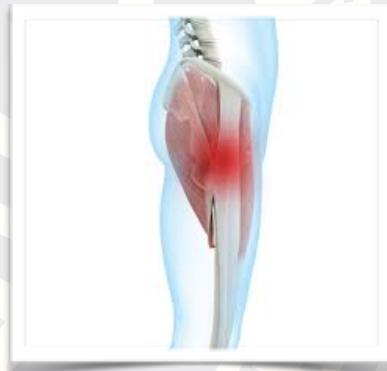


EL SÍNDROME DOLOROSO DEL TROCANTER MAYOR

INTRODUCCIÓN

El síndrome doloroso del trocánter mayor (STM), en sus siglas inglesas conocido como GTPS (greater trochanteric pain syndrome) es un afección bastante frecuente en la población de mujeres en la cuarta, quinta y sexta década de la vida. Puede ser unilateral o bilateral, y es conocido como trocanteritis o bursitis trocanterea. Sin embargo la bursitis trocanterea solo aparece en el 8% de esta patología.



EPIDEMIOLOGÍA

Afecta entre el 15-25% de la población adulta general en países desarrollados. La prevalencia es el 20-35% en pacientes que consultan por dolor lumbar. El 62,7% de los pacientes con STM habían sido evaluados por sospecha de síntomas radiculares lumbares. El 10-20% de los pacientes que acuden a consultas de Atención Primaria por dolor en la cadera tienen criterios de STM. Es más frecuente entre la 4^a-6^a década de la vida. La bursitis real solo ocurre en el 8% de los casos (S. trocánter mayor Arteaga RL). Hay una prevalencia del 17,6% de STM en pacientes con artrosis de rodilla según estudio MOST (Segal et al).

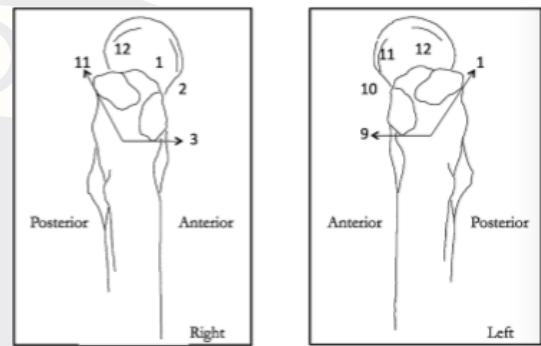
ETIOLOGÍA

La causa de este síndrome radica en varias etiologías, desde la causa *por tejido sinovial*, como las bursitis (en esta zona existen varias bursas que disminuyen la fricción entre las estructuras tendinosas y óseas), la causa *músculo-tendinosa* como son los músculos abductores de la cadera (glúteo medio, glúteo menor y glúteo mayor), la causa *articular* de

la articulación próxima de la cadera que puede provocar dolor irradiado a dicha zona, a la causa *neurológica* por patología localizada en el raquis lumbar con radiculopatías L4, L5 o patología neurológica localizada en la fosa glútea profunda con compresión del nervio ciático mayor al paso por esa zona.

La asociación del STM y dolor lumbar crónico es frecuente hasta el punto de que el 25% de los pacientes con dolor lumbar crónico presentaban síntomas y signos de STM en grado variable.

En las roturas de la musculatura abductora existe la Clasificación de Milwaukee basada en los hallazgos de las imágenes de la RMN y los hallazgos quirúrgicos. Es un sistema de cuatro niveles basado en las horas del reloj, así en la cadera derecha el glúteo medio se inserta en la posición entre las 11 y las 3 horas, y en la cadera izquierda se inserta entre las 9 y la 1. La rotura típica comienza en las fibras centrales del glúteo medio (la 1 en la cadera derecha y las 11 en la izquierda) y se extiende inferior y posteriormente con el grado de incremento de la progresión de la rotura. Cada grado de rotura es igual a una hora del reloj. Un grado 1 incluye una hora, grado 2 dos horas, grado 3 tres horas y grado 4 está cerca del desprendimiento de los tendones abductores del trocánter mayor.



ANAMNESIS

En la evaluación clínica del STM se evidencia dolor en el trocánter mayor irradiado a la cara lateral del muslo hasta la rodilla. A veces refieren parestesias y entumecimiento en el muslo. La intensidad del dolor es variable. Los pacientes refieren que el dolor aumenta con la marcha y en decúbito lateral sobre la cadera afecta, que tienen que cambiar de posición para conciliar el sueño. Esta sintomatología puede llevar años de evolución y a veces han sido intervenido de su columna lumbar sin éxito para este dolor.

EXPLORACIÓN CLÍNICA

La exploración física es importante, para determinar la causa del problema. No han sido descritas maniobras específicas del STM, sin embargo hay unos datos que pueden ayudar al diagnóstico clínico: el patrón de marcha y el trofismo muscular del miembro afecto, la palpación dolorosa del trocánter mayor en su parte posterior (tendón glúteo medio) y en su parte anterior (tendón glúteo menor), el estiramiento del glúteo medio es también doloroso. La valoración de la movilidad de la cadera es preceptivo. El test de abducción en RI y en RE del miembro inferior afecto en decúbito lateral puede dar luz a la afectación del tendón del glúteo medio en el caso de la RI (rotación interna) y del tendón del glúteo menor en el caso de la RE (rotación externa), si bien tiene un defecto que es que tiene un componente de función del tensor de la fascia lata.

