

# Tratamiento quirúrgico del Conflicto del Iliopsoas



MEDIKUNTZA  
ETA ERIZAINNTZA  
FAKULTATEA  
FACULTAD  
DE MEDICINA  
Y ENFERMERÍA

*Jorge Cuadilla Arsuaga*

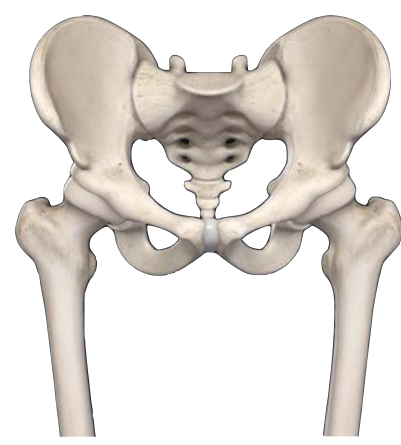
Unidad de Cadera, Hospital Universitario Araba  
Unidad de Cirugía Artroscópica, Hospital Vithas Vitoria  
Profes. Asociado Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea



Unidad de Cirugía Artroscópica  
Arthroscopic Surgery Unit







# Introducción

10:00-10:55 h  
CADERA

MESA REDONDA  
¿Cómo resolver los conflictos de espacio  
en la cadera?  
*Moderador: Oliver Marín-Peña (Madrid)*

Tradicionalmente ha sido descrito como causa de dolor inguinal en pacientes tras PTC

- Poste et al (1975) y por Lequesne et al (1991) (1,2).

Forma extrarticular de conflicto alrededor de la articulación de la cadera en pacientes no protetizados (3, 4).

➔ **Patron diferente de lesion labral, localizado anteriormente y que no se extiende a la region anterosuperior del acetabulo**



1. Postel M. [Painful prosthesis. I. Possible causes] Rev. Chir. Orthop. Reparatrice Appar. Mot. 1975;61(2):57–61

2. Lequesne M, Dang N, Montagne P, Lemoine A, Witvoet J. [Conflict between psoas and total hip prosthesis] Rev. Rhum. Mal. Osteoartic. 1991;58:559–564

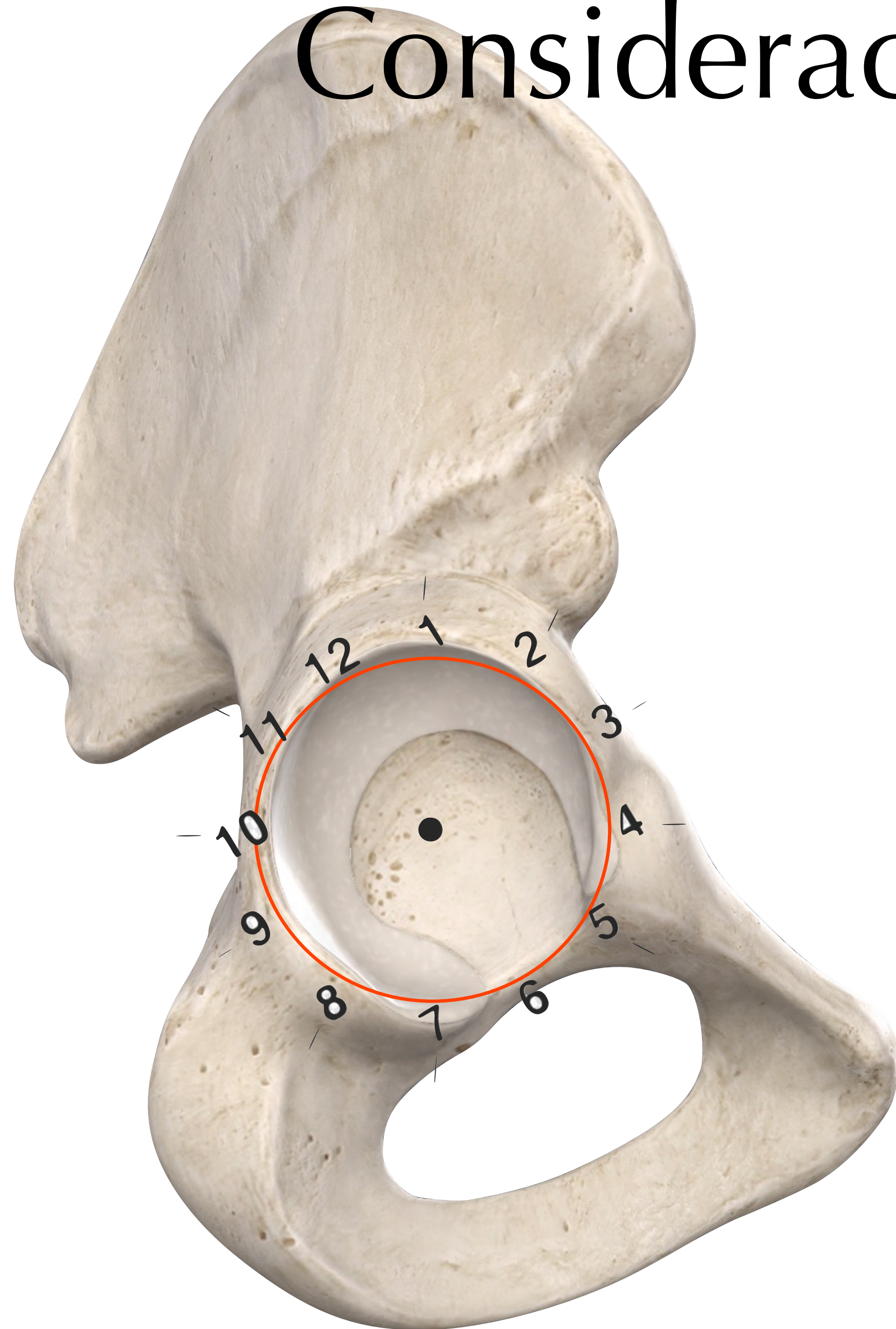
3. Alpert JM, Kozanek M, Li G, et al. Cross-sectional analysis of the iliopsoas tendon and its relationship to the acetabular labrum: an anatomic study. Am J Sports Med 2009; 37: 1594–1598

4. Domb BG, Shindle MK, McArthur B, et al. Iliopsoas impingement: a newly identified cause of labral pathology in the hip. HSS J 2011; 7: 145–150

