

CADERA DOLOROSA

José Manuel Vega Ortiz

LA patología dolorosa de la cadera constituye un reto para el clínico debido a su anatomía compleja que involucra múltiples estructuras vasculares y nerviosas, órganos y variados elementos osteomusculares formados por ligamentos, tendones, bursas, músculos y donde resalta la articulación coxofemoral. No debemos olvidar las estructuras vecinas: órganos reproductores, pelvis y región lumbosacra que pueden irradiar sus síntomas a la cadera.

La articulación coxofemoral es una diartrosis, tipo esferoidal que tiene un alto grado de movilidad y está sometida a grandes esfuerzos; está constituida por una cavidad en forma de copa, el acetábulo y la cabeza femoral que encaja en el acetábulo en una forma más profunda que el hombro lo que le brinda una mayor resistencia; se encuentra rodeada por el labio glenoideo, una estructura fibrocartilaginosa adherida al margen del acetábulo y que al conferir más profundidad ayuda a mantener la cabeza femoral en su lugar (figura 103.1).

Existen varios ligamentos que estabilizan la articulación: el ligamento iliofemoral, que es el más fuerte de todos los ligamentos del cuerpo, ayuda a mantener la posición erecta y yace anterior a la articulación; tiene forma de Y, se adhiere a la espina iliaca anteroinferior y, distalmente, se divide en dos bandas que toman una disposición oblicua en forma triangular y se unen a la línea intertrocanterica. El ligamento pubofemoral se une a la cresta obturadora y a la rama superior del pubis y se entremezcla con la cápsula articular y el ligamento iliofemoral. El ligamento isquiofemoral es una banda triangular que se origina desde la porción distal del isquion y se une con las fibras de la cápsula articular. El ligamento transverso acetabular refuerza la cápsula en su porción anterior en la escotadura acetabular y el ligamen-

to redondo parte de la cabeza femoral hasta los bordes de la escotadura acetabular donde se une con el ligamento transverso acetabular.¹

El ángulo formado por el cuello femoral y el tallo femoral es fundamental para poder realizar movimientos separados de la cabeza y del muslo; debe tener un ángulo entre 125° y 140°. Cuando este ángulo está reducido produce una coxa vara y cuando está aumentado da lugar a una coxa valga, ambas condiciones predisponen a patología (figura 103.2).

Recordemos el aparato muscular de esta articulación que le permite su movilidad y puede ser causa de dolor. Los músculos flexores de la cadera son: el psoasíliaco -que es el principal-, el recto anterior, el sartorio, el pectíneo y el tensor de la fascia lata. Los músculos extensores son: el glúteo mayor -el principal-, el bíceps crural, el semitendinoso y el semimembranoso. Los abductores son el glúteo medio y el menor. Los aductores son: el aductor mayor, el aductor largo, el aductor corto, el pectíneo y el recto interno. Los rotadores mediales son: el glúteo medio, el glúteo menor, el tensor de la fascia lata y los aductores mayor, corto y largo. Los rotadores laterales son: el obturador interno y externo, el piramidal de la pelvis, el cuadrado femoral, el glúteo mayor, el gemelo superior e inferior y el sartorio.²

Existen múltiples bursas (figura 103.3) para proteger el desplazamiento de las estructuras tendinosas. Las más importante son: la bursa trocanterica profunda entre el trocánter mayor y el tendón del glúteo mayor³; se pueden presentar otras bursas entre el glúteo medio, el menor y otras superficiales a este nivel; la bursa iliopectínea que se encuentra entre la cápsula articular de la coxofemoral y el músculo psoasíliaco; la bursa isquioglútea a nivel de la tuberosidad isquiática y el glúteo mayor, y la bursa psoasíliaca subtendínea entre el trocánter menor y la inserción

del músculo psoasiliaco. Además de éstas, es factible la formación de nuevas bursas adventicias en aquellas localizaciones que así lo demanden.

Debemos tener en cuenta que, además de las estructuras osteomusculares ya mencionadas, hay estructuras neurovasculares, órganos intra y extrapélvicos, capaces de producir dolor a este nivel y que no analizaremos ya que nos dedicaremos a las causas de origen reumatológico, sin que esto implique que no debemos tener en mente dichas causas e incluirlas en el diagnóstico diferencial.

Con el fin de facilitar su análisis clínico consideraremos la región de la cadera como la zona comprendida entre el ligamento inguinal, en la cara anterior, y el tercio medio del muslo y, en la cara posterior, desde la cresta ilíaca hasta tercio medio del muslo.

HISTORIA CLÍNICA Y EXAMEN FÍSICO

El análisis de tan variadas causas de dolor de cadera requiere de un enfoque sistemático, en el cual la esencia del mismo son los síntomas y signos expresados por el paciente.⁴⁻⁶

Lo fundamental para establecer un diagnóstico es la historia clínica y el examen físico.

