera, aunque posteriormente se ha evidenciado en pacientes que han sufrido una fractura intertrocanterea, tras una osteotomía pélvica correctora, o en pacientes con artrosis de cadera^{5,6}. Sin embargo, se ha visto que la mayoría de casos son de causa primaria o idiopática⁷. Puede haber afectación bilateral en un 25% de los casos². Además, se han descrito casos de pacientes con reducción del espacio isquiofemoral sin clínica, o pacientes con pinzamiento bilateral que presentan clínica solamente en un miembro⁷.

Su prevalencia es desconocida, disponiéndose sólo de series con pocos casos publicados. Al igual que en nuestro caso, la mayoría de pacientes son mujeres, lo que puede estar en relación a la disposición anatómica de la pelvis femenina, que presenta tuberosidades isquiáticas más prominentes². También se ha visto en pacientes con debilidad de musculatura abductora (ocasionando un pinzamiento dinámico del espacio), o con disimetrías de miembros inferiores¹.

Clínicamente, y a diferencia de nuestro caso, los pacientes presentan dolor a nivel posteromedial en la raíz del miembro inferior, asociando irradiación del dolor hacia muslo o hacia glúteo con frecuencia⁸. Si bien es cierto que algunos autores describen la clínica como dolor de cadera^{2,4,5}, es habitual que los pacientes lo refieran como un dolor glúteo, englobándose actualmente en la literatura dentro de los síndromes de glúteo profundo^{8,9,10}. Al igual que con nuestra paciente, el dolor empeora con la rotación externa, la aducción y la extensión de la cadera, limitando sus movimientos, siendo especialmente mal tolerada la marcha y la sedestación, buscando una posición antiálgica con frecuencia⁸. Los pacientes pueden desarrollar un cuadro agudo (por acúmulo de edema e inflamación en las estructuras anatómicas incluidas) o crónico (debido a la aparición de tejido fibroso que atrapa al nervio ciático), evolucionando durante meses-años^{8,9}.

Debe realizarse un diagnóstico diferencial con patologías que producen clínica similar, como son la rotura de tendón de psoas, la radiculopatía lumbar, la tendinopatía de isquiotibiales o de aductores, o la rotura de cuadrado femoral, así como otras causas de dolor inguinal (bursitis y osteítis de cadera, sinfisitis, atrapamiento del nervio ciático o del nervio pudendo, entre otros)^{2,5,11}.

Al explorar a estos pacientes, debemos conocer 2 maniobras exploratorias que sugieren la presencia de pinzamiento isquiofemoral:

- **Test de pinzamiento isquiofemoral**¹⁰: esta maniobra es positiva cuando el paciente presenta dolor a la extensión, rotación externa y aducción forzada de la cadera, mejorando el dolor con la abducción. Con esta maniobra, se consigue comprobar el espacio dinámico existente entre el isquion y el trocánter menor^{3,11,12}, e incluso su positividad se ha correlacionado con la presencia de pinzamiento en las pruebas de imagen¹².
- **Test de la marcha con grandes zancadas**⁵: al obligar al paciente a realizar grandes zancadas, se reproduce el dolor en región lateral a la tuberosidad isquiática con la extensión final de la cadera durante la marcha, mejorando el dolor al realizar pasos más cortos.

La resonancia magnética de cadera es la prueba de referencia para observar la disminución del espacio isquiofemoral¹². Se considera la existencia de pinzamiento cuando el espacio isquiofemoral es menor de 23 (\pm 8) cm, o bien cuando la anchura del músculo cuadrado femoral es menor de 12 (\pm 4) cm^{5, 8}. No obstante, existe controversia con el uso de estos valores de referencia^{1,11}, dado que este espacio es muy variable según el ciclo de la marcha y la posición del paciente durante la prueba de imagen, y además la resonancia magnética suele sobreestimar su medida, por lo que la exploración del paciente resulta fundamental en el diagnóstico de esta patología. Tal y como observamos en nuestro caso, también se puede encontrar alteración de señal del músculo cuadrado femoral por edema o ruptura de fibras, infiltración grasa en casos de pinzamientos crónicos, o tendinopatía insercional de isquiotibiales o iliopsoas^{2,9,11}. Además, se puede realizar ecografía dinámica de cadera para corroborar el pinzamiento del espacio isquiofemoral con el cambio de posición del miembro inferior, así como para valorar si la clínica del paciente es debida a pinzamiento o a otras causas¹¹.