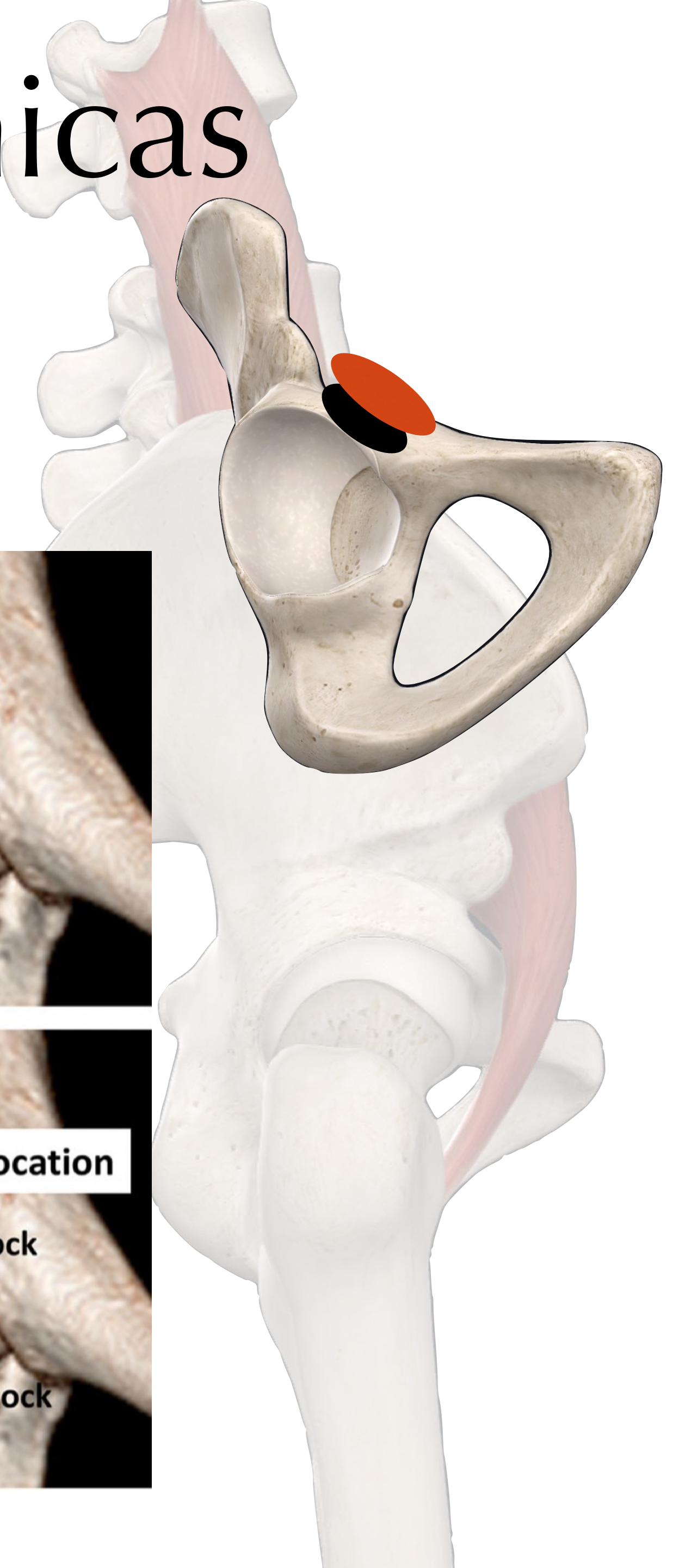
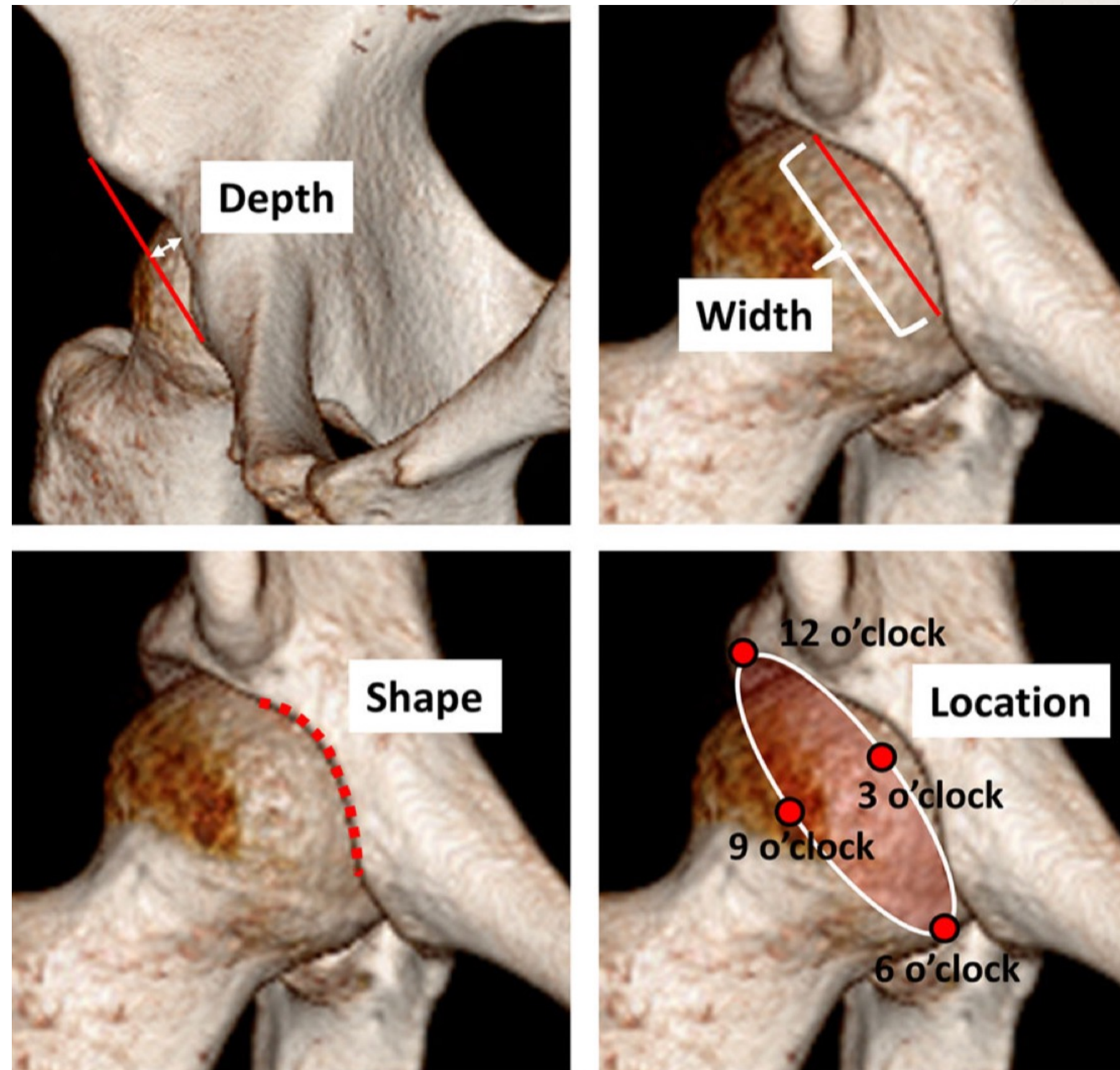
5. Itay Perets, M.D., David E. Hartigan, M.D., Edwin O. Chaharbakhshi, B.S., Lyall Ashberg, M.D., Brian Mu, B.A., and Benjamin G. Domb, M.D Clinical Outcomes and Return to Sport in Competitive Athletes Undergoing Art