El dolor es el síntoma primordial; es importante investigar sobre las características de inicio: súbito como el relacionado con un traumatismo, o insidioso como una lesión degenerativa; su evolución en forma de crisis como ocurre en la artritis por cristales o un dolor persistente con tendencia a progresar como en una patología inflamatoria crónica. También se deben conocer las condiciones que generan y agravan el dolor (movimientos, posturas, actividades, etc.); debe enfatizarse que en muchos casos no se requiere de una actividad de gran intensidad, pueden ser los movimientos repetitivos que formen parte del quehacer diario los causantes del problema. El dolor puede localizarse o irradiarse más allá del lugar donde se origina; el dolor de la radiculopatía tiende a extenderse a lo largo de un dermatoma como en la hernia de disco y el del herpes zóster compromete todo el territorio inervado por el nervio afectado. En ocasiones, el paciente consulta por dolor en el glúteo y, sin embargo, la patología está en la articulación sacroilíaca. El dolor inguinal puede ser causado por bursitis o afección de la articulación coxofemoral (figura 103.4).

La intensidad del dolor es una característica difícil de analizar debido a la variabilidad individual de su percepción; sin embargo, un dolor intenso, lancinante, súbito al realizar una actividad sugiere una lesión aguda como ruptura tendinosa, fractura o desgarro muscular. Es importante saber si el dolor se alivia con el reposo o se presenta con determinada acción; el paciente con os-

teoartritis de cadera tiene dolor al caminar y se alivia con el reposo. Al contrario el dolor sordo, constante aun en reposo y, en ocasiones, en las noches sugiere un proceso inflamatorio como artritis reumatoide o espondiloartropatías que comprometen la articulación coxofemoral. El dolor lateral que aumenta al abducir o apoyarse sobre la cadera sugiere una bursitis trocantérica. La limitación significativa de la movilidad suele asociarse con patología intrínseca de la cadera.

Es importante tener en cuenta los síntomas concomitantes: fiebre en presencia de artritis séptica; compromiso sistémico con pérdida de peso, astenia e hiporexia pueden ser manifestaciones de un proceso neoplásico o infeccioso crónico como tuberculosis; síntomas urogenitales o enterocolónicos como ocurre en la artritis reactiva o las artropatías enteropáticas. Además las enfermedades neoplásicas pueden causar dolores óseos por metástasis.

No menos importante es el examen físico. La marcha del paciente puede hacer sospechar daño de la cadera si camina como un pato con oscilación latero-lateral, o eversión o inversión del pie, o si se apoya el menor tiempo posible en la extremidad afectada, o tiene una marcha de Trendelenburg. ¿El paciente tiene dificultad para incorporarse de un asiento?, ¿arrastra un pie al caminar? En la postura erecta, ¿tiene la cadera en flexión?, ¿hay basculación de la pelvis?, ¿hay escoliosis?⁷

La exploración del paciente en decúbito supino y prono es fundamental ya que nos permite palpar la zona afectada. Debemos tener en cuenta que, siendo la cadera una articulación profunda, la presencia de sinovitis mediante la palpación es prácticamente imposible y su detección es por medios indirectos o ultrasonido. La postura en flexión, abducción y rotación externa sugiere daño importante de la articulación coxofemoral.⁸ La exploración contra resistencia, obliga la contracción muscular y, de esta forma, se puede reproducir el dolor en las inserciones tendinosas afectadas. El estiramiento de los músculos que han sufrido desgarro reproduce el dolor. También debe evaluarse la discrepancia en la longitud de los miembros inferiores; para ello, se mide la distancia entre las espinas ilíacas anterosuperiores y los maléolos internos de ambas piernas (longitud real) y la distancia entre el ombligo y ambos maléolos internos (longitud aparente). Sin embargo, no es una medición con alto grado de exactitud; puesto que hay variaciones aun en un mismo explorador. Una maniobra útil para detectar el acortamiento es visualizar los pliegues infraglúteos con el paciente en posición erecta que deben estar al mismo nivel.

La maniobra de FABERE (flexión, abducción y rotación externa) o maniobra de Patrick (figura 103.5) es útil para probar la movilización de cadera y, también, de

las articulaciones sacroilíacas. La maniobra de Thomas (figuras 103.6 y 103.7) sirve para examinar la flexión en contractura de la articulación coxofemoral; la extensión forzada de la articulación coxofemoral puede evidenciar daño intrínseco de la misma, tendinitis o bursitis del músculo psoasiliaco. La aducción contra resistencia nos indica tendinitis de los músculos aductores (figura 103.8). La abducción contra resistencia y la aparición de dolor con la presión digital del trocánter mayor sugiere bursitis trocantérica y tendinitis glútea (figura 103.9). El dolor con la presión digital de la banda iliotibial, junto con la prueba de Ober, indica contractura de la misma (figuras 103.10 y 103.11). Las maniobras de palpación deben llevarse a cabo en forma sistematizada lo cual permite

la exploración de las regiones lateral, medial anterior y posterior de la cadera.

