

SINDROME DE CADERA

David de la Rosa Ruiz Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria EAP Las Ciudades. Getafe. Madrid
Alejandro Tejedor Varillas Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria CS Las Ciudades. Getafe. Madrid Coordinador del GdT de Enfermedades Reumatológicas de la semFyC

Caso clínico

Mujer de 63 años con antecedentes de hipertensión arterial (HTA), obesidad y gonartrosis derecha de larga evolución, que refiere dolor en la cadera izquierda irradiado hasta la rodilla. El dolor aumenta cuando sube las escaleras y cuando duerme en el lado izquierdo. En la exploración, se localiza en la cara lateral de la cadera, con dolor a la palpación del trocánter femoral mayor y la abducción resistida.

Puntos clave

- Siempre hay que contemplar que un dolor en la cadera puede estar originado por causas articulares o extrarticulares, o ser un dolor referido.
- Según la localización del dolor (cara anterior, lateral o posterior), cabe sospechar distintas causas y planteamientos diagnóstico-terapéuticos.
- En general, una patología articular causa dolor con todos los movimientos, mientras que una patología extrarticular suele provocarlo solo con determinados movimientos o maniobras más específicas.
- Gran parte de las causas que originan dolor en la cadera pueden ser sospechadas y diagnosticadas mediante una correcta anamnesis y exploración física realizada por el médico de familia.
- No todo dolor en la cadera es debido a coxartrosis; conviene, además, tener claros los criterios diagnósticos de artrosis para su correcto diagnóstico y clasificación evolutiva.
- Los primeros movimientos que se limitan en la artrosis de cadera son la rotación interna y la flexión.
- El objetivo terapéutico no solo debe ser el control del dolor, sino también minimizar la discapacidad y la limitación funcional, a la hora de elegir el tratamiento más adecuado en cada paciente.
 - **¿Cuál es la importancia del problema?**
 - El dolor de cadera o de origen coxofemoral es un dolor referido frecuentemente a la región inguinal, que puede extenderse por la cara anterior del muslo hacia la rodilla. Sin embargo, cuando un paciente dice que le duele la cadera, probablemente refiera dolor en la ingle, en la cara lateral y superior del muslo o en la nalga. Este texto pretende revisar las principales causas de dolor en la cadera, así como sistematizar su exploración abordando las causas más frecuentes, según su localización. Se excluye el dolor lumbar referido a la cadera, ya que, por su complejidad, se considera demasiado extenso para el presente texto.
 - Gran parte de la bibliografía disponible se centra específicamente en cada una de las causas de dolor articular al hablar de datos epidemiológicos; la mayoría de ellos en

referencia a la osteoartrosis. Esta supone la enfermedad reumática más frecuente y la principal causa de invalidez en países desarrollados¹⁻³; se espera un aumento en su prevalencia⁴. La artrosis en conjunto supone un importante consumo de recursos y un motivo de consulta frecuente⁵, con una prevalencia global en países desarrollados de 7-25% en mayores de 55 años⁶.

-
- Otra de las causas frecuentes de dolor en la cadera es la trocanteritis, con una prevalencia estimada del 10-25%⁷ en países desarrollados, y en población con artrosis de rodilla con una prevalencia del 17%, más habitual en mujeres que en hombres⁸.
-
- Pueden encontrarse algunos pacientes con dolor lumbar que lo expresan como dolor de cadera. La prevalencia de lumbalgia en la población española, determinada en el estudio EPISER⁹, es del 14,8% (12,2-17,4) para lumbalgia aguda y del 44,8% (39,9-49,8) a los 6 meses. Cabe destacar que el síndrome del músculo piramidal puede confundirse con un dolor lumbar, pudiendo llegar a suponer un 5% de los dolores lumbares¹⁰.
-
- Los datos en conjunto con respecto al dolor selectivo de cadera son escasos, sin embargo un estudio en población estadounidense a la que se le preguntó si habían tenido dolor de cadera en las últimas 6 semanas encontró una prevalencia de dolor de cadera del 14,3%; (intervalo de confianza [IC] 95% 13,1-15,5), hombres 11,91%; (IC 95%, 10,2-13,7), mujeres 16,2%; (IC 95%, 14,5-17,8)¹¹, siendo mayor la prevalencia de dolor de cadera en la población deportista¹².
-
- Pero no es solo el dolor lo que preocupa a los pacientes con una afección articular, sino también la discapacidad y el mantenimiento de la funcionalidad articular. Esta es la línea de investigación que más preocupa a los pacientes que presentan dolor articular, muy por delante de las centradas en el recambio articular¹³.
-

