

Síndrome de dolor del trocánter mayor

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 síndrome del dolor trocantérico es un conjunto de problemas que provocan dolor en la parte externa de la cadera. Este nombre engloba varias causas distintas: una bursa irritada o inflamada (un pequeño cojín lleno de líquido situado sobre el punto óseo de la cadera), desgarros en los tendones glúteos (las fuertes cuerdas que unen los músculos glúteos a ese hueso) y el fenómeno del “snapping” alrededor de la cadera. Es posible que se presenten varias de estas causas al mismo tiempo.

El dolor se localiza sobre el punto óseo situado en el lateral de la cadera; al presionar esa zona, normalmente se siente sensibilidad. Al mover la pierna hacia el lado, movimiento que controlan los músculos glúteos, la cadera puede sentirse débil. El dolor suele intensificarse por la noche, especialmente al acostarse sobre ese lado; también puede empeorar tras realizar actividad física o al levantarse de la cama por la mañana.

Las tareas cotidianas que implican carga sobre la parte externa de la cadera se vuelven difíciles: caminar, subir escaleras, mantenerse de pie sobre una sola pierna para vestirse o levantarse de una silla pueden resultar dolorosas. Acostarse sobre el lado afectado por la noche puede despertarlo o impedirle encontrar una postura cómoda.

Este dolor puede afectarle más allá de la propia cadera. Las personas con este trastorno tienen menos probabilidades de trabajar a tiempo completo que quienes no lo padecen; además, refieren una peor calidad de vida y mayor discapacidad en su vida diaria.

Un dato importante: el dolor en la parte externa de la cadera no siempre se debe a este síndrome. Si al presionar ese punto óseo no siente dolor intenso, la causa podría estar dentro de la articulación. Por eso es fundamental obtener un diagnóstico preciso. Su cirujano lo examinará y, si es necesario, utilizará pruebas de imagen o una inyección anestésica guiada por ecografía para determinar exactamente qué está provocando su dolor. Un diagnóstico correcto es la clave para un tratamiento eficaz.

¿Qué está ocurriendo realmente?

La protuberancia ósea en el lateral de la cadera se llama trocánter mayor. Funciona como una polea: los tendones fuertes provenientes de los músculos glúteos pasan por encima de él, y entre ellos hay pequeños cojines llenos de líquido que permiten que todo se deslice sin fricción al moverse.

En esta afección, esas estructuras se irritan o dañan. Los cojines pueden inflamarse, y los tendones pueden presentar pequeños desgarros o desgaste con el tiempo. Con frecuencia se dan varios de estos problemas simultáneamente. Se cree que el roce repetido entre el tendón y una banda de tejido tenso que recorre la parte externa del muslo, junto con el uso excesivo, una lesión o un cambio en la forma de caminar, desencadena este proceso.

Los estudios por imagen han cambiado la forma en que se comprende esta afección. Muchas personas a quienes se les diagnosticó bursitis (inflamación de esos cojines) en realidad tienen un tendón desgarrado o desgastado, con pocos signos de verdadera bursitis. Esto es importante, pues el tendón es la estructura que realmente realiza el trabajo: mantiene la pelvis estable cada vez que uno se para, camina o da un paso; cuando se daña, la zona lateral de la cadera envía señales de dolor.

Los síntomas descritos anteriormente son consecuencia directa de esto. La sensibilidad en la zona ósea se debe al tejido irritado que se encuentra allí. La debilidad al mover la pierna hacia el lateral proviene del hecho de que el tendón no ejerce la tracción adecuada. El dolor nocturno ocurre porque al acostarse sobre ese lado se ejerce presión directa sobre la zona afectada.

Un último dato relevante: estos problemas se localizan fuera de la articulación de la cadera, no dentro de ella. Por eso el dolor se percibe de forma distinta al de la artritis, y por eso es fundamental obtener el diagnóstico correcto antes de decidir cualquier tratamiento.

Qué podemos hacer al respecto

El Dr. Kieran Hirpara, cirujano de extremidades superiores 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 determinar la causa. Dado que este problema suele desarrollarse con el tiempo, primero intentamos el tratamiento no quirúrgico y solo consideramos la cirugía cuando este no produce mejoría suficiente.

El primer paso consiste en modificar la forma en que carga su cadera. Esto implica reducir las actividades que desencadenan el dolor y ajustar su forma de caminar, estar de pie o entrenar. La fisioterapia tiene como objetivo fortalecer los músculos glúteos que estabilizan la pelvis, mediante un programa estructurado de carga para los tendones glúteos. Las personas que responden a este tipo de ejercicios específicos refieren menos dolor en la cadera y una mejor funcionalidad diaria en comparación con quienes no los realizan. Le recomendamos probar

este enfoque antes de considerar otras opciones. En casos de desgaste parcial del tendón, el tratamiento no quirúrgico puede ser eficaz a largo plazo, con bajo riesgo de que la lesión empeore.