# Consideraciones anatómicas



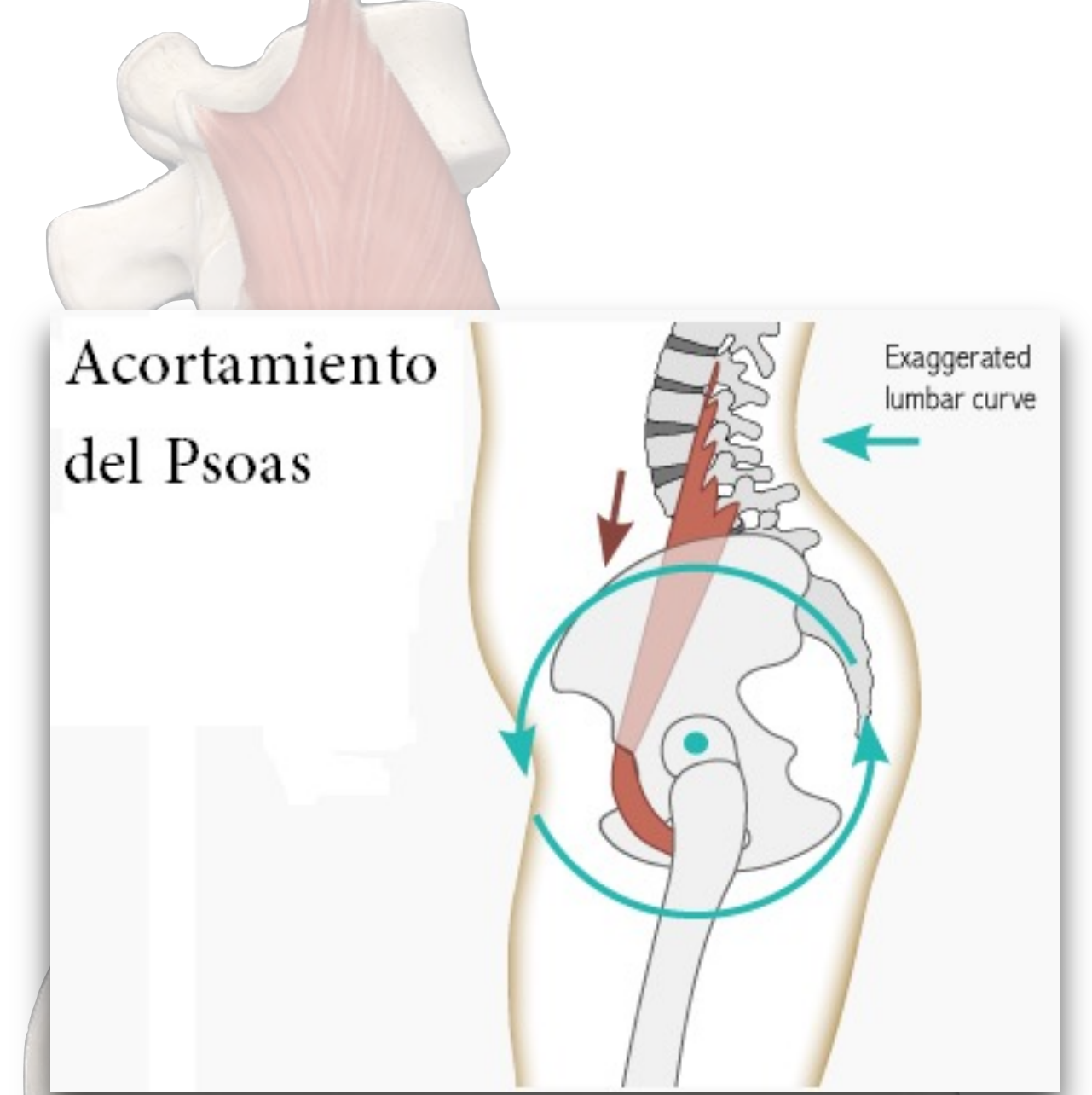
## Valle IP





# Causas

- Tensión / acortamiento del IP/Adherencias IP-Caps
- Tilt pelvico flexor
- Anteversión (displasia)
- Hiperplasia / hipertrofia del Iliocapsularis (displasia)