El test modificado de la rotación interna resistida (TMRIR) de Walker-Santiago et al (2019) (que está basado en fundamentos biomecánicos, anátomicos, electromiográficos y datos clínicos) para la detección de la rotura parcial del tendón del glúteo medio y casos recalcitrantes de STM. (El test se describe así: decúbito supino con cadera y rodilla en flexión de 90° con 15° de RE de cadera y se invita al paciente a la rotación interna contrarresistencia teniendo el operador una mano en la zona interna de la rodilla y la otra resistiendo la rotación interna en la zona lateral del tobillo del paciente).



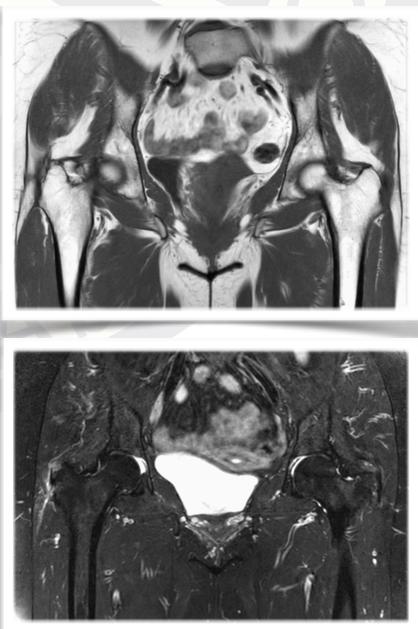
LA ECOGRAFÍA

La exploración por ultrasonidos del trocánter mayor es un método diagnóstico confrontado y fiable, con pocos falsos negativos, que los hay sobre todo en lesiones parciales del tendón del glúteo menor. Las bursitis a veces no se observan y las roturas parciales pueden interpretarse como bursitis.



LA RESONANCIA MAGNÉTICA

Es una prueba con una especificidad y sensibilidad similar a la ecografía, pero tiene la ventaja de que puede valorarse la atrofia del músculo glúteo medio y menor así como la infiltración grasa del músculo cuando la función del mismo disminuye por la disfunción tendinosa. La infiltración grasa, como en la rotura del manguito rotador del hombro puede verse en el vientre muscular del glúteo medio y menor, teniendo la misma Clasificación que Goutalier introdujo en el manguito de los rotadores para el tendón supraespinoso e infraespinoso. *En este caso de las imágenes de la derecha, hay una rotura del tendón del glúteo medio con calcificaciones en T2 del tendón y relajación del vientre muscular del glúteo medio.*



TRATAMIENTO CONSERVADOR

El tratamiento conservador incluye medicación analgésica, antiinflamatoria, estiramientos y tonificación muscular. Este tipo de fortalecimiento muscular debe llevar fortalecimiento de la musculatura abdominal, pelvi-trocanterea y suelo pélvico (denominada CORE).

Asimismo debe ser acompañada de estiramientos específicos de la musculatura abductora, isquiotibial, psoas, adductores y cuádriceps.

Las ondas de choque son técnicas de rehabilitación que se están usando en los últimos tiempos, así como la punción seca. El problema es poner dichas técnicas en pacientes obesas que tienen una capa de grasa por encima de los 5 cm. En dichos pacientes es preciso el uso del ultrasonido para poder acertar en la zona.

Las infiltraciones de PRP con control ecográfico peritendinosas e intratendinosas en tendón del glúteo medio y menor son tratamientos que se están realizando, que son fiables y seguros, aunque aún no hay una evidencia científica rotunda para recomendarlos como solución al problema. Sin embargo hay estudios científicos que presentan una mejoría clínica del STM tras las infiltraciones de PRP con mejoría por encima de los dos años de la inyección.

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

En los casos de rotura parcial o total del tendón del glúteo medio o menor es necesario la cirugía de reparación de las lesiones tendinosas. Asimismo está indicada la cirugía en los casos recalcitrantes de dolor en trocánter mayor que no han mejorado con las técnicas conservadoras y llevan mas de un año de evolución.

Hay dos tipos de tratamiento: el tratamiento endoscópico y el tratamiento abierto.

No hay una técnica mejor que la otra, simplemente a gusto del cirujano que se encuentra mas cómodo con una técnica o con otra.

Los resultados de la cirugía abierta y endoscópica son similares con un 90% de curación de las lesiones tendinosas.

Para la sutura de los tendones abductores, Robertson et al (Arthroscopy 2008) mapearon la huella del tendón del glúteo medio mediante el uso de un software de navegación por computadora tridimensional. Demostraron dos sitios de fijación distintos, la faceta superior-posterior y la faceta lateral. La parte posterior del glúteo medio se inserta en la faceta superior-posterior, mientras que la mayor parte de la porción central y toda la porción anterior se insertan en la faceta lateral.

