

# SEGURIDAD EN LAS TÉCNICAS DE FISIOTERAPIA TRAS ARTROSCOPIA DE CADERA POR CHOQUE FEMOROACETABULAR

VINUESA MONTOYA, SERGIO. Fisioterapeuta Centro de Salud de Roquetas Sur. Distrito Sanitario Poniente de Almería.  
SALINAS SALINAS, GUILLERMO JOSÉ. Fisioterapeuta Centro de Salud de Roquetas Sur. Distrito Sanitario Poniente de Almería  
GARCIA FORTES, YOLANDA. Fisioterapeuta Centro de Salud de Vicar . Distrito Sanitario Poniente de Almería

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha detectado un importante aumento del número de pacientes jóvenes adultos diagnosticados de Choque Femoroacetabular en los que se lleva a cabo cirugía por artroscopia de cadera.

Es una patología descrita muy recientemente que ha pasado desapercibida durante años mal diagnosticada.

Existe poca bibliografía sobre tratamientos de fisioterapia para esta patología, por lo que vemos la necesidad de ahondar en la valoración de las técnicas fisioterapéuticas usadas, con el objetivo de establecer unos principios básicos de seguridad en la realización de las mismas.

## METODOLOGÍA Y RESULTADOS

Se ha realizado una revisión bibliográfica a través de la Biblioteca Virtual del SSPA.

Tras esta revisión se han identificado algunos principios básicos de seguridad que se deben seguir en los diferentes tipos de cirugía artroscópica de cadera:

- 1 Limitación de ciertos movimientos para permitir la cicatrización de los tejidos blandos.
- 2 Controlar el hinchazón y dolor impidiendo la atrofia muscular y la limitación de los movimientos.
- 3 Iniciar la amplitud de movimiento precozmente.
- 4 Iniciar una carga parcial, aumentándola gradualmente en forma específica para cada tipo de cirugía realizada.
- 5 Iniciar el control neuromuscular precozmente y también la actividad muscular.
- 6 Fortalecer la extremidad inferior en forma paulatina, así como recuperar la propiocepción del miembro operado.
- 7 La rehabilitación y el reacondicionamiento cardiovascular.
- 8 El entrenamiento personalizado para el retorno al deporte específico.



## OBJETIVOS

- Conocer las técnicas básicas comunes a realizar en el postoperatorio inmediato tras artroscopia.
- Valorar la calidad de las técnicas de fisioterapia actuales tras artroscopia de cadera por choque femoroacetabular.
- Abrir una línea de investigación con respecto a esta afección.

Se han detectado algunos aspectos de seguridad a tener en cuenta en las fases principales de la fisioterapia:

### FASE 1 MOVILIDAD Y PROTECCIÓN

La cicatrización de los tejidos blandos, el restablecimiento de la amplitud de movimientos con restricciones y mejoría del dolor, la inflamación y el control muscular son los objetivos de esta fase. Durante esta fase habría que evitar las maniobras forzadas de rotación, tanto interna como externa.

### FASE 2 ESTABILIZACIÓN Y MARCHA

Los ejercicios de estabilización de la fase 2 podrán iniciarse simultáneamente con los ejercicios de la fase 1 y se mantienen con las precauciones correspondientes. Las precauciones quirúrgicas ya discutidas son innecesarias en esta fase, pero hay que insistir en el patrón de marcha normal, buena estabilidad y control muscular con los movimientos.

### FASE 3 READAPTACIÓN FUNCIONAL Y DEPORTIVA

Se tienen que continuar corrigiendo los desequilibrios musculares y las anomalías de la marcha. Antes de avanzar para la próxima fase, el paciente no deberá sentir dolor, tendrá que tener amplitud total de movimientos y marcha normal.

## CONCLUSIONES

- Importancia del conocimiento de técnicas fisioterápicas aplicadas con seguridad para evitar complicaciones en la evolución de estos pacientes, que pudieran influir negativamente en los resultados del tratamiento.
- A pesar de estas consideraciones, se necesitarían más estudios para valorar la seguridad de las técnicas de fisioterapia utilizadas en las distintas fases de recuperación.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ganz R, Parvizi J, Beck M, Leunig M, Notzli H, Siebenrock K.A. Femoroacetabular impingement: A cause for osteoarthritis of the hip. Clin Orthop Relat Res. 2003; 417:112-20.
2. Espinosa N, Rothenfluh DA, Beck M, Ganz R, Leunig M. Treatment of femoro-acetabular impingement: Preliminary results of labral refixation. J Bone Joint Surg (Am). 2006; 88:925-35.
3. Philippon MJ, Schenker M. Femoroacetabular impingement in 45 professional athletes: Associated pathologies and return to sport following arthroscopic decompression. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2007; 15:908-14.
4. Notzli HP, Wyss TF, Stoecklin CH, Schmid MR, Treiber K, Hodler J. The contour of the femoral head-neck junction as a predictor for the risk of anterior impingement. J Bone Joint Surg (Br). 2002; 84:556-60.
5. Parvizi J, Leunig M, Ganz R. Femoroacetabular impingement. J Am Acad Orthop Surg. 2007; 15:561-70.
6. Warner S, Hofstetter W, Chiquet M, Mainil-Varlet P, Stauffer E, Ganz R, et al. Early osteoarthritic changes of human femoral head cartilage subsequent to femoro-acetabular impingement. Osteoarthr Cartil. 2003; 11:508-18.
7. Philippon MJ, Maxwell RB, Johnston TL, Schenker M, Briggs K.K. Clinical presentation of femoroacetabular impingement. Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc. 2007; 15:1041-7.
8. Beall DP, Sweet CF, Martin HD, Lastine CL, Grayson DE, Ly JQ, et al. Imaging findings of femoroacetabular impingement syndrome. Skeletal Radiol. 2005; 34:691-701.