

Compresión e tendinopatía del iliopsoas

Esta página se tradujo automáticamente y todavía no la ha revisado un médico. La **versión en inglés** es la versión oficial.

Qué está sintiendo

El dolor se localiza en la parte delantera de la cadera, en lo profundo de la ingle. Con frecuencia aparece de forma gradual, en lugar de surgir tras una lesión clara. Puede notarlo al levantar la rodilla, al acercar la cadera al pecho o al estirar la pierna hacia atrás. Esto ocurre porque el tendón implicado se desliza por la parte delantera de la articulación de la cadera: se desplaza hacia un lado al flexionar la cadera y hacia el otro al enderezarla. Los movimientos que lo hacen desplazarse repetidamente sobre esa zona pueden irritarlo.

El dolor suele intensificarse tras realizar actividad física; algunas personas lo sienten al despertar o por la noche. También pueden aparecer chasquidos o crujidos en la parte delantera de la cadera. Cosas cotidianas se vuelven más difíciles: salir del coche, subir escaleras, ponerse calcetines y zapatos, o levantarse de una silla baja. Deportes que implican giros rápidos de la cadera, como el golf o el béisbol, suelen desencadenar el dolor.

El dolor inguinal es fácil de malinterpretar. Problemas en la zona lumbar o una distensión en el punto donde los músculos se unen al hueso púbico, en la parte delantera de la pelvis (a veces denominada hernia deportiva), producen síntomas muy similares. Estas afecciones suelen coexistir, y el dolor inguinal a menudo se atribuye a una causa errónea durante meses antes de identificar a la cadera como origen del problema. Si ya se ha sometido a una artroplastia de cadera, el tendón situado en la parte delantera de la cadera también puede irritarse al rozar la nueva articulación, provocando dolor en el mismo lugar.

Dado que varias afecciones pueden generar este mismo dolor profundo en la ingle, un examen minucioso junto con las pruebas de imagen o inyecciones adecuadas son necesarios para determinar qué estructura está causando realmente su dolor.

¿Qué está ocurriendo realmente?

El iliopsoas (se pronuncia: ill-ee-oh-soh-us) es un músculo situado en la parte delantera de la cadera que eleva la rodilla hacia el pecho. Se extiende desde la parte baja de la columna vertebral y el interior de la pelvis hasta un punto óseo del fémur, terminando en un fuerte cordón formado por fibras tendinosas, similar a una cuerda. Ese

cordón cruza por delante de la articulación de la cadera; al flexionar la cadera se desplaza hacia un lado y al enderezarla vuelve al lado opuesto.

Cuando el tendón funciona normalmente, se desliza sin problemas. En el caso de la tendinopatía del iliopsoas, las propias fibras tendinosas se irritan y desgastan debido a las repetidas cargas. En el caso del pinzamiento, el tendón queda comprimido o frotado en el trayecto que sigue por la parte delantera de la cadera; a veces por la forma de los huesos cercanos, y otras veces por partes de una prótesis de cadera por las que debe deslizarse. En ambos casos, ese “cordón” queda comprimido o sometido a tensión, y cada flexión y extensión de la cadera lo arrastra nuevamente sobre la zona dolorida. Por eso, elevar la rodilla, subir escaleras o salir del coche intensifican el dolor mencionado anteriormente; también es por eso que el tendón puede hacer “clic” o “chasquear” al quedar atrapado y luego liberarse.

No obstante, el tendón no es simplemente un cordón pasivo: también contribuye a estabilizar la cadera; por eso, si está muy dañado, la cadera puede sentirse menos estable. La buena noticia es que, cuando sí es necesaria la cirugía, las fibras restantes tienen gran capacidad de reparación: tras la liberación del tendón, la mayoría de los pacientes recuperan su fuerza y el tendón vuelve a ganar gran parte de su grosor original.

Dado que este tendón se encuentra en profundidad y sus síntomas se superponen a los de problemas de espalda o distensiones inguinales, es fácil atribuir el dolor a una causa errónea. Identificar con exactitud qué estructura está afectada es el primer paso, y determina todo lo que vendrá después.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de miembro superior en el Mater Private Hospital Rockhampton, comienza con las opciones menos invasivas que se adapten a su condición. Por lo general, los pacientes son derivados a nuestra clínica por su médico de cabecera; si un fisioterapeuta le ha sugerido consultarnos, igualmente necesitará una derivación de su médico de cabecera para poder acceder al reembolso de Medicare. En su primera visita, tomamos su historia clínica, examinamos su cadera y programamos estudios de imagen si son necesarios para confirmar la causa del dolor.

En un problema como este, que se ha ido desarrollando con el tiempo, normalmente iniciamos con tratamiento no quirúrgico. Los primeros pasos consisten en modificar las actividades que irritan el tendón, así como en realizar fisioterapia orientada a reducir la irritación y restablecer el movimiento y la capacidad de carga de la cadera. Los comprimidos antiinflamatorios (de la misma familia farmacológica que el ibuprofeno) pueden aliviar el dolor mientras se sigue este tratamiento. Le recomendamos seguir este enfoque durante un tiempo razonable antes de considerar otras alternativas.