▪ **¿Qué causa dolor en la cadera?**

- Cuando un paciente se queja de dolor en la cadera, es importante localizar qué parte de esta es la que le duele, ya que en muchas ocasiones no se refiere solo a un dolor en la ingle que se pueda achacar directamente a la articulación de la cadera, sino a un dolor en la cara lateral o posterior de la cadera o la pelvis. Las causas del dolor pueden deberse directamente a una patología articular, a una causa extrarticular o a un dolor referido (**tabla 1**). Por ello, debe realizarse igualmente una exploración de la articulación superior (la columna lumbar) y la inferior (la rodilla), ya que estas pueden provocar dolor que el paciente interprete como localizado en la cadera o referido en ella.

TABLA 1

Clasificación de las causas de dolor en la cadera

Patología articular	Patología extrarticular	Dolor referido
Artrosis de cadera	Bursitis trocantérea	Patología columna dorso-lumbar
Artritis inflamatoria	Síndrome del músculo piriforme	Sacroileítis
Artritis séptica	Tendinitis de los músculos aductores	Enfermedades intrabdominales
Fractura de cadera	Bursitis ileopectínea	Meralgia parestésica
Necrosis avascular	Bursitis isquioglútea	Cólico nefrítico
Fractura de pelvis	Atrapamiento del nervio obturador	Dolor irradiado desde la rodilla
Enfermedad de Perthes	Polimialgia reumática	Tumores pélvicos
Sinovitis de cadera	Hernia inguinal	
Epifisiólisis femoral	Adenitis inguinal	

▪ **¿Cómo determinar si el dolor se debe a una patología en la cadera?**

▪ En primer lugar, es importante realizar una adecuada anamnesis, en la que se describan las características del dolor, su localización, el tiempo de evolución, los factores desencadenantes y los agravantes¹⁴. Hay que determinar la zona de la cadera que provoca el dolor, ya que su localización anterior, lateral o posterior puede orientar una causa específica.

▪ Lo primero que se debería inspeccionar es la postura del paciente en bipedestación y desde detrás, ya que una patología en la cadera puede alterar la postura y una escoliosis o una disimetría del miembro inferior pueden provocar dolor en la cadera. Hay que fijarse en:

- • Presencia de una curva escoliótica, valorando si se debe a una escoliosis real o postural mediante el test de Adams.
- • Lordosis lumbar excesiva: posible manifestación de:
 - – Una contractura en flexión de la cadera secundaria a una patología articular.
 - – Debilidad de la musculatura abdominal.
 - – Espondilolistesis grave.
- • Lordosis lumbar disminuida: orienta una patología lumbar con espasmo muscular asociado.
- • Inclinación o báscula pélvica: valorando los hoyuelos lumbosacros o colocando los dedos en las crestas ilíacas. Determina la existencia de una disimetría de miembro inferior y se suele acompañar de una escoliosis compensadora.

▪ En segundo lugar, se realizará la exploración de la marcha, pudiendo encontrar:

- • **Marcha antiálgica:** provocada por cualquier patología que cause dolor en el miembro inferior. Se produce un acortamiento de la fase de apoyo del miembro afectado,

alternando pasos fuertes con pasos débiles.