La palpación de la región inguinal ayuda a detectar adenomegalias dolorosas, bursitis, entesitis del ligamento inguinal y hernias inguinales o femorales; la presión digital sobre el pubis puede indicar una fractura por estrés u osteítis del pubis.

La maniobra de Gaenslen es útil para detectar afección de la articulación sacroilíaca (figura 103.12). Debemos realizar la exploración en la posición decúbito prono para evaluar los movimientos de rotación (figuras 103.13 y 103.14), extensión de cadera (figura 103.15) y palpación del punto sacroilíaco de Jacqueline-Rotés Queról (figura 103.16). No se debe olvidar complementar la exploración

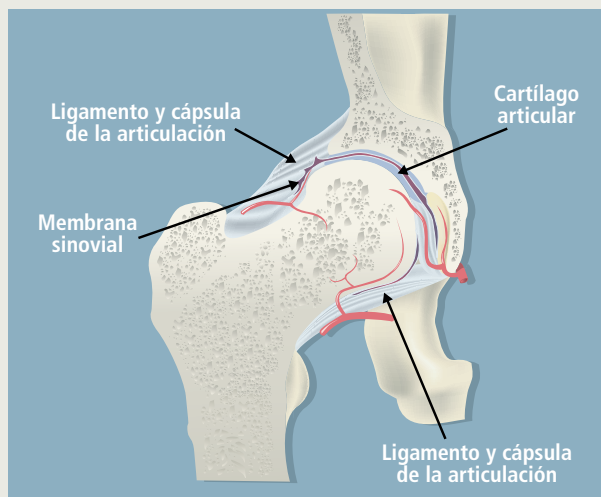


FIGURA 103.1. Articulación de la cadera.

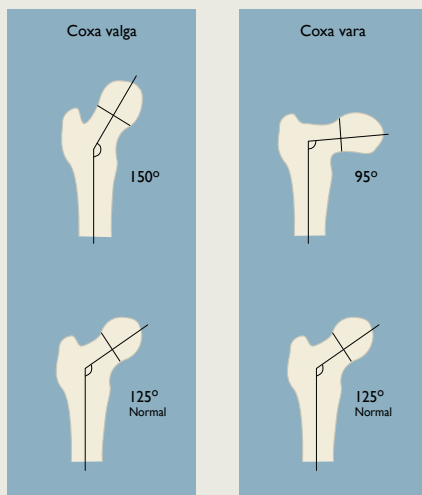


FIGURA 103.2. Alteraciones de alineamiento.

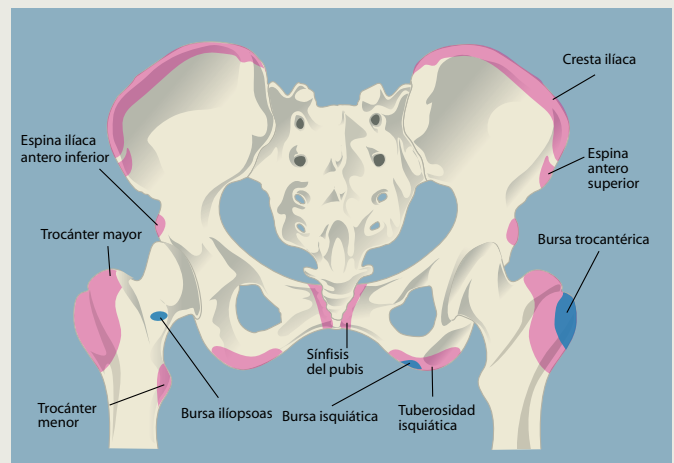


FIGURA 103.3. Localización de bursas.

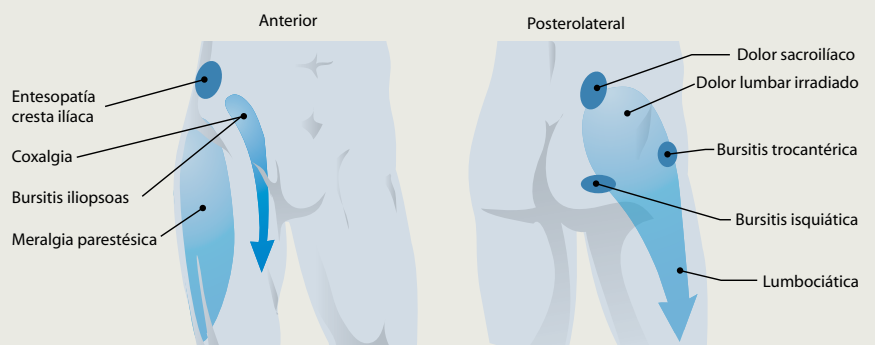


FIGURA 103.4. Distribución de la irradiación del dolor.



FIGURA 103.5. Maniobra de Fabare.