En cuanto al tratamiento, de entrada se suele optar por un manejo médico, indicándose reposo relativo y evitar actividades que reproduzcan la clínica, uso de analgésicos o antiinflamatorios, infiltraciones tanto de glucocorticoides como de anestésicos locales o incluso de toxina botulínica, y tratamiento fisioterapéutico con el objetivo de fortalecer abductores o de reeducar al paciente para limitar la amplitud de la zancada con la marcha^{5,7,9}. Sin embargo, una parte de los pacientes suele presentar escasa respuesta, por lo que en caso de persistencia de la clínica, está indicado el tratamiento quirúrgico definitivo mediante diferentes técnicas, entre las que se encuentran la resección o distalización del trocánter menor, la isquioplastia o la osteotomía femoral^{2,5,11}.

CONCLUSIÓN

A pesar de no ser una patología frecuente en nuestra práctica clínica diaria, los reumatólogos debemos considerar el síndrome de pinzamiento isquiofemoral en pacientes con

dolor glúteo irradiado, puesto que el pronóstico va a depender de la agilidad en el diagnóstico y la correcta derivación del paciente para poder ofrecerle un tratamiento adecuado y precoz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Khoury AN, Hatem M, Bowler J, Martin HD. Hip-spine syndrome: rationale for ischiofemoral impingement, femoroacetabular impingement and abnormal femoral torsion leading to low back pain. *J Hip Preserv Surg.* 2020;7(3):390-400.
2. López-Sánchez MC, Armesto Pérez V, Montero Furelos LÁ, Vázquez-Rodríguez TR, Calvo Arrojo G, Díaz Román TM. Ischiofemoral impingement: hip pain of infrequent cause. *Reumatol Clin.* 2013;9(3):186-7.
3. O'Brien SD, Bui-Mansfield LT. MRI of quadratus femoris muscle tear: another cause of hip pain. *AJR Am J Roentgenol.* 2007;189(5):1185-9.
4. Seijo Rodríguez R, Fernández Blanco M, Afonso Centeno AM, Barreiro Villalustre S, Vieito Fuentes JM, Arias González M. Pinzamiento isquiofemoral: evaluación mediante RM. SERAM [Internet]. 22 de noviembre de 2018 [citado 15 de enero de 2023];. Disponible en: <https://piper.espacio-seram.com/index.php/seram/article/view/535>
5. Martin HD, Khoury A, Schröder R, Palmer IJ. Ischiofemoral impingement and hamstring syndrome as causes of posterior hip pain: Where do we go next? *Clin Sports Med.* 2016;35(3):469-86.
6. Johnson KA. Impingement of the lesser trochanter on the ischial ramus after total hip arthroplasty. Report of three cases. *J Bone Joint Surg Am.* 1977 Mar;59(2):268-9.
7. Papavasiliou KA, Stamiris D, Stamiris S, Bintoudi A, Tsiridis E. Quadratus femoris partial tear secondary to occult ischiofemoral impingement. *J Orthop Case Rep.* 2021;11(9):7-11.
8. Hernando MF, Cerezal L, Pérez-Carro L, Abascal F, Canga A. Deep gluteal syndrome: anatomy, imaging, and management of sciatic nerve entrapments in the subgluteal space. *Skeletal Radiol.* 2015;44(7):919-34.
9. Carro LP, Hernando MF, Cerezal L, Navarro IS, Fernandez AA, Castillo AO. Deep gluteal space problems: piriformis syndrome, ischiofemoral impingement and sciatic nerve release. *Muscles Ligaments Tendons J.* 2016;6(3):384-96.
10. Ballester Suárez A, Ribera Odena E. Sacroilíacas y síndrome del glúteo profundo. *Espaciodolor.* 2022;5(1):25-9.
11. Gabrielli AS, Tisherman RT, Curley AJ, Mauro CS, Arner JW. Open ischiofemoral impingement decompression. *Arthrosc Tech.* 2022;11(7):e1149-55.
12. Li Y-P, Li G-P, Liu K, Zhao F, Zhao J-J, Wang G-N, et al. Interpretation of ischiofemoral impingement via a clinical test using hip triaxial dynamic magnetic resonance imaging. *Quant Imaging Med Surg.* 2022;12(1):384-94.