

CENTRO DE TERAPIAS BIOLÓGICAS JUAN NOGALES

Dr. Juan J. Nogales Hidalgo

SINDROME DOLOROSO DEL TROCÁNTER MAYOR

11 de febrero de 2018

SINDROME DOLOROSO DEL TROCÁNTER MAYOR

INTRODUCCIÓN

El dolor en la región lateral de la cadera ha sido diagnosticado durante mucho tiempo erróneamente como bursitis trocánteres, siendo usado por primera vez en 1023 por Stegerman, solo el 8% de las personas con este síndrome tienen bursitis y el 20% presentan engrosamiento de la bursa.

Suele presentarse entre los 40, 50 y 60 años de la vida y es mas frecuente en mujeres que en hombres.

Es un síntoma frecuente, y se asocia a patología músculo-tendinosa, sinovial y neurológica.

- Patología músculo-tendinosa: debido a lesión aguda o crónica de los tendones glúteo medio y menor, secundaria a sobrecarga, a patología artrósica de la cadera o a traumatismos. Hay muchos autores que han comparado al glúteo medio y menor con el manguito rotador del hombro.
- Patología sinovial: localizado en las bursas a nivel del trocánter mayor, ya sean la bursa ilio-glúteas o la bursa glúteo-femoral.
- Patología neurológica: debido a radiculopatía Lumbar L4-L5 o a patología de compresión del nervio ciático en la salida pélvica en relación con la fosa glútea profunda que provoca en ambos casos un dolor irradiado a la región lateral de la cadera, pero que también se irradia hacia la región posterior de la pierna.

El 10-25% de la población general sufre este síndrome, pudiendo afectar a gente sedentaria y a deportistas, principalmente corredores.

SINTOMATOLOGÍA

- El dolor al sentarse con las piernas cruzadas.
- Dolor al tumbarse sobre el lado afectado, especialmente nocturno.

- Dolor en apoyo monopodal prolongado.
- Disminución de la tolerancia al ejercicio físico.
- Dolor al estiramiento de la musculatura glútea.
- Dolor en la abducción de cadera contra resistencia.
- Dolor en la marcha.
- Pérdida de movilidad de la cadera y de la fuerza de abducción de la cadera cuando hay desgarro de los tendones glúteos.

EXPLORACIÓN FÍSICA

- *Hipertrofia del tensor de la fascia lata y atrofia de los músculos glúteo medio y menor.*
- *Déficit de fuerza de abducción de la cadera: test de “abducción mas Rotación interna” en el caso del glúteo medio y test de “abducción mas Rotación externa” en el caso del glúteo menor.*
- *Artrosis de cadera y dolor lumbar bajo en el 60% de los pacientes con este síndrome.*
- *Las tendinitis calcificantes en trocánter mayor suelen estar en torno al 13-40% de los casos, lo que indica una sobrecarga de los tendones abductores de la cadera.*
- *Hay que valorar la presencia de compromiso del nervio ciático en la fosa glútea profunda, con el test de “elevación mas aducción pasiva del miembro inferior extendido” que provoca irradiación hasta la región posterior de la rodilla y pierna. Este test se diferencia del test de elevación de miembros inferiores (straight leg raise) ya que este ultimo se realiza sin aducción ni abducción de la cadera. Otro test es el de flexión de la cadera con la rodilla en extension y aplicar rotación interna y adducción, este test es también para la valoración del atrapamiento del nervio ciático en la fosa glútea profunda.*
- *Se deba valorar la movilidad de la cadera así como descartar otras patologías como el impingement femoro-acetabular (FAI), inestabilidad articular, síndrome de compresión del trocánter mayor o de la región ilio-isquiática, etc, mediante una exploración sistemática.*

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Aunque las pruebas complementarias no dan muchos resultados, lo que si parece es que descarta una cantidad de patologías que pudieran ser causa del problema.

- **La radiografía simple:** para descartar patología de artrosis coxo-femoral, lesiones tumores en huesos de la pelvis, imágenes compatibles con impingement fémoro-acetabular o alteraciones en la morfología articular como displasias de cadera etc.
- **La ecografía:** Muy útil para valorar la región trocanterea y la fosa glútea profunda, donde se pueden detectar roturas de los tendones glúteos, bursitis, entesopatías y cualquier aumento de actividad inflamatoria con el efecto doppler.
- **La electroneurografía:** en los casos de compresión del nervio ciático se han descrito estudios electroneurográficos en reposo y tras ejercicios que demuestran la compresión del nervio en la fosa glútea profunda, lo que indicaría una patología neurológica por atrapamiento o compresión en la zona.
- **La Resonancia magnética:** muy útil para descartar múltiples patologías, desde la artrosis, lesiones del labrum cotoideo, necrosis avascular de la cabeza femoral, entesopatía de los glúteos, rotura parcial o total de los tendones glúteos, bursitis, etc...