FIGURA 103.6. Maniobra de Thomas negativa.



FIGURA 103.7. Maniobra de Thomas positiva, contractura en flexión de la articulación coxofemoral.



FIGURA 103.8. Contractura contra resistencia.



FIGURA 103.9. Bursitis trocánterica.



FIGURAS 103.10. Maniobra de Ober.



FIGURA 103.11. Maniobra de Ober.



FIGURA 103.12. Maniobra de Gaenslen.



FIGURA 103.13. Rotación interna de cadera.



FIGURA 103.14. Rotación externa de cadera.



FIGURA 103.15. Extensión de cadera.

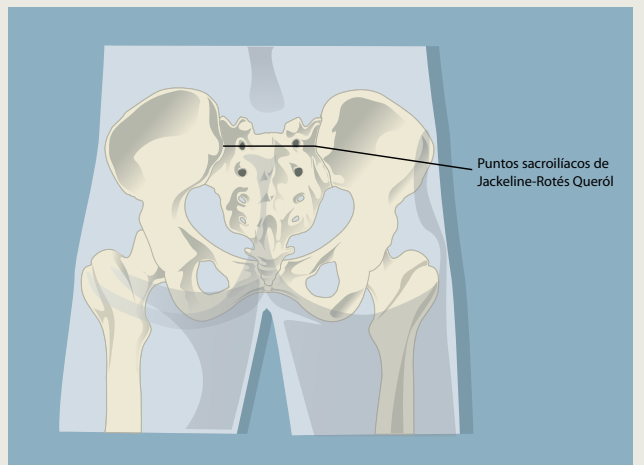


FIGURA 103.16. Puntos dolorosos en presencia de sacroiliitis.

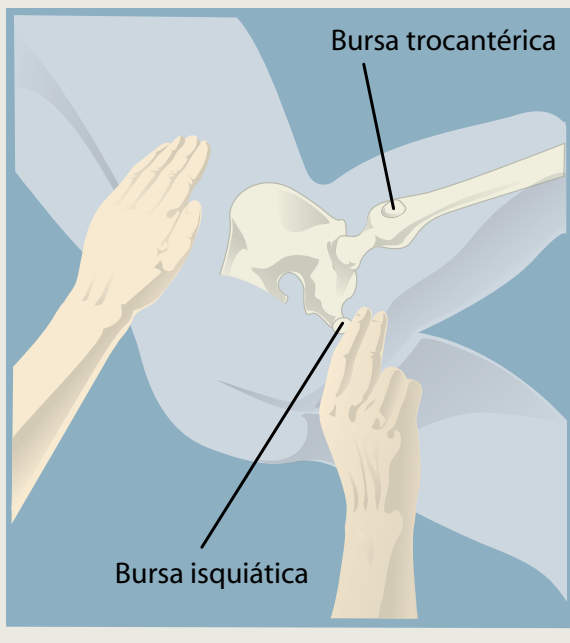


FIGURA 103.17. Bursitis trocantérica e isquiática.

de los órganos genitales y el examen neuromuscular para evaluar posible patología radicular o neurológica periférica.

Par facilitar el abordaje sistemático, se agrupan las causas en las siguientes categorías: 1) intraarticular; 2) extraarticular: ósea o de tejidos blandos; 3) síndromes neuropáticos por compresión, y 4) dolor referido (tabla 103.1).

A continuación se analizan algunas de las causas frecuentes de dolor de cadera, teniendo en cuenta que muchas se tratan con mayor detalle en diferentes capítulos de esta obra.

Bursitis trocantérica: aunque se habla en singular, en esa región se pueden encontrar tres bursas³, la del glúteo mayor -la más importante- y la de los glúteos medio y menor. Es causa frecuente de consulta; suele ser más común en mujeres obesas con prevalencia en el grupo de mayores de 50 años. Puede asociarse con osteoartritis de cadera, acortamiento de miembros inferiores o defectos posturales; puede resultar de un trauma directo o de microtrauma por movimientos repetitivos como ocurre en corredores, ciclistas o estibadores.⁹

Se caracteriza por dolor que suele ser insidioso o crónico en el trocánter mayor; puede irradiarse a la cara anterior y lateral del muslo. El dolor se agrava al subir gradas, caminar y acostarse sobre la cadera afectada. La abducción y la rotación externa contra resistencia reproducen el dolor así como la presión digital en el trocánter mayor (figuras 103.8 y 103.9). La tendinitis del glúteo medio puede producir un dolor de iguales características, por lo cual algunos autores prefieren referirlo como “síndrome doloroso del trocánter mayor” que engloba estas

entidades así como las bursitis de los músculos glúteo medio y menor.¹⁰

La radiología simple usualmente es normal, salvo casos muy crónicos en los que puede haber una calcificación. La resonancia magnética puede mostrar y diferenciar entre las tendinosis y las bursitis a ese nivel pero es un método caro y no se usa de rutina, salvo en casos que no responden en forma habitual al tratamiento.¹¹ La ecografía brinda ayuda en el diagnóstico en algunos casos, es más económica, pero requiere de un profesional experimentado.