Si el ejercicio por sí solo no logra controlar el problema, pasamos a las opciones médicas. Los comprimidos antiinflamatorios pueden reducir la irritación en la zona dolorosa. Las inyecciones de cortisona (un medicamento esteroide aplicado cerca del tejido afectado) también ayudan a calmar el dolor. Más del 60 % de los cirujanos utilizan la cortisona como primera o segunda medida para este problema tras una artroplastia de cadera; además, resulta eficaz en casos de bursitis que aparecen después de la cirugía. No obstante, es menos probable que funcione en personas jóvenes o en aquellas con diferencias de longitud entre las piernas. Las inyecciones de plasma rico en plaquetas (preparado a partir de su propia sangre) también se han probado para esta afección; sin embargo, hasta los 6 meses posteriores no se observaron diferencias respecto al placebo, por lo que no las empleamos como primera opción.

La cirugía se plantea cuando el tratamiento no quirúrgico no le ha brindado suficiente alivio. Más de un tercio de los pacientes no mejoran incluso con el mejor tratamiento no quirúrgico; en esos casos, se puede considerar la intervención quirúrgica de forma temprana. La operación se realiza mediante pequeñas incisiones y el uso de una cámara (cirugía artroscópica). Permite liberar la banda de tejido tensa que discurre por la parte externa del muslo, extirpar la bolsa inflamada y reparar el tendón glúteo roto, si lo hubiera. Tanto la reparación artroscópica como la abierta del tendón mejoran la funcionalidad, con tasas de fracaso similares. Analizaremos si la cirugía es adecuada para usted y decidiremos conjuntamente según su nivel de dolor, los resultados de los estudios de imagen y lo que sea importante para usted.

Qué esperar

Para muchas personas, esta afección no desaparece por sí sola. El dolor suele persistir o reaparecer, especialmente por la noche y después de realizar actividad física, a menos que se trate la causa subyacente. Vivir con esta condición a largo plazo tiene un gran impacto: quienes la padecen tienen menos probabilidades de trabajar a tiempo completo que quienes no la tienen; además, refieren una peor calidad de vida y mayor discapacidad cotidiana.

La buena noticia es que la mayoría de las personas mejoran cuando el problema se maneja adecuadamente. El tratamiento no quirúrgico funciona bien en muchos casos, sobre todo cuando hay un desgaste parcial del tendón: en esas situaciones el riesgo de que el desgarramiento empeore es bajo, y los resultados a largo plazo son similares a los obtenidos tras una cirugía. La terapia con ondas de choque (un tratamiento que envía ondas sonoras al tejido afectado) también puede ser útil. En cuanto a las inyecciones, las que se aplican en el cojín de tejido lleno de líquido situado cerca del punto doloroso suelen brindar beneficios más duraderos que otras.

La cirugía se reserva para personas con síntomas graves o para quienes no han mejorado con el tratamiento no quirúrgico. En el 95 % de los casos graves evaluados, la cirugía alivia los síntomas; además, las reparaciones de los tendones glúteos desgarrados se han mantenido estables durante al menos 10 años. Las mejoras en el dolor y la funcionalidad tras una cirugía artroscópica para extirpar el cojín inflamado suelen notarse entre 1 y 3 meses después de la intervención y se mantienen durante todo el seguimiento. Cuando el tendón glúteo ya no puede cumplir su función, el trasplante de un tendón cercano ha demostrado mejorar de forma fiable la función de la cadera y reducir el dolor a los 3 años.

La recuperación es gradual, no instantánea. Se esperan mejoras progresivas a lo largo de semanas o meses, no una solución inmediata. Su cirujano le explicará qué señales debe observar. Si el dolor de cadera aumenta o no mejora tras la cirugía, serán necesarias nuevas evaluaciones entre los 6 y 12 meses; según la causa, podría considerarse una segunda operación al menos 12 meses después.

Una advertencia honesta: los resultados dependen tanto de usted como del tratamiento. Es fundamental respetar los límites postoperatorios. Una persona que manifestó insatisfacción tras una reparación tendinosa no cumplió con las restricciones de carga de peso, continuó fumando a pesar de las recomendaciones médicas y, poco después, se sometió a una cirugía de columna no relacionada. Cumplir con sus obligaciones aumenta al máximo las posibilidades de éxito del tratamiento.

Cuándo consultar a un especialista

Acuda a su médico de cabecera si ha experimentado dolor en la zona ósea situada en el lateral de la cadera durante más de unas pocas semanas, especialmente si dicho dolor no mejora con el reposo o con un cambio en sus actividades. Solicite una evaluación especializada si al presionar ese punto siente sensibilidad, si siente debilidad en la cadera al mover la pierna hacia el lado, o si el dolor le despierta por la noche o le dificulta el trabajo y las tareas cotidianas. Es fundamental obtener un diagnóstico correcto a tiempo, ya que pueden coexistir varios problemas a la vez y cada uno requiere un tratamiento distinto. Si ya se ha sometido a una cirugía de cadera, solicite una revisión si el dolor aumenta o no mejora entre los 6 y 12 meses posteriores a la intervención.