https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

ARTROSCOPIA Y OSTEOTOMÍA PERIACETABULAR BILATERAL SECUENCIAL EN UNA ADULTA JOVEN CON DISPLASIA ACETABULAR SINTOMÁTICA: REPORTE DE CASO

SEQUENTIAL BILATERAL HIP ARTHROSCOPY AND PERIACETABULAR OSTEOTOMY IN A YOUNG ADULT WITH SYMPTOMATIC ACETABULAR DYSPLASIA: A CASE REPORT

Aixa Y. Viva Caro (1), Catalina M. Ureta Ruiz (2), Valeria S. Hurtado Rivas (2), Alejandro J. Zylberberg Serman (3)(4), Agustina D. Zepeda Riobó (2), María T. Morales Retamales (2)

(1) Estudiante Medicina, Universidad de los Andes.
(2) Interna Medicina, Universidad de los Andes.
(3) Médico Cirujano, Pontificia Universidad Católica de Chile
(4) Especialista en Traumatología y Ortopedia, Universidad de los Andes.

Recibido el 07 de junio de 2026.
Aceptado el 14 de septiembre de 2026.
Publicado el 31 de octubre de 2026.
Correspondencia: María T. Morales Retamales
Correo: mtmorales1@miuandes.cl

Los autores declaran no tener conflictos de intereses en relación a este artículo. Sin fuentes de financiamiento.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Resumen

Introducción: La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) puede permanecer inadvertida hasta la adultez y asociarse a alteraciones intraarticulares que dificultan su manejo. Se presenta el caso de una paciente de 24 años, sin antecedentes mórbidos, con coxalgia bilateral mecánica de seis meses de evolución, de predominio izquierdo, y chasquidos coxofemorales de larga data. Al examen físico presentó FABER y FADIR positivos bilateralmente. La radiografía preoperatoria mostró morfología tipo CAM bilateral; en mediciones retrospectivas, el LCEA fue aproximadamente de 28° a derecha y 26° a izquierda, y el ángulo de Tönnis de 15° y 20°, respectivamente. La resonancia magnética mostró menor cobertura acetabular, con LCEA aproximado de 14°, además de ángulo alfa de 70° y desinserción del labrum anterosuperior. Se realizó tratamiento quirúrgico bilateral secuencial mediante artroscopia y osteotomía periacetabular tipo Ganz, priorizando la cadera izquierda. En esta se confirmó desinserción labral anterior y pérdida del offset femoral, realizándose reparación labral, femoroplastía y reorientación acetabular. Siete semanas después se intervino la cadera contralateral. La evolución fue favorable, con recuperación progresiva de la marcha, disminución marcada del dolor y retorno a actividades habituales, laborales y deportivas. Este caso destaca la importancia de integrar la evaluación clínica y las distintas modalidades de imagen en pacientes jóvenes con displasia acetabular y patología intraarticular concomitante, individualizando el tratamiento de sus componentes estructurales e intraarticulares.

Palabras clave: Displasia del Desarrollo de la Cadera; Pinzamiento Femoracetabular; Artroscopia; Osteotomía.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Abstract

Introduction: Developmental dysplasia of the hip (DDH) may remain undiagnosed until adulthood and may be associated with intra-articular abnormalities that complicate its management. We present the case of a 24-year-old woman with no relevant medical history who presented with a six-month history of bilateral mechanical hip pain, predominantly affecting the left side, and long-standing hip clicking. Physical examination revealed positive bilateral FABER and FADIR tests. Preoperative radiographs showed bilateral CAM-type morphology; retrospective measurements yielded an approximate lateral center-edge angle (LCEA) of 28° on the right and 26° on the left, with Tönnis angles of 15° and 20°, respectively. Magnetic resonance imaging showed decreased acetabular coverage, with an approximate LCEA of 14°, an alpha angle of 70°, and anterosuperior labral detachment. Sequential bilateral surgical treatment with hip arthroscopy and Ganz periacetabular osteotomy was performed, prioritizing the left hip. On the left side, anterior labral detachment and loss of femoral offset were confirmed, and labral repair, femoroplasty, and acetabular reorientation were performed. Seven weeks later, the contralateral hip was treated. The postoperative course was favorable, with progressive recovery of gait, marked pain reduction, and return to usual, occupational, and sports activities. This case highlights the importance of integrating clinical assessment with different imaging modalities in young patients with acetabular dysplasia and concomitant intra-articular pathology, while individualizing treatment of both structural and intra-articular abnormalities.