El tratamiento debe eliminar las causas predisponentes, con reposo, uso de antiinflamatorios no esteroideos y fisioterapia; la infiltración con glucocorticoides suele ser efectiva⁹ y rara vez se requiere la resección quirúrgica.

Bursitis isquiática: localizada en la tuberosidad del isquion (figuras 103.3 y 103.4); se puede ver afectada por compromiso del origen de los músculos isquio-tibiales (bíceps femoral, semitendinoso y semimembranoso); es muy frecuente en personas que deben permanecer sentados por mucho tiempo como sastres, oficinistas, costureras y tejedoras; de ahí su nombre de “posaderas de tejedoras”. Su mecanismo patogénico se debe a que al estar de pie el músculo glúteo medio forma un cojinete sobre la tuberosidad isquiática pero en la posición sentada se retrae y deja muy superficial a la bursa lo cual facilita su inflamación por trauma repetitivo.^{6,7}

El paciente se queja de dolor al estar sentado y, al estar acostado, debe estar cambiando de posición apoyándose en la nalga contralateral y poniéndose de pie. El dolor se localiza fácilmente al acostar el paciente en decúbito lateral del lado opuesto al afectado, hacerle que flexione la cadera afectada y, en esta forma, se puede palpar con facilidad la bursa inflamada y producir un dolor intenso.

En ocasiones, el dolor puede irradiarse por la cara posterior de los muslos, en especial, en aquellos casos que hay entesitis de los músculos isquitibiales y confundirse con dolor irradiado por compresión radicular o sacroiliítis; debe diferenciarse de la entesopatía que forma parte del cuadro clínico de las espondiloartropatías inflamatorias. Debe evitarse el apoyo mediante el uso de cojines especiales, y administrar antiinflamatorios o infiltración con glucocorticoides teniendo especial cuidado por la proximidad del nervio ciático.

Bursitis psoasílica o ileopectínea: localizada en la cara anterior de la cápsula articular coxofemoral; se comunica en 15% con la articulación; es la bursa más grande del cuerpo.^{11,12} Su inflamación causa dolor en la región inguinal y en la cara anterior de muslo (figuras 103.3 y 103.4). Entre sus causas podemos señalar: la infección -los gérmenes Gram positivos son los más frecuentes-, los microtraumas o como parte de un proceso inflamatorio articular generalizado. El dolor se incrementa con la ex-

tensión de la cadera y se alivia con la flexión y rotación externa.

Los movimientos de la cadera no se afectan si la movilización se hace lentamente; de lo contrario, el dolor produce contractura muscular y limitación. Se puede detectar aumento de volumen a nivel inguinal cuya magnitud depende de la severidad de proceso inflamatorio que puede llegar a comprimir estructuras venosas y nervios y ocasionar un síndrome de compresión u obstrucción venosa.^{8,13}

La radiología convencional suele ser normal; la ecografía puede ayudar al diagnóstico en casos de duda, en especial, diferenciándola de un aneurisma, y facilitar su drenaje e infiltración. El tratamiento depende de la causa: antibióticos en presencia de infección; en otros casos los antiinflamatorios y las infiltraciones locales suelen ser de utilidad y en muy pocos se debe realizar la exéresis quirúrgica.

Fascitis de la fascia lata: se produce con contractura de la banda iliotibial que es una continuación de la porción tendinosa del tensor de la fascia lata. Es causada por debilidad de los músculos abductores, alteraciones de la marcha, genu varo, patología articular de la articulación coxofemoral y la rodilla. Se manifiesta por dolor en la cara lateral de la cadera con irradiación hasta la rodilla y se encuentra dolor difuso a la palpación de la zona. El dolor se reproduce con una maniobra de hiperaducción contra resistencia. El tratamiento, además de corregir las causas detectadas, requiere de ejercicios de estiramiento de la banda iliotibial, antiinflamatorios e infiltración de los puntos dolorosos.^{14,15}

Cadera en resorte: se presenta en sujetos jóvenes con dolor y traquidos sobre la región trocantérica en especial al subir escaleras o trepar. El cuadro se debe al desplazamiento de la banda iliotibial con contractura sobre el trocánter mayor. Se reproducen los síntomas con la flexión y la rotación interna de la cadera. El tratamiento es similar al de la fascitis de la fascia lata. En atletas, a veces, se requiere plastia de la banda.^{12,16}

Tendinitis: se ha discutido mucho sobre la conveniencia de usar el término de “tendinosis” para denominar aquellas patologías tendinosas que son producto de abuso y sobrecarga por actividad repetitiva que puede expresarse a nivel anatomopatológico como una degeneración más que una inflamación, y aun se presentan controversias al respecto.¹⁷

Veamos las causantes de cadera dolorosa:

Aductores: debido a traumatismos por estiramientos, deportes, gimnasia, ejercicios aeróbicos, patinaje, etc. Se caracteriza por dolor súbito e intenso a nivel inguinal y en la cara interna de muslo; hay dolor con la presión digital sobre la rama del pubis en el origen, a la hiperabducción y la aducción contra resistencia.