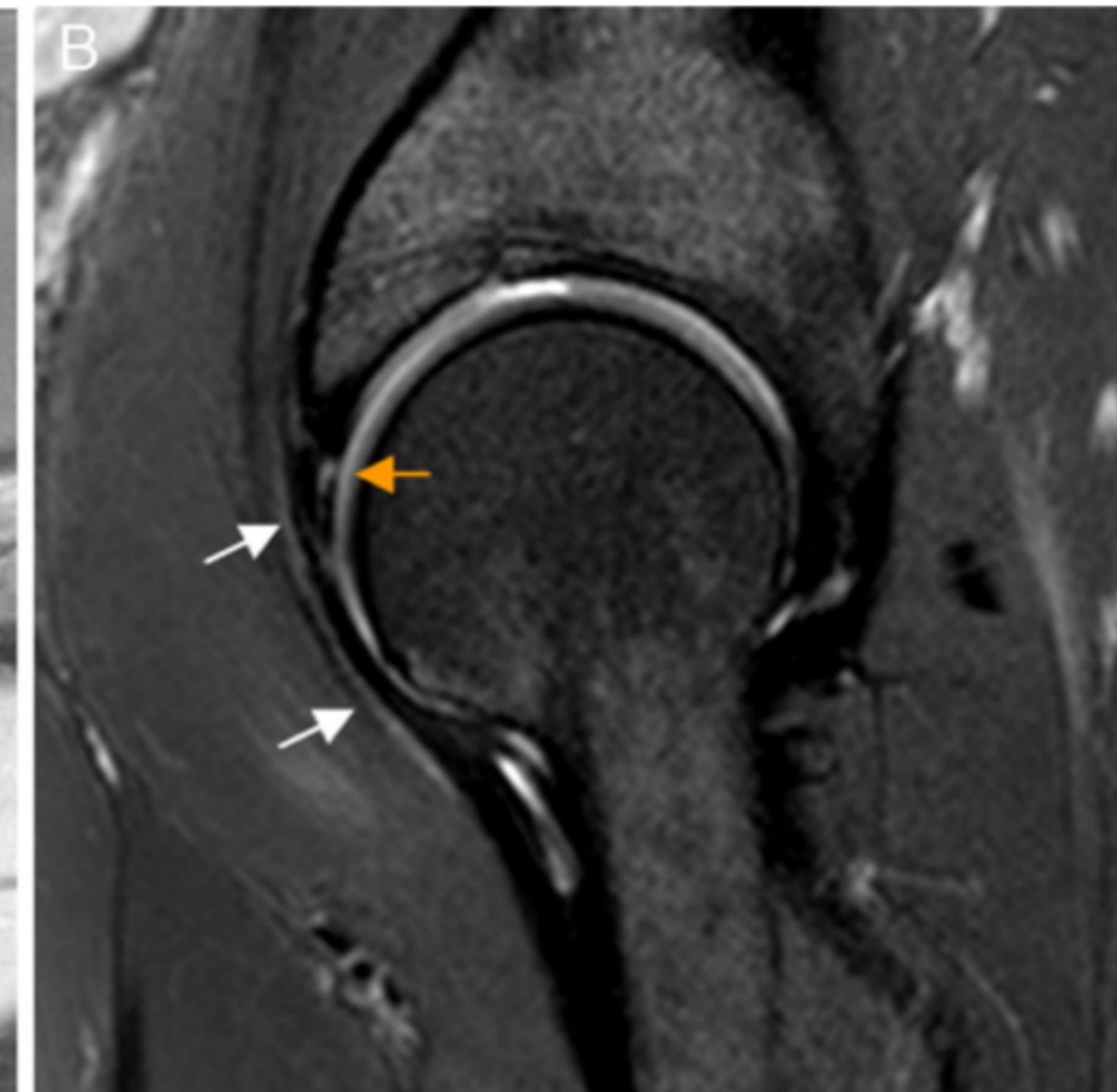
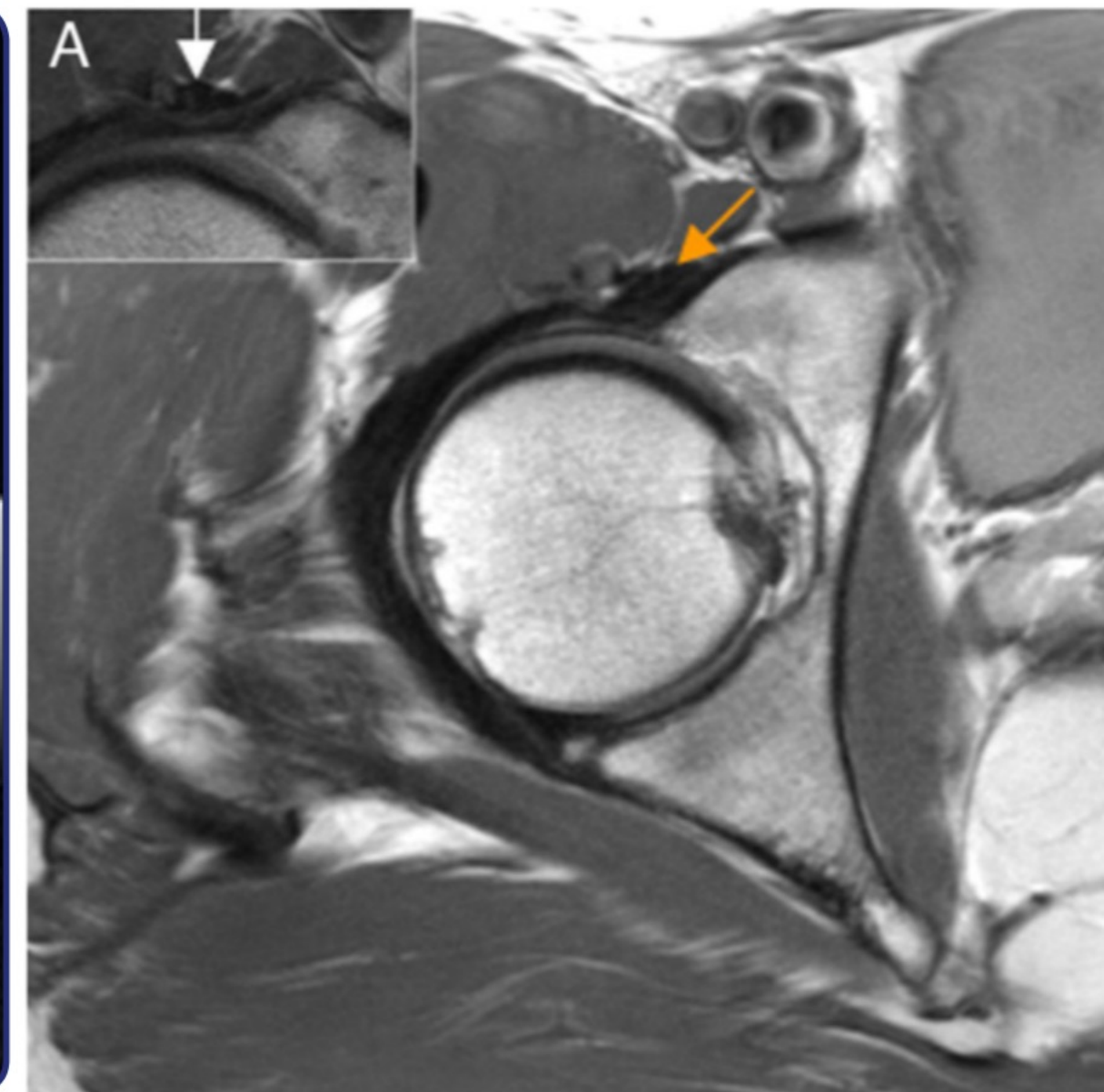
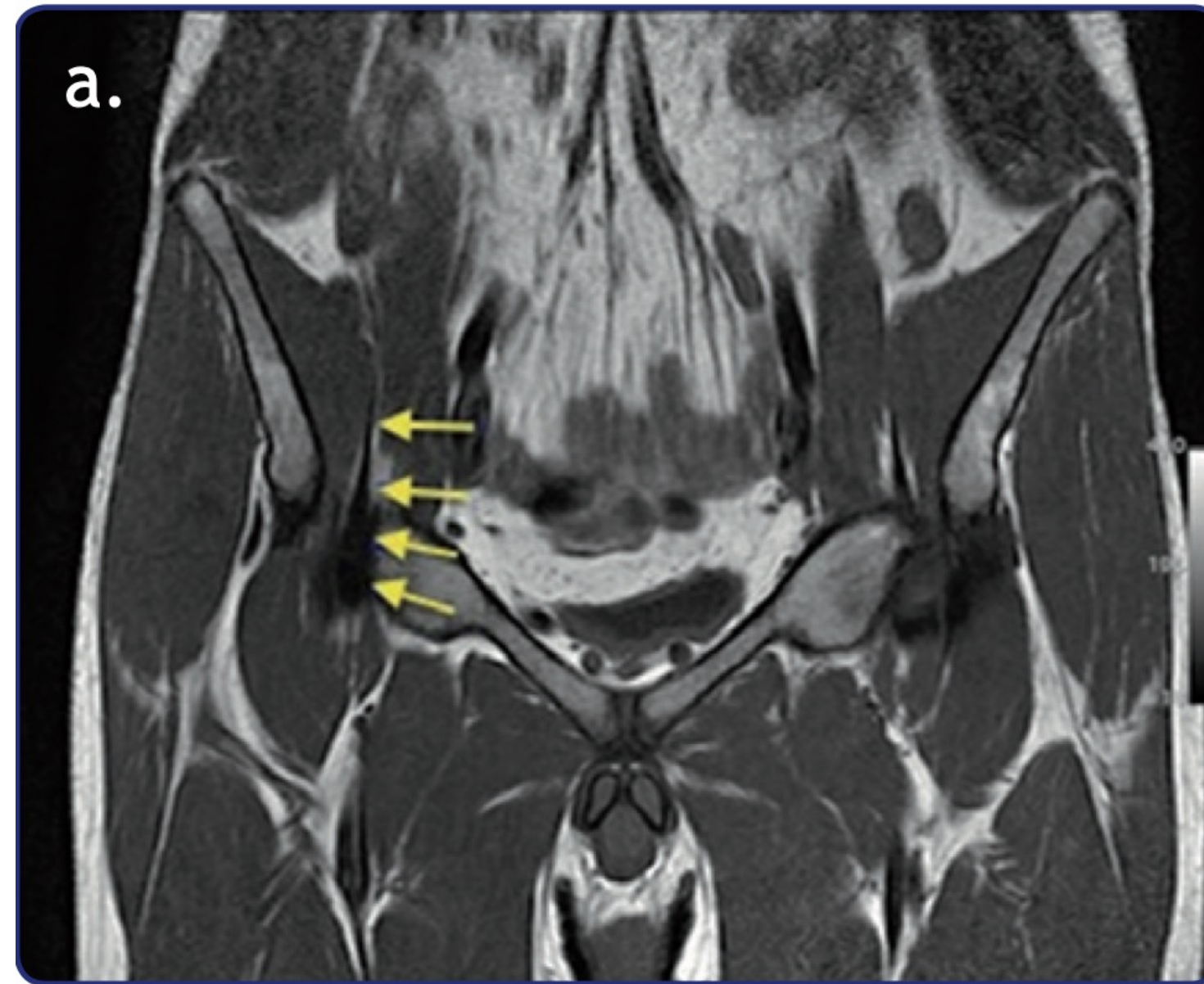