Keywords: Developmental Dysplasia of the Hip; Femoracetabular Impingement; Arthroscopy; Osteotomy.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

Introducción

La displasia del desarrollo de la cadera (DDC) comprende alteraciones estructurales caracterizadas por cobertura acetabular insuficiente, con modificación de la mecánica coxofemoral y aumento de cargas sobre el labrum y el cartílago. En adultos jóvenes puede manifestarse como dolor mecánico, limitación funcional y lesiones intraarticulares, asociándose a deterioro articular progresivo. Una mayor inclinación acetabular y la coexistencia de morfología CAM se han relacionado con mayor riesgo de progresión clínica y necesidad de tratamiento quirúrgico [1,2].

La displasia acetabular puede permanecer inadvertida hasta la adultez y su frecuencia varía según la población y el criterio radiográfico. En una cohorte de 3.869 adultos, Jang et al. observaron que la prevalencia radiográfica estimada variaba entre 2,5% y 20% según el parámetro y punto de corte utilizado [3], mientras que una revisión sistemática de 2024 estimó una prevalencia global de displasia radiográfica de 2,3% en población adulta asintomática [4]. En Chile, la información epidemiológica se concentra en población pediátrica; una revisión nacional reportó una incidencia aproximada de DDC de 3,9% en recién nacidos [5].

El diagnóstico en adultos requiere integrar clínica e imagenología. En radiografía anteroposterior de pelvis, el LCEA estima la cobertura superolateral y el ángulo de Tönnis la inclinación acetabular; un LCEA <25° sugiere cobertura insuficiente y un ángulo de Tönnis >10° mayor inclinación, aunque ningún parámetro aislado establece el diagnóstico o la indicación quirúrgica [6]. La técnica de adquisición, el posicionamiento y la modalidad de imagen pueden modificar estas mediciones [6–9]. Ante morfología CAM, el ángulo alfa complementa la evaluación femoral [6, 10].

En pacientes jóvenes sintomáticos con articulación preservable, la PAO permite reorientar el acetábulo y mejorar la cobertura femoral [11-14], mientras que la artroscopia puede tratar lesiones intraarticulares y deformidades femorales concomitantes [11]. El objetivo de este reporte es describir la presentación clínica, caracterización imagenológica, manejo quirúrgico bilateral secuencial y evolución postoperatoria de una paciente adulta joven con displasia acetabular bilateral asociada a morfología CAM y lesión labral.

Presentación del caso

Paciente de 24 años, sin antecedentes mórbidos ni cirugías previas, con antecedente de prematurez, diez años de gimnasia y práctica actual de pilates y ballet. Consultó en marzo de 2026 por coxalgia bilateral de seis meses, de predominio izquierdo, inguinal y mecánica, desencadenada por flexión profunda y rotaciones, sin limitación de las actividades de la vida diaria. Refería chasquidos coxofemorales bilaterales de más de diez años, sin traumatismo previo.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144
Reporte de Caso | Case Report
Volumen 20 Número 2

Al examen no presentaba asimetrías; mantenía flexión de 150°, rotación interna de 50° y externa de 50°. FABER y FADIR fueron positivos bilateralmente, mientras Roll test, Stinchfield y Fan test fueron negativos. Se planteó DDC asociada a pinzamiento femoroacetabular y se indicó manejo kinésico y evaluación por especialista.