Psoasílico: relacionado con levantamiento de artículos pesados, ejercicios sin técnica adecuada, correr cuesta arriba. Hay dolor inguinal interno intenso, y puede sentirse un chasquido. El dolor se induce por flexión contra resistencia e hiperextensión pasiva de la cadera. Puede haber una patología infecciosa del músculo y simular un proceso articular.¹³

En ambas patologías la radiología convencional es normal; sirve para descartar fracturas por avulsión; la ecografía puede demostrar lesión tendinosa o desgarro muscular y, en ocasiones, hematomas intramusculares.

El tratamiento consiste en reposo, aplicación de frío y analgésicos; en la fase aguda hay quienes no recomiendan el uso de antiinflamatorios en las primeras 48 horas por la posibilidad de causar mayor sangrado local; luego, se puede iniciar el tratamiento fisioterápico con ultrasonido y ejercicios progresivos de estiramiento.

Fracturas por tensión ósea: cada día son más frecuentes, en parte, debido a un mayor índice de sospecha, grupos etarios mayores y actividades físicas de alto impacto. Pueden ser debidas a insuficiencia ósea la cual se presenta en huesos con alteración de la resistencia y la microarquitectura, como en osteoporosis; ocurre en personas mayores o en grupos con enfermedades o tratamientos que afectan la calidad ósea como la artritis reumatoide, la osteodistrofia renal, el uso de glucocorticoides, dosis excesiva de hormona tiroidea, etc.

Las fracturas que ocurren en huesos normales pero que son debidas a actividades repetitivas de alto impacto por fatiga -similar al mecanismo que se produce en los fuselajes de los aviones por fatiga de metales- se presentan en jóvenes que realizan actividades intensas, entrenamiento militar, corredores de maratones y atletas en actividades de alto rendimiento.

Se localizan con mayor frecuencia en el cuello femoral y en el pubis. En la fractura de fémur, el dolor se localiza en la cara anterior de la cadera y el muslo; se presenta en la posición erecta y al caminar; se alivia con el reposo y la marcha antálgica. Hay limitación de la movilidad, en especial, de la rotación interna.

La fractura de pubis es similar pero la movilidad de cadera se conserva y hay dolor la palpación del pubis; el paciente no puede sostenerse de pie sobre el miembro afectado, lo cual se considera patognomónico de la fractura de pubis. Generalmente, son fisuras. En los primeros días, la radiología es normal y, luego, puede mostrar el callo óseo. Ante la sospecha debe realizarse una gammagrafía ósea o resonancia magnética que son más sensibles. Como cualquier otra fractura requiere reposo y evitar cargar peso sobre el miembro afectado por medio de prótesis u otros medios necesarios; la recuperación suele obtenerse en 4 a 6 semanas.^{14,18}

Fracturas por avulsión: son más frecuentes en atletas muy jóvenes quienes tienen los tendones más fuertes que sus centros cartilagosos de crecimiento y, por esto, se produce la fractura; en el adulto, el mismo trauma suele producir la ruptura tendinosa o del músculo. Son frecuentes en la tuberosidad isquiática y en la espina anterosuperior y anteroinferior del ilíaco.^{19,20} Hay dolor, impotencia funcional y, en ocasiones, equimosis. La radiografía muestra la fractura que no suele tener gran desplazamiento. El tratamiento consiste en reposo, aplicación de compresas frías y analgésicos; se debe evitar el estiramiento del músculo involucrado, sólo si hay un gran desplazamiento.²¹

Osteítis del pubis: es el proceso inflamatorio que afecta la sínfisis, las ramas y las inserciones tendinosas del pubis. Fue descrita por Beer, urólogo, en 1924 en un paciente luego de cirugía suprapúbica. Se ha asociado con infecciones urinarias, impacto directo, trauma repetitivo, torsión pélvica en atletas y futbolistas. El dolor es insidioso, progresivo, crónico, descrito como lancinante o urente y se presenta a nivel inguinal en la región perianal, suprapúbica, cara interna de muslo y testículos; hay dolor a la palpación en la sínfisis púbica, y marcha antálgica con base de sustentación amplia. Los movimientos rotatorios, de abducción y aducción, y la maniobra de Valsalva incrementan el dolor; puede presentarse dolor nocturno.

La radiología puede ser normal al inicio y más tarde se observa resorción de las porciones mediales de los huesos del pubis, con ensanchamiento de la sínfisis, esclerosis del pubis y periostitis a las 3-4 semanas; puede tardar meses la recuperación de la imagen radiológica normal. Tempranamente la gammagrafía muestra hipercaptación; también, la resonancia magnética nuclear puede ser útil, pero ambos estudios son inespecíficos.