Si estas medidas no logran mejorar la situación, la siguiente opción puede ser una inyección. Mediante guía ecográfica, colocamos cortisona (un potente antiinflamatorio) alrededor del tendón. Esto ayuda a confirmar que el tendón es la verdadera fuente del dolor, además de tratar la inflamación. Ni los estudios de imagen ni el examen clínico permiten predecir con certeza quién responderá a esta inyección; por eso la utilizamos tanto como prueba diagnóstica como tratamiento. Esto aplica tanto si usted conserva su propia cadera como si tiene una prótesis; la misma técnica de inyección guiada se emplea para la irritación tendinosa tras una artroplastia de cadera.

La cirugía se considera cuando un tratamiento no quirúrgico bien llevado no le ha proporcionado suficiente alivio. La operación consiste en un procedimiento artroscópico (se realizan pequeñas incisiones y se emplea una cámara) para liberar la parte tensa o dañada del tendón, evitando así que se enganche en la parte frontal de la cadera. El tendón sigue desempeñando un papel importante en la estabilidad de la cadera, por lo que analizamos este aspecto detenidamente con usted; la decisión quirúrgica se toma en conjunto. Tras la liberación, la mayoría de los pacientes se libran del fenómeno de “clic” y recuperan su fuerza; el tendón vuelve a crecer hasta alcanzar más del 80% de su grosor original. Si su dolor se debe a que el tendón roza ciertas partes de una prótesis de cadera, también podemos plantear una cirugía dirigida a esas zonas. La recuperación y lo que puede esperar después se describen en la página siguiente.

Qué esperar

Este problema suele tardar mucho en identificarse. El dolor en la ingle de este tipo se atribuye con frecuencia primero a otras causas; muchas personas pasan meses recibiendo tratamiento por la razón equivocada antes de que se reconozca que la cadera es la fuente del problema. Esa demora es habitual y no indica que haya habido algún error en su atención médica hasta ahora.

Si no se trata, el dolor tiende a persistir en lugar de desaparecer por sí solo. El malestar descrito anteriormente suele reaparecer con los mismos movimientos, impidiéndole practicar deportes y dificultando las tareas cotidianas. Es fundamental obtener un diagnóstico correcto a tiempo, ya que ello orienta el tratamiento hacia la estructura adecuada en lugar de hacia una incorrecta.

La mayoría de las personas evolucionan favorablemente una vez que se identifica y se trata la causa. En el caso del dolor en la parte frontal de la cadera provocado por este tendón, la cirugía suele lograr un alivio efectivo del dolor inguinal y de las limitaciones funcionales que este genera. Tras una liberación tendinosa mediante cirugía mínimamente invasiva, más del 92% de los pacientes experimentan un alivio significativo del dolor profundo en la zona anterior de la cadera. Si su dolor se debe a la fricción del tendón contra ciertas partes de una prótesis de cadera, la cirugía en dichas zonas resuelve el problema en la mayoría de los pacientes seleccionados para ello; el 85% se muestra satisfecho en sus últimas revisiones.

No todos los resultados son sencillos, y es importante conocer esto antes de tomar cualquier decisión. Algunas personas a quienes se liberó este tendón mediante cirugía mínimamente invasiva por otros problemas de cadera no logran volver a practicar el deporte que hacían antes de la lesión, y su función articular tiende a ser peor posteriormente. Por ese motivo, la cirugía sobre este tendón no se recomienda a la ligera; su cirujano evaluará si realmente es adecuada para su caso antes de proponérsela.

La recuperación es gradual, no instantánea. Tras la liberación, el tendón recupera gran parte de su grosor y la mayoría de los pacientes recuperan su fuerza; sin embargo, esto ocurre a lo largo de semanas o meses, no en días. Establezca objetivos realistas: una mejora progresiva del dolor profundo en la ingle, mayor facilidad para subir escaleras o conducir, y el retorno a las actividades que disfruta, al ritmo que su cadera le permita.

¿Cuándo consultar a un especialista?

Acuda a su médico de cabecera si ha experimentado dolor profundo en la ingle durante más de unas pocas semanas, especialmente si este dolor se intensifica con los mismos movimientos y no mejora con el reposo. Solicite una evaluación especializada si su dolor inguinal ya ha sido tratado como otra afección, como un problema de espalda o una distensión en la zona donde los músculos se unen al hueso púbico, y no ha mejorado tras meses de tratamiento. Esta demora es frecuente: muchas personas pasan alrededor de 7 meses recibiendo tratamiento por una causa incorrecta antes de que se identifique la cadera como el origen del problema. Consulte lo antes posible si el dolor le impide practicar deportes, o si siente que su cadera ya no le brinda el mismo soporte que antes. Si ya se le ha realizado un reemplazo de cadera y ahora presenta nuevo dolor en la parte frontal de la ingle, indíquelo claramente, pues esto modifica lo que debe examinarse.