La radiografía preoperatoria mostró morfología tipo CAM bilateral **(Figura 1A).** En mediciones retrospectivas de las radiografías disponibles, la cadera derecha presentó un LCEA aproximado de 28° y un ángulo de Tönnis de 15°, mientras que la izquierda presentó un LCEA de 26° y un ángulo de Tönnis de 20°. La RM preoperatoria mostró menor cobertura acetabular, con un LCEA aproximado de 14°, además de un ángulo alfa de 70° y un desgarro basal/desinserción del labrum anterosuperior **(Figura 1B).**

Se indicó tratamiento combinado, priorizando la izquierda. El 14 de mayo de 2026 se realizó artroscopia izquierda asociada a PAO tipo Ganz. Se evidenciaron sinovitis, desinserción labral anterior y pérdida del offset femoral anterolateral; se efectuaron reparación labral con dos anclas, femoroplastía y reorientación acetabular con fijación mediante tres tornillos.

La evolución fue favorable, sin complicaciones neurovasculares ni signos clínicos de trombosis venosa profunda. Al mes logró marcha independiente tras rehabilitación kinésica, presentando transitoriamente marcha de Trendelenburg compensada por debilidad abductora. Completó 16 sesiones con escaso dolor.

El 2 de julio de 2026, siete semanas después, se realizó artroscopia derecha asociada a PAO tipo Ganz. Logró marcha independiente a los 18 días, presentó transitoriamente marcha de Trendelenburg compensada por debilidad abductora derecha y completó 18 sesiones de kinesioterapia. A las seis semanas había retomado las actividades habituales, laborales y deportivas.

Los controles radiográficos mostraron progresión de la consolidación bilateral, más avanzada a izquierda **(Figura 2).** En el último control, a aproximadamente 12 semanas de la cirugía izquierda y 5 semanas de la derecha, refería disminución marcada del dolor, con dolor leve y ocasional de predominio izquierdo, sin limitación de actividades diarias. Persistía menor fuerza de la extremidad inferior derecha, sin repercusión funcional referida.

Discusión

El interés principal del caso radica en la coexistencia de displasia acetabular bilateral, morfología CAM y lesión labral, lo que exige distinguir el componente estructural acetabular de la patología intraarticular. La PAO modifica la orientación y cobertura acetabular, mientras que la artroscopia permite tratar lesiones labrales y deformidades de la unión cabeza-cuello femoral [6,11,13].

Entre los diagnósticos diferenciales de coxalgia inguinal mecánica en una adulta joven deben considerarse pinzamiento

femoroacetabular, lesión labral aislada, inestabilidad de cadera y otras causas intraarticulares. En esta paciente, la coexistencia de hallazgos compatibles con alteración de la morfología acetabular, morfología CAM y lesión labral obligó a integrar la clínica y las distintas modalidades de imagen, en lugar de atribuir los síntomas a una sola alteración.

En pacientes sintomáticos con articulación preservable, la PAO corrige directamente la alteración biomecánica. Revisiones recientes han mostrado mejoría de resultados reportados por pacientes, retorno deportivo y persistencia de beneficios a largo plazo, aunque con tasas variables de cirugía secundaria [12-14]. La artroscopia aislada puede tratar labrum, cartílago y CAM, pero no corrige la deficiencia estructural acetabular; Boos et al. describieron resultados favorables en pacientes seleccionados, sin demostrar modificación de la historia natural de la displasia [15].

Cuando existe patología intraarticular relevante, la combinación de artroscopia y PAO permite abordar ambos componentes. Series y revisiones recientes muestran resultados clínicos favorables y no evidencian un aumento claro de complicaciones por realizar artroscopia concomitante, aunque tampoco demuestran superioridad global frente a PAO aislada [16–18]. En esta paciente, la RM mostró lesión labral y CAM, y la artroscopia izquierda confirmó desinserción labral y pérdida del offset, tratadas con reparación y femoroplastía; la PAO abordó posteriormente el componente acetabular.

Debe considerarse además la discordancia entre las modalidades de imagen. La RM informó un LCEA aproximado de 14°, compatible con menor cobertura acetabular, mientras que las mediciones retrospectivas de las radiografías disponibles mostraron LCEA aproximados de 28° a derecha y 26° a izquierda, con ángulos de Tönnis de 15° y 20°, respectivamente. Estas diferencias refuerzan la necesidad de interpretar las mediciones imagenológicas de forma integrada y considerando la técnica de adquisición, el posicionamiento y la modalidad utilizada [6–10].