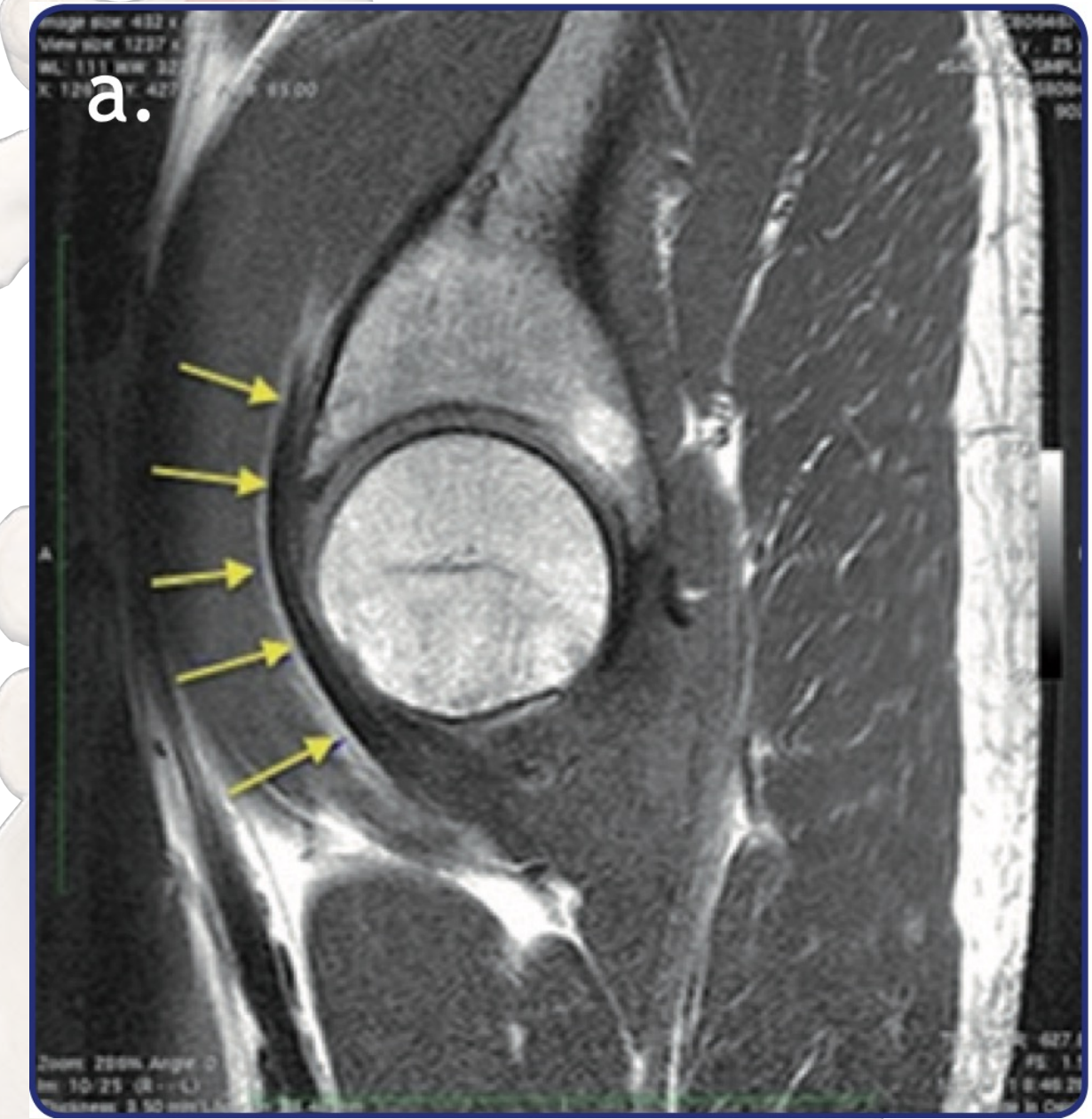
**Table 3.** Possible predisposing factors.