Se debe hacer diagnóstico diferencial con la osteomielitis por sus implicaciones así como el abordaje terapéutico. El tratamiento consiste en reposo, analgésicos, antiinflamatorios, aplicación de frío e infiltración con glucocorticoides; en los casos graves, se recurre a los glucocorticoides orales.^{8,11,22}

Síndromes de compresión neurológica: la compresión de las raíces nerviosas o de los nervios periféricos dan lugar a síntomas, usualmente, sensitivos en el territorio correspondiente.

Meralgia parestésica: es debida a la compresión del nervio femorocutáneo que provee la sensibilidad a la cara anterolateral del muslo. El paciente refiere dolor urente y disestesia en la zona inervada que aumenta al ponerse de pie, sentarse con la pierna cruzada y extenderla; es posible encontrar hipoestesia. Se ha asociado con el uso de ropas apretadas, el cargar peso en los muslos, la obesidad, la gestación y la diabetes mellitus. La electromiografía

puede corroborar el diagnóstico, aunque pocas veces se solicita; es usual que se practique una infiltración en el punto de salida del nervio lo cual alivia el dolor y ayuda a confirmar el diagnóstico.

Neuralgia del obturador: el nervio obturador se origina de las raíces L2-L4 y emerge por el foramen obturador; inerva los músculos aductores, la rama anterior con su rama sensitiva y la cara interna del muslo. Hay dolor urente y disestesia inguinal y de la cara interna del muslo que es más frecuente luego de ejercicios, cuando se puede evidenciar la debilidad de los aductores. La compresión puede ser debida a fracturas, callos óseos o hernias en deportistas. La electromiografía revela denervación de los aductores. El tratamiento usualmente requiere descompresión quirúrgica.²³

Neuralgia ilioinguinal: el nervio se origina de las raíces L1-L2 y provee sensación a la base del pene, los labios mayores, la región medial del muslo y la piel sobre el ligamento inguinal. Su compresión causa dolor inguinal crónico posterior a cirugías de la región inguinal y de la fosa iliaca, y a ejercicios para los músculos abdominales. El dolor se exagera con la extensión de la cadera y la palpación 1-2 cm por debajo de la espina iliaca anterosuperior y el anillo inguinal superficial que son las salidas del nervio. La terapia con infiltraciones es útil y en los casos recalcitrantes se requiere la ablación.⁷

Desgarro del labro acetabular: aunque no es frecuente, suele presentarse en jóvenes y en relación con movimientos súbitos de torsión o deslizamientos; se asocia con displasia acetabular. Hay dolor intenso en la cara anterior de la cadera que se puede reproducir con la rotación interna y la extensión; a veces, se produce un chasquido. La movilidad de la articulación coxofemoral puede afectarse pero no en forma intensa. La radiología simple es normal. La resonancia magnética y la gammagrafía pueden ser de gran ayuda para confirmar el diagnóstico. Actualmente, la artroscopia es útil para el diagnóstico y el tratamiento en los casos que no responden con el reposo y el uso de antiinflamatorios.^{20,24}

Osteoporosis transitoria de cadera: es de etiología desconocida; según algunos autores, no es una entidad única sino un conjunto de patologías con igual cuadro clínico.²⁵ Se manifiesta por dolor súbito o progresivo, sordo, en la región inguinal con disminución de la movilidad de cadera y que aumenta al caminar y en la postura erecta. Los exámenes de laboratorio son normales al igual que la radiología al inicio; luego, aparece osteopenia. La gammagrafía muestra hipercaptación y la resonancia magnética, una imagen de edema de médula ósea. El curso es autolimitado con recuperación en 3 a 6 meses. Su tratamiento es a base de analgésicos y evitar el apoyo de la extremidad durante la fase aguda.^{8,25}

MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Los métodos de laboratorio no son de ayuda, excepto en los casos de procesos infecciosos, tumorales o inflamatorios sistémicos, y como complemento en la detección de algunas enfermedades asociadas.

Los estudios de imágenes -ecografía, radiología convencional, tomografía axial, resonancia magnética, gammagrafía- son de gran utilidad; tienen diferentes

indicaciones con base en sus cualidades. Su uso debe ser racional, juicioso y con un fin, no sólo por solicitar un estudio más. En el desarrollo de cada tema nos hemos referido a su uso en las diferentes entidades analizadas. La electromiografía y la velocidad de conducción nerviosa pueden ser útiles en los síndromes neuropáticos. Una vez más, se debe enfatizar que los estudios deben solicitarse guiados por la clínica.