TRATAMIENTO

Una vez llegado al diagnóstico preciso, se trata de realizar la solución al problema de la forma mas eficiente posible.

La batería de soluciones es importante, y va desde las medidas conservadoras “de la abuela”, hasta el tratamiento recuperador, el tratamiento rehabilitador, las técnicas de infiltración ecoguiadas o no, a las técnicas quirúrgicas que pueden ser endoscópicas o por cirugía abierta.

Así en el trocánter mayor podemos tratarlo con medidas físicas como estiramientos y ejercicios de tonificación muscular, con tratamiento rehabilitador como electroterapia, masaje transversal profundo, ondas de choque, punción seca etc. Las infiltraciones en el trocánter mayor con corticosteroides y anestésicos locales siguen realizándose en la actualidad con un 50% de efectividad; en nuestro caso realizamos infiltraciones de anestésico local y luego aplicamos plasma autólogo rico en plaquetas (PRGF endoret®) que desde 2012 lo usamos con control ecográfico que nos da una mayor exactitud en la colocación del medicamento en la zona afectada y por tanto mejores resultados. En nuestra experiencia hay una mejoría del 85% tras dicho tratamiento. realizamos tres infiltraciones con un intervalo de entre 2 y cuatro semanas de cada infiltración. Cuando hay rotura parcial de los tendones glúteo medio o menor comenzamos con las infiltraciones de PRP y control entre 3 y 6 meses de las mismas: si el control ecográfico y clí-

nico son buenos damos de alta. Si el dolor desaparece y la ecografía evidencia rotura parcial del tendón glúteo medio o menor se mantiene en observación por un año. Si las molestias y la debilidad no desaparecen y la ecografía evidencia rotura y retracción del tendón le recomendamos cirugía de re anclaje del tendón del glúteo medio.

Si existiera un compromiso isquio-femoral lo ideal es descomprimir el espacio con un raspado del borde posterior del trocánter mayor para aumentar dicho espacio.

En el caso de estar afectado el espacio glúteo profundo, que afecta al nervio ciático se debería saber exactamente la causa de la compresión del nervio, que va desde la musculatura rotadora externa a compromisos de espacio como el fémoro-isquiático antes comentado etc.. en estos casos se pueden tratar con estiramientos específicos, ejercicios de tonificación de la musculatura pelvi-trocanterea (muy importante en la estabilidad pélvica) y suelo pélvico.

Si persiste el compromiso nervioso a pesar de esto, se debe realizar liberación del nervio ciático mayor desde la salida pélvica hasta por debajo del trocánter menor, para resolver este problema. En mi caso ha sido muy poco frecuente, pero sin embargo en las cirugías de reemplazo articular he tenido varios casos de compresión del nervio ciático mayor que he liberado, ya que mi abordaje es siempre posterior, y por tanto me permite inspeccionar de forma habitual la fosa glútea profunda, encontrando desde variantes anatómicas del ciático bifurcado y trifurcado pasando a través del piramidal o por detrás del mismo, lo que nos ha permitido resolver el problema y que el dolor posterior irradiado desaparezca. Por ello recomiendo que antes de realizar la cirugía de reemplazo articular se realice una valoración del espacio glúteo profundo por si el abordaje antero-lateral no sea el idóneo para dicha cirugía.

CONCLUSION

- El síndrome doloroso del trocánter mayor está frecuente en el 20% de la población entre 40 y 60 años.
- Es debido a múltiples patologías que hay que descartar o confirmar.
- La bursitis trocanterea es solamente el 8% de la patología. La mayor incidencia está en los tendones del glúteo medio y menor en trocánter.
- El diagnóstico es eminentemente clínico y se puede apoyar en determinadas pruebas complementarias como la rx simple de caderas, la ecografía y en último plano la resonancia magnética o la electroneurografía.

- El tratamiento está basado en un correcto diagnóstico y va desde el tratamiento conservador, a los tratamientos cruentos como las infiltraciones, la cirugía endoscópica o la cirugía abierta.
- Los resultados suelen ser muy positivos y no suelen dejar secuelas.
- Si esta patología no se diagnostica puede estar mucho tiempo en el individuo sin recuperarse de la misma con la mala calidad de vida que conlleva el mismo.
- Por mi parte creo que la aportación que realizo a esta patología es el diagnóstico ecográfico y el tratamiento con infiltraciones ecoguiadas de plasma autólogo rico en plaquetas que llevo realizando desde el 2007 hasta la actualidad, si bien desde 2011 las realizo con control ecográfico.