Factors	Explanation
<b>Age</b>	Common in young adults <sup>8,30</sup>
<b>Sex</b>	Common in females <sup>8,30</sup>
<b>Ethnicity</b>	African Americans have slarger iliopsoas than Caucasians <sup>31</sup>
<b>Activity</b>	Athletes are more commonly involved <sup>8,14,30</sup>
<b>Lesser trochanteric morphology</b>	Retroversion increases risk <sup>32</sup>
<b>The profile of the acetabulum and of the psoas valley</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Men have increased width of the psoas valley <sup>33</sup></li> <li>- Acetabular anteversion is approximately 15° in men compared with 19° in women<sup>34</sup></li> </ul>
<b>Simultaneous pathology</b>	Concomitant intra-articular pathologies increase risk <sup>35</sup>



# Imagen

- Rx (normal)
- Eco (FABER)
- RM
- Infiltraciones intrarticulares vs IP





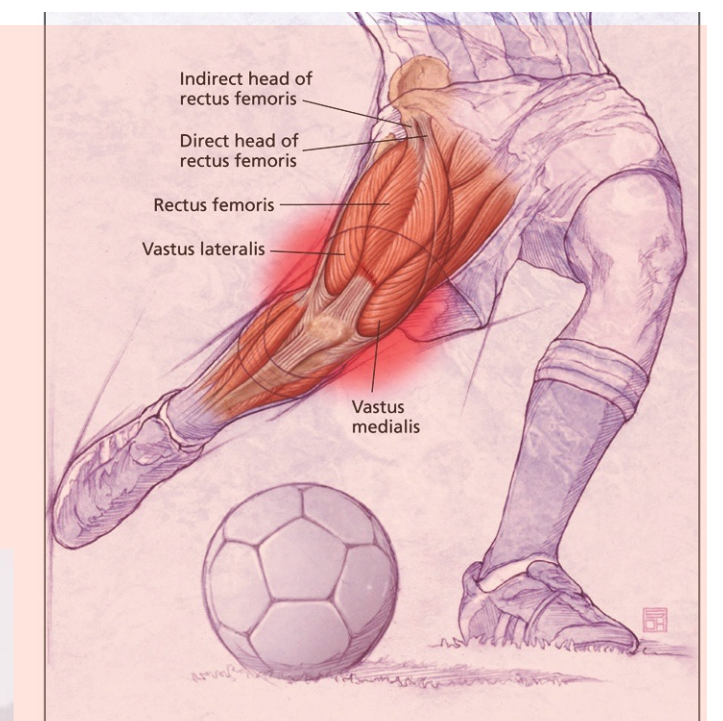
# Indicaciones de la Tenotomía IP

- Fisioterapia (elongación, control de la anteversión pélvica)
- AINES
- Infiltraciones ecoguiadas de corticoides

- Resorte interno **doloroso** tras agotar medidas conservadoras
- Conflicto IP diagnosticado clínicamente, con **lesiones anatómicamente características**

## ContraIndicaciones de la Tenotomía IP

- Ausencia de Conflicto IP
- Resorte interno NO doloroso
- Atletas que precisen **golpeo o sprints**





# Técnica Quirúrgica

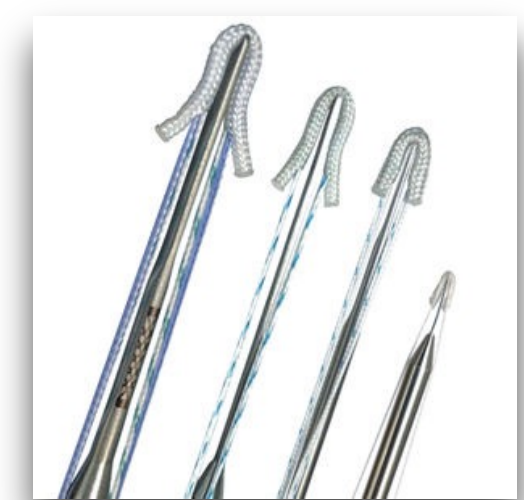
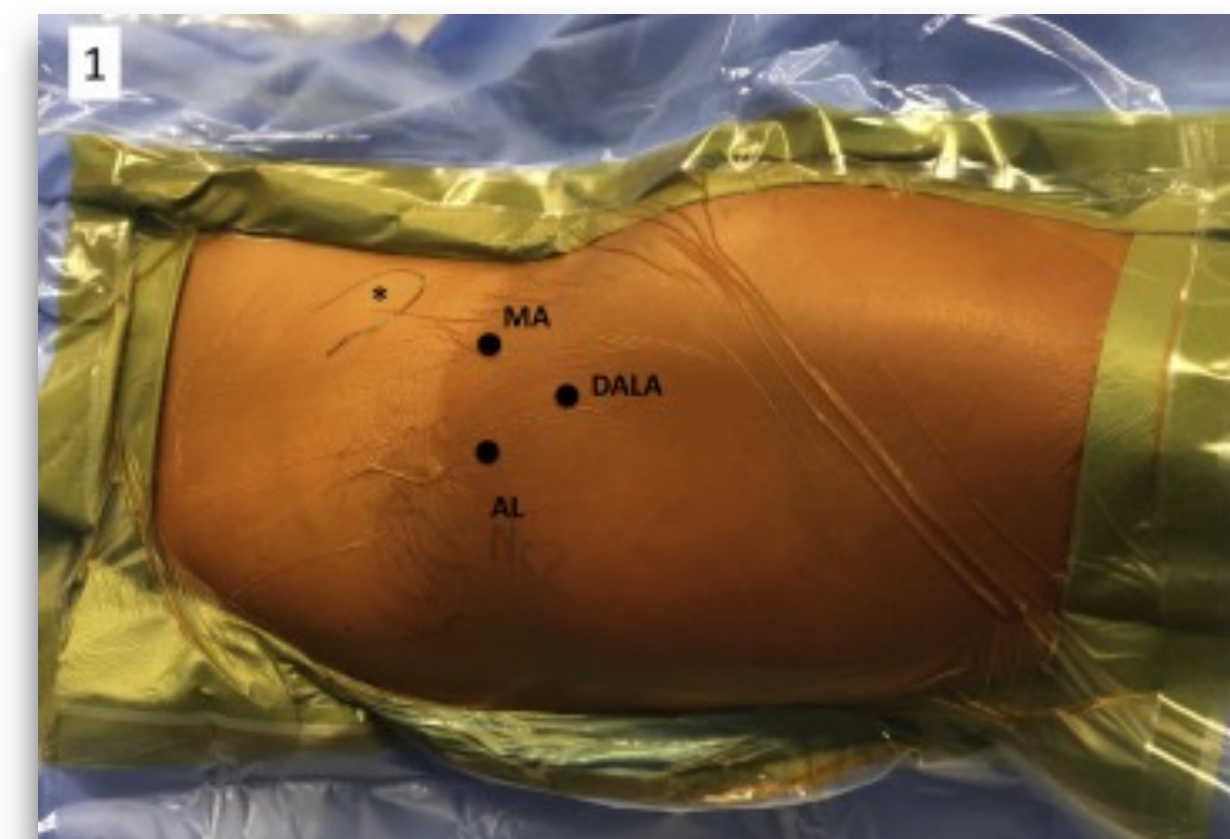
## Artroscopia de cadera estándar