Referencias

1. Soames RW. Anatomía de Gray. 38ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p.684-91.
2. Salmons S. Anatomía de Gray. 38ª edición. Madrid: Harcourt Brace; 1998. p.868-81.
3. Dunn T, Heller AC, McCarthy SW, Dos Remedios C. Anatomical study of the trochanteric bursa. Clin Anat 2003;16:233-40.
4. Polley HF, Hunder GG. Rheumatologic interviewing and physical examination of the joints. 2nd edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 1978. p.181-207.
5. Hoppenfeld S. Exploración física de columna vertebral y las extremidades. México, D. F.: Editorial El Manual Moderno; 1980. p.250-300.
6. Mazières B, Carette S. The hip. En: Klippel JH, Dieppe PA, editors. Rheumatology. 2nd edition. London: Mosby; 1998. p.4.10.1-8.
7. Lacroix VJ. A complete approach to groin pain. The physician and Sports. Medicine 2001;28:66-86.
8. Dillingham MF, Barry NN, Lannin JV. Hip and knee pain. En: Ruddy: Kelley's Textbook of Rheumatology. 6th edition. Philadelphia: W. B. Saunders Company; 2001. p.535-46.
9. Schapira D, Nahir M, Sharf Y. Trochanteric bursitis: a common clinical problem. Arch Phys Med Rehabil 1986;67:815-7.
10. Shbeed MI, Matteson EL. Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome). Mayo Clin Proc 1996;71:565-9.
11. Dlabach JA. Nontraumatic soft tissue disorders. En: S. Terry Canale. Campbell's operative orthopaedics. 10th edition. London: Mosby Inc.; 2003. p.885-902.
12. Nuccion S L, Hunter DM, Finerman GAM. Hip and pelvis. En: DeLee JC, Drez D, Millar MD. Orthopaedic sports medicine. 2nd edition. Philadelphia: Elsevier; 2003. p.1443-63.
13. Hamilton J, Hilary W, Capell H. The hip or not. J Rheumatol 2001;28:1398-400.
14. Browning KH. Hip and pelvis injuries in runners: careful and tailored management. Sports Med 2001;29:23-34.
15. Fredericson M, Guillet M. DeBenedictis L. Quick solutions for iliotibial band syndrome. Sports Med 2000;28:52-68.
16. Brignall CG, Stainsby GD. The snapping hip: treatment by Z-plasty. J Bone Joint Surg Br 1991;73:253-61.
17. Khan KM, Cook JL, Taunton JE, Bonar F. Overuse tendinosis not tendinitis. Part 1. A new paradigm for a difficult clinical problem. Sports Med 2000;28:38-48.
18. Ruane JJ, Rossi TA. When groin pain is more than just a strain: navigating a broad differential. Sports Med 1998;26:78-84.
19. Brukner P, Bradshaw C, Bennell K. Managing common stress fractures: let risk level guide treatment. Sports Med 26:39-49.
20. Millis MB, Kocher M. Hip and pelvic injuries in the young athlete. En: DeLee JC, Drez D, Millar MD. Orthopaedic sports medicine. 2nd edition. Philadelphia: Elsevier; 2003. p.1463-80.
21. Brown TD, Brunet ME. Thigh. En: DeLee JC, Drez D, Millar MD. Orthopaedic sports medicine. 2nd edition. Philadelphia: Elsevier; 2003. p.1481-505.
22. Vitanzo PC Jr, McShane JM. Osteitis pubis: solving perplexing problem. Sports Med 2001;29:33-48.
23. Brukner P, Bradshaw C, McCrory P. Obturator neuropathy. A cause of exercise-related groin pain. Sports Med 1999;27:62-8.
24. Ikeda T, Awasya C, Suzuki A et al. Torn acetabular labrum in young patients. Arthroscopic diagnosis and management. J Bone Joint Surg Br 1998;70:13.
25. Lakhnani S, Ginsburg WW, Luthra HS et al. Transient regional osteoporosis: a study of 56 cases and review of the literature. Ann Intern Med 1987;106:444.

Páginas web

- <http://www.physsportsmed.com/index.html>
- <http://www.emedicine.com/>
- <http://www.rheumatology.org/publications/guidelines/musc/musc-dis.asp>
- <http://www.medscape.com/rheumatologyhome>

Lecturas recomendadas

Las lecturas recomendadas son agrupadas de acuerdo a la evaluación de los autores en:

* Artículos considerados por los autores como de especial interés.

** Artículos considerados por los autores como excelentes revisiones del tema.

1. ** Lacroix VJ. A complete approach to groin pain. Sports Med 2001;28:66-86.
2. * Hoppenfeld S. Exploración física de columna vertebral y las extremidades. México, D. F.: Editorial El Manual Moderno; 1980. p.250-300.
3. * Nuccion S L, Hunter DM, Finerman GAM. Hip and pelvis. En: DeLee JC, Drez D, Millar MD. Orthopaedic sports medicine. 2nd edition. Philadelphia: Elsevier; 2003. p.1443-63.
4. * Brown TD, Brunet ME. Thigh.