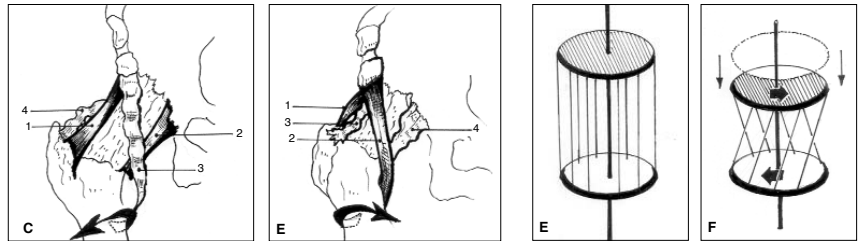
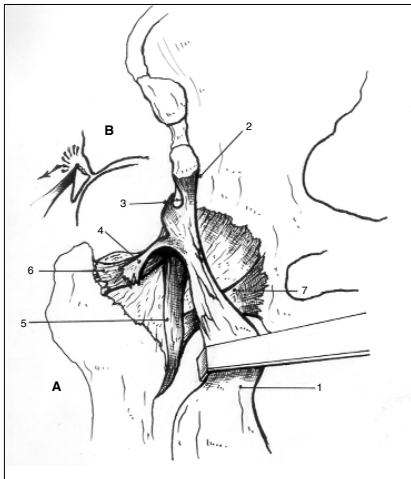
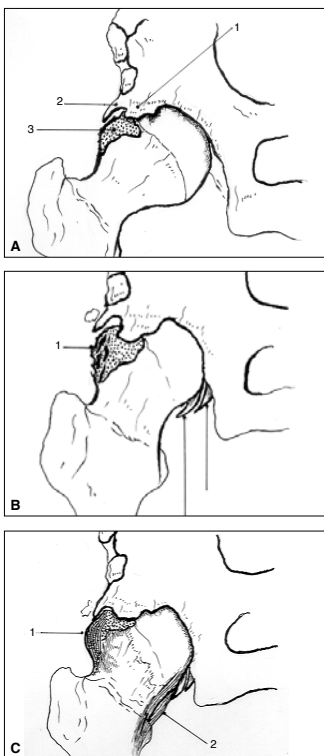


**Aclaración**

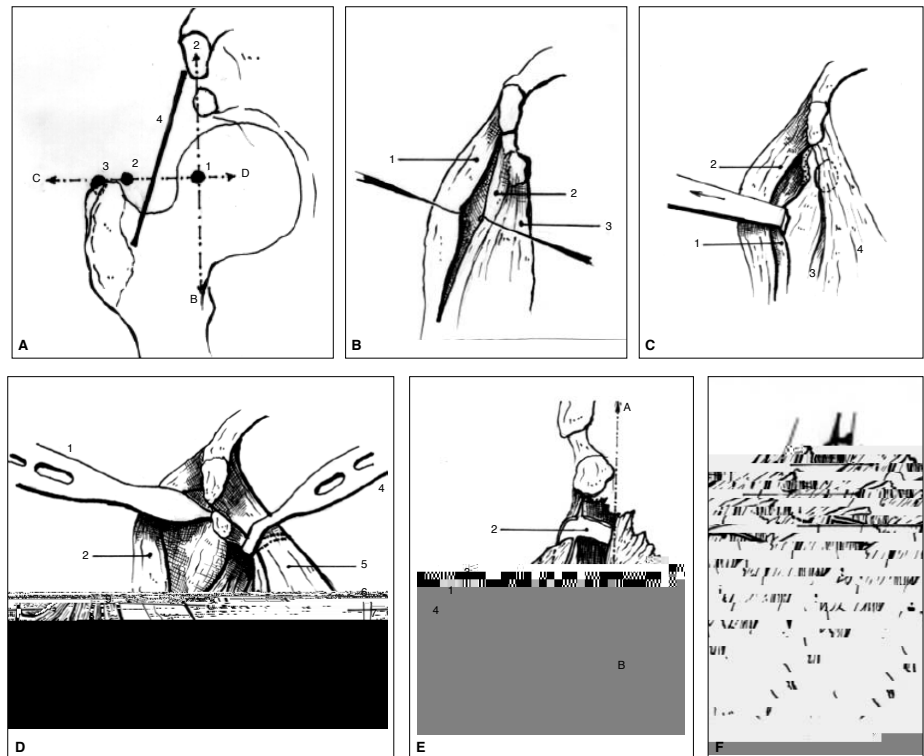
Los epígrafes y leyendas de las Figuras 8, 9 y 12 del trabajo titulado “La coxartrosis primaria lenta del adulto joven y sus síndromes de choque-fricción acetabulofemoral” son tal cual se muestran a continuación.



**Figura 8.** A. Anatomía. Músculo recto anterior (1) con sus tendones: directo (2), reflejo (3) y recurrente (4). Ligamento de Bertin con sus fascículos longitudinal (5) y transverso (6). Ligamento pubiofemoral (7). B. La tracción traumática ligamento-tendinosa sobre el labrum puede causar su rotura. C. En rotación externa se tensan el fascículo transverso del ligamento de Bertin y el ligamento pubiofemoral. Se relajan el fascículo longitudinal del ligamento de Bertin y el ligamento posterior. D. En rotación interna se tensan el ligamento posterior (1) y el fascículo longitudinal del ligamento de Bertin (2). Se relajan el fascículo transverso de este ligamento (3) y el ligamento pubiofemoral (4). E. Modelo de Kapandji: se compone de dos discos unidos por hilos periféricos con un vástago central libre. F. Al girar el disco superior se acerca al disco inferior (flechas), colocando oblicuos y tensos los hilos de unión. Este modelo demuestra el enroscamiento de los ligamentos de la cadera en la rotación interna del fémur.



**Figura 9.** Evolución patológica habitual en la CPLAJ por los síndromes de choque-fricción femoroacetabulares. A. Osteofitosis anterolateral (1,2) y su efecto, por impacto en la flexión, que genera las erosiones cervicales superolaterales (3). B. Aparición de puentes óseos (salientes) sobre la úlcera cervical (1) (véase Fig. 7-A) C. Estadio final con la aparición de osificaciones cervicales: anteroexterna (prominencias) (1) y posterointerna (soporte) (2).



**Figura 12.** A. Técnica operatoria de artroscopia e incisión miniinvasiva (método II). Portales artroscópicos: anterior (1), anterolateral (2) y posterolateral (3), marcados sobre las líneas AB-CD (3) (50). B. Abertura de la fascia del tensor (1, 2) cercana a su borde anterior. Sartorio (3). C. Separación del músculo tensor (1) con su fascia (2). Recto anterior (3) y sartorio (4). D. Separación del tensor y exposición de la fosa ilíaca externa en la región supraacetabular (1, 2). Separador sobre el trocánter mayor (3). Separador (4) para sartorio (5) y recto anterior (6). Separador inferior a la cápsula, que separa el músculo ilíaco (7). Exposición de la cápsula que muestra los fascículos del ligamento de Bertin (8,9). E. Capsulectomía anterolateral con incisión longitudinal inicial (1), resección capsular incluidos el ligamento de Bertin (2) y el ligamento posterior (3). No hay que pasar con la resección capsular la línea AB. Desbridamiento anterior distal (4). F. Sutura de la abertura longitudinal de la cápsula (1). Por este abordaje se resecan osteofitos de la ceja acetabular, calcificaciones u osificaciones capsulares y prominencias antero laterales del cuello femoral (fresado). Se controla por flexión articular que se haya eliminado el impacto acetábulo femoral.