FIGURA 1



- • **Marcha en Trendelenburg** (figura 1): durante la fase de apoyo del lado afectado, se produce una caída de la pelvis del lado opuesto desplazándose al lado afectado la cabeza y el cuerpo para evitar la caída. Si el problema es bilateral, se producirá una «marcha de pato». Se puede poner de manifiesto igualmente mediante el test de Trendelenburg, en el que se pedirá al paciente que levante alternativamente cada pierna, siendo positivo cuando la pelvis cae al levantar la pierna contralateral al lado afectado y hay una lateralización compensadora de cabeza y cuerpo. Una marcha en Trendelenburg pone de manifiesto insuficiencia de los abductores, que se puede producir por:
 - – Displasia congénita de cadera.
 - – Miopatía.
 - – Hernia discal que afecta a la raíz L5.
 - – Coxa vara:
 - · Idiopática.
 - · Enfermedad de Perthes.
 - · Epifisiólisis.
 - · Raquitismo.
 - · Fractura del cuello femoral.
- • **Marcha coxálgica:** hay una sacudida lateral hacia el lado afectado, pero no cae la pelvis del lado levantado. Se produce para disminuir la presión en la cadera durante la fase de apoyo, por lo que manifiesta un problema articular.
- • **Marcha de la dismetría:** se observa una sacudida lateral hacia el miembro inferior más corto durante la fase de apoyo de este.
-
- Exploración de la cadera¹⁵:
 -
 - 1. Inspección: a diferencia de lo que ocurre en la rodilla, es difícil valorar una inflamación localizada, dada la profundidad de la articulación, por ello es importante la exploración

de la marcha y de las actitudes en flexión que pueden orientar hacia una patología articular.

-
- 2. Palpación:
 - • Cara anterior: conviene localizar la cresta ilíaca y la espina ilíaca anterosuperior; a 2 cm de esta se puede localizar la emergencia del músculo femorocutáneo, entre el sartorio y tensor de la fascia lata, que en el caso de la meralgia parestésica resultará doloroso a la percusión (signo de Tinel). Además, hay que buscar el pulso en la arteria femoral, ya que un dolor por una hernia inguinal se situará medial a la arteria femoral y una bursitis iliopectínea y el quiste sinovial lateral a ella. En esta postura, se realizará el test del piriforme, que puede resultar doloroso al flexionar la cadera a 45° y la rodilla a 90°, forzando la rotación interna y la aducción.
 - • Cara posterior: puede hacerse con el enfermo en decúbito lateral o preferentemente en decúbito prono.
 - • Se valorarán las apófisis espinosas buscando puntos dolorosos que no orienten a fracturas o la presencia de un hueco bajo una de ellas que no haga pensar en espondilolistesis.
 - • Se pueden palpar a ambos lados de las espinosas los macizos articulares en busca de patología degenerativa.
 - • Las articulaciones sacroilíacas suelen ser dolorosas a la palpación en la lumbalgia; sin embargo, su exploración se basa en maniobras de distracción y compresión de la pelvis que resultan dolorosas en casos de sacroileítis, como la maniobra de Fabere, en la que se coloca la cadera en flexión, abducción y rotación externa, con el pie apoyado en la rodilla contralateral y presiona sobre la rodilla flexionada y la cadera contralateral.
 - • Palpación de la musculatura paravertebral.
-
- 3. Exploración de la movilidad (tabla 2). Un dolor en todos los movimientos implica patología articular, y si solo ocurre en algunos, extrarticular.
 - • Test de Thomas: se realiza manteniendo en extensión la pierna que se quiere explorar flexionando todo lo posible la contraria. En caso de existir una contractura en flexión, se levantará la cadera evaluada.
-
- Un contractura en flexión pone de manifiesto una patología articular o una retracción del psoas ilíaco secundaria a una parálisis cerebral.

TABLA 2

Exploración de la movilidad de la cadera

Movimiento	Exploración	Grados	Inervación	Músculos
Flexión	Decúbito supino. Flexionar cadera y rodilla aproximando el muslo al abdomen	110-120°	Femoral e ileopsoas	Psoas iliaco, sartorio
Extensión	Decúbito prono. Inmovilizar pelvis haciendo presión hacia abajo con una mano y extender la pierna con la otra (test de Thomas)	10-15°	Tibial y glúteo inferior	Glúteo mayor, semimembranoso, semitendinoso
Abducción	Decúbito supino. Inmovilizar pelvis con una mano sobre la cresta ilíaca contralateral y separar la pierna extendida desde el tobillo	45-50°	Glúteo superior	Glúteo menor
Aducción	Decúbito supino pierna extendida. Inmovilizar pelvis contralateral. Cruzar una pierna sobre la otra	30°	Piramidal y obturador	Aductores, Grácil
Rotación interna	Decúbito supino, cadera y rodillas extendidas, mover pie hacia dentro Cadera y rodilla flexionadas, mover rodilla hacia dentro	30-40°	Piramidal y obturador	Piramidal, mediano
Rotación externa	Igual que la rotación interna, pero moviendo el pie y la