La presentación bilateral y el diagnóstico en la adultez también son relevantes. La ausencia de diagnóstico pediátrico no excluye displasia clínicamente significativa, y estudios recientes relacionan la persistencia de morfología displásica con progresión degenerativa y mayor riesgo de artroplastia a largo plazo [1,2].

El tratamiento bilateral secuencial produjo mejoría del dolor, recuperación progresiva de la marcha y retorno referido a actividades habituales, laborales y deportivas; sin embargo, estos resultados son preliminares. Entre las limitaciones se encuentran el carácter de caso único, seguimiento corto y desigual entre ambas caderas, ausencia de escalas funcionales validadas y discrepancia entre mediciones radiográficas y de RM. Estos factores impiden establecer la superioridad del tratamiento combinado sobre otras estrategias.

En conclusión, este caso destaca la importancia de una evaluación clínica e imagenológica integral en adultos jóvenes

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144

Reporte de Caso | Case Report

Volumen 20 Número 2

con displasia acetabular asociada a morfología CAM y patología labral. La planificación quirúrgica debe individualizar los componentes estructurales e intraarticulares, y requiere seguimiento clínico-radiográfico prolongado para valorar resultados funcionales y preservación articular.

REVISTA ANACEM

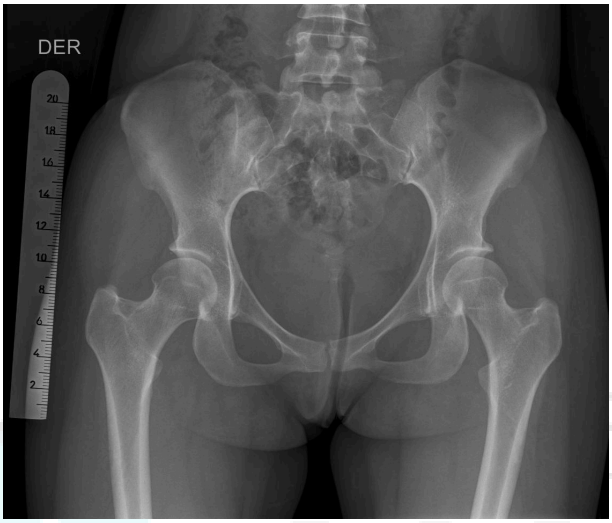
https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144

Reporte de Caso | Case Report

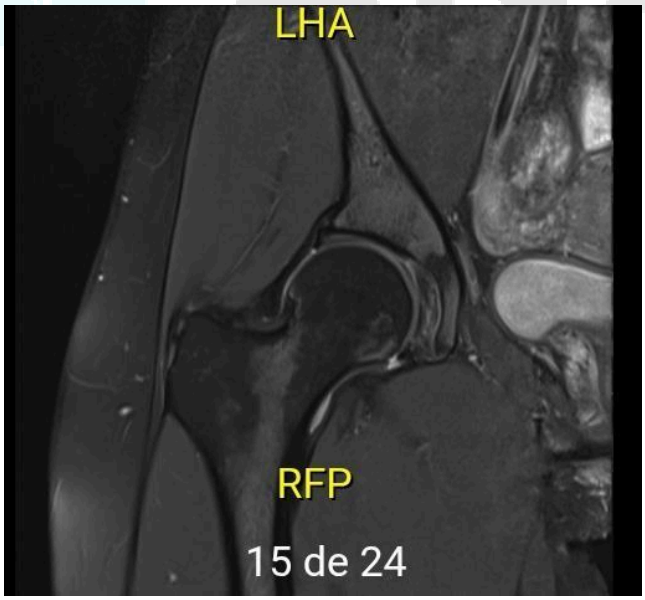
Volumen 20 Número 2

Anexos (Figuras, gráficos y tablas)

Figura 1: Estudios imagenológicos preoperatorios.