- DSupino
- Tracción
- Portales AL, MidAnterior, DALA
- Capsulotomía MA—>AL (2h-10h)
- Artroscopia diagnóstica estándar

.....▶ LR, sinovitis, Clibres, lesiones labrales/condrales —> **Lesiones labrales a las 2-3**

.....▶ Gestión exquisita de la cápsula —> **Asociación con Displasia Borderline**

.....▶ Realizar la Tenotomía IP al **final del procedimiento**



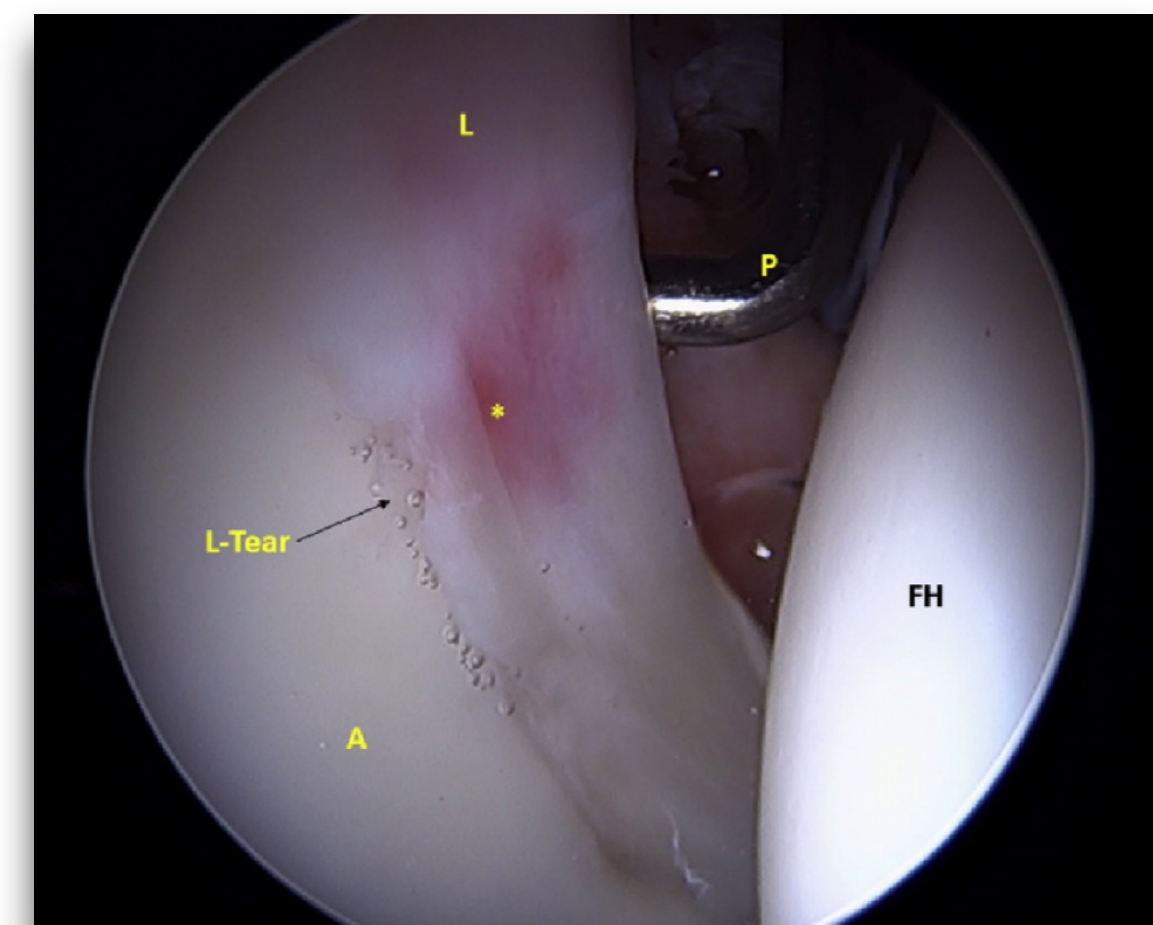
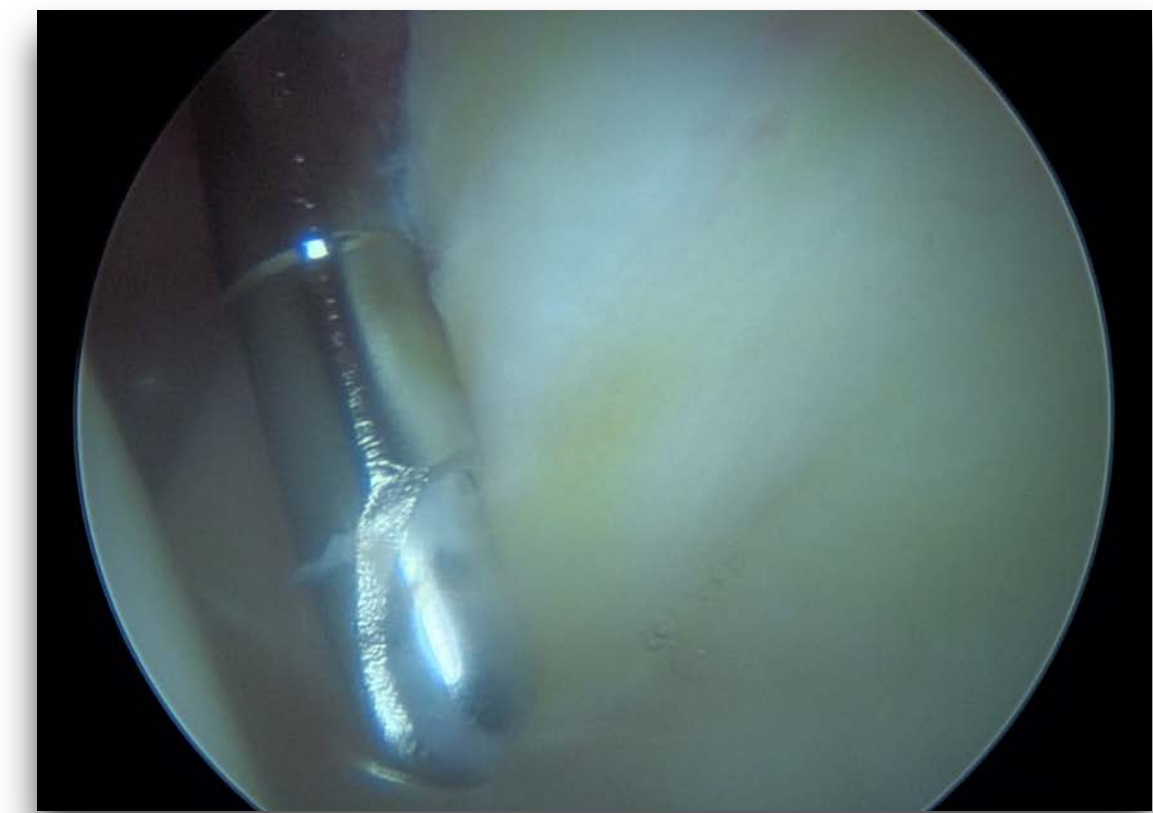


# Técnica Quirúrgica

## Artroscopia de cadera estándar



- Tipo de lesión labral:
  - Rotura y degeneración mucoide
  - Aspecto inflamado sin rotura





# Técnica Quirúrgica

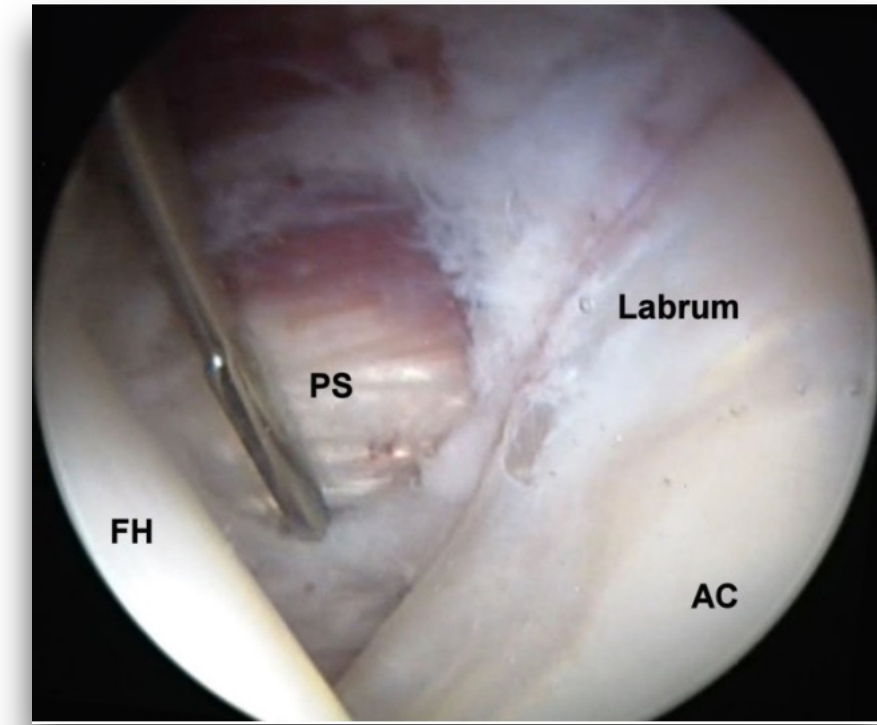
## Artroscopia de cadera estándar



- Visualización del Tendón

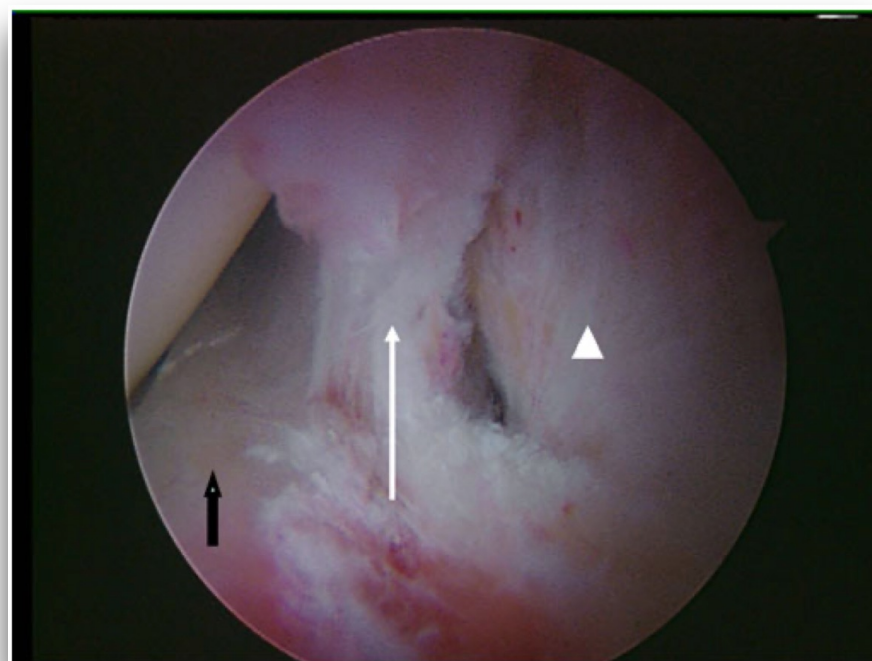
- En el compartimento central, bajo tracción, region anterior

- Confirmación de ausencia de IP bífidos (1) hasta 17,8% en una serie de casos



- Tenotomía de la parte tendinosa (50% a ese nivel): bisturí / vaporizador

- Cierre capsular reglado 3-4 puntos: 30°F —> extensión











UCA

Muchas Gracias  
Eskerrik Asko

*Jorge Guadilla Arsuaga*

[doctorjorgeguadilla@gmail.com](mailto:doctorjorgeguadilla@gmail.com)

@drjorgeguadilla

[www.ucaorthopedics.com](http://www.ucaorthopedics.com)