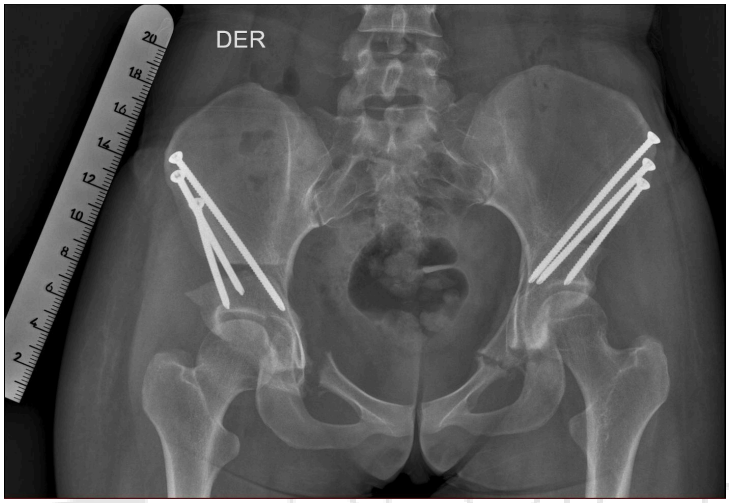
A) Radiografía anteroposterior de pelvis del 24 de marzo de 2026, utilizada para la evaluación de la cobertura e inclinación acetabular bilateral y de la morfología femoral.



B) Resonancia magnética de cadera del 12 de abril de 2026, que evidencia disminución de la cobertura acetabular, morfología tipo CAM y lesión/desinserción del labrum anterosuperior.

https://doi.org/10.70536/RevANACEM/V20N2-2026144
Reporte de Caso | Case Report
Volumen 20 Número 2

Figura 2: Evolución radiográfica postoperatoria.



A) Radiografía anteroposterior de pelvis del 15 de julio de 2026, posterior a osteotomía periacetabular bilateral, con material de osteosíntesis y mayor avance de consolidación en el lado izquierdo.

B) Radiografía anteroposterior de pelvis del 6 de agosto de 2026, que muestra osteotomías supraacetabulares e iliopubianas proximales bilaterales, fijadas mediante tres tornillos de osteosíntesis en cada hueso ilíaco, con progresión de la consolidación, más avanzada en el lado izquierdo.

Referencias

1. Harris MD, Thapa S, Lieberman EG, Pascual-Garrido C, Abu-Amer W, Nepple JJ, et al. Identifying risk factors for disease progression in developmental dysplasia of the hip using a contralateral hip model. J Bone Joint Surg Am. 2024;106(24):2322-2329. doi:10.2106/JBJS.24.00308.

2. Terjesen T. The natural history of acetabular dysplasia and later total hip arthroplasty in late-detected DDH: 48 patients with closed reduction followed to a mean age of 62 years. Acta Orthop. 2023;94:152-157. doi:10.2340/17453674.2023.11664.

3. Jang SJ, Driscoll DA, Anderson CG, Sokrab R, Flevas DA, Mayman DJ, et al. Radiographic findings associated with mild hip dysplasia in 3869 patients using a deep learning measurement tool. Arthroplast Today. 2024;28:101398. doi:10.1016/j.artd.2024.101398.

4. O'Connor KP, Marshall BJ, Davison J, Clohisy JC, Willey MC. Prevalence of radiographic hip dysplasia in the general adult population: a systematic review. Iowa Orthop J. 2024;44(1):145-149.

5. Pérez L, Besomi J, Fuentealba I. Estado actual del diagnóstico de la displasia del desarrollo de las caderas en el siglo XXI. Rev Chil Radiol. 2023;29(3):136-147. doi:10.24875/RCHRAD.23000050.

6. Welton KL, Kraeutler MJ, Garabekyan T, Mei-Dan O. Radiographic parameters of adult hip dysplasia. Orthop J Sports Med. 2023;11(2):23259671231152868. doi:10.1177/23259671231152868.

7. Lassalle L, Regnard NE, Durteste M, Ventre J, Marty V, Clovis L, et al. Validation of AI-driven measurements for hip morphology assessment. Eur J Radiol. 2025;183:111911. doi:10.1016/j.ejrad.2024.111911.

8. Leopold VJ, Rakhra K, Spiker AM, Nepple JJ, Beck M, Karimijashni M, et al. Which imaging modalities, parameters, and diagnostic thresholds best define hip instability? Consensus statements from a scoping review and an international multidisciplinary Delphi study. Clin Orthop Relat Res. 2026. doi:10.1097/CORR.0000000000003905.

9. Xia S, Archer H, Xi Y, Wells J, Chhabra A. Correlation between AI algorithm generated radiographic hip measurements for hip dysplasia patients and internal derangement findings on advanced MRI. Acta

Radiol. 2025;66(7):722-732. doi:10.1177/02841851251324551.

10. Jakobsen M, Biesert M, Sansone M, Ayeni OR, Kostogiannis I. Wide variations in the alpha angle reporting of the hip in asymptomatic individuals—a systematic review. J Hip Preserv Surg. 2026;13(1):45-55. doi:10.1093/jhps/hnaf040.

11. Jakobsen M, Biesert M, Sansone M, Ayeni OR, Kostogiannis I. Wide variations in the alpha angle reporting of the hip in asymptomatic individuals—a systematic review. J Hip Preserv Surg. 2026;13(1):45-55. doi:10.1093/jhps/hnaf040.

12. MacLeod JS, Lee MS, Fox JD, Girardi K, Surucu S, Gillinov SM, et al. Patients undergoing minimally invasive periacetabular osteotomy demonstrate improved outcomes: a systematic review. J Hip Preserv Surg. 2026;13(2):182-190. doi:10.1093/jhps/hnaf048.

13. Curley AJ, Padmanabhan S, Chishti Z, Parsa A, Jimenez AE, Domb BG. Periacetabular osteotomy in athletes with symptomatic hip dysplasia allows for participation in low-, moderate-, and high-impact sports, with greater than 70% return to sport for competitive athletes: a systematic review. Arthroscopy. 2023;39(3):868-880. doi:10.1016/j.arthro.2022.12.004.

14. MacLeod JS, Zhu JR, Lee MS, Surucu S, Gagné J, Patel SM, et al. Periacetabular osteotomy leads to improved long-term patient-reported outcomes: a systematic review. Orthopedics. 2025;48(3):e113-e123. doi:10.3928/01477447-20250409-03.

15. Boos AM, Nagelli CV, Okoroha KR, Sierra RJ, Krych AJ, Hevesi M. Primary hip arthroscopy in patients with acetabular dysplasia: a systematic review of published clinical outcomes at minimum 5-year follow-up. Am J Sports Med. 2024;52(8):2148-2158. doi:10.1177/03635465231197177.

16. Kahana-Rojkind AH, Walsh EG, Quesada-Jimenez R, Kuhns BD, LaReau JM, Domb BG. Durable mid-term outcomes and high rates of meaningful improvement after hip arthroscopy with concomitant periacetabular osteotomy. Arthrosc Sports Med Rehabil. 2025;7(6):101290. doi:10.1016/j.asmr.2025.101290.

17. Comfort SM, Felan NA, Mologne MS, Philippon MJ Jr, Philippon MJ, Ruzbarsky JJ. Combined hip arthroscopy and periacetabular osteotomy performed under the same anesthesia event results in significant improvement in outcomes at short- and medium-term follow-up with low

rates of complications and conversion to total hip arthroplasty. Arthroscopy. 2025;41(12):5083-5095. doi:10.1016/j.arthro.2025.06.027.

18. Lukas KJ, Ojaghi R, Thavorn K, Carsen S, Smit K, Beaulé PE. Combined hip arthroscopy with periacetabular osteotomy for hip dysplasia: a systematic review. J Hip Preserv Surg. 2024;11(3):223-231. doi:10.1093/jhps/hnae016.

REVISTA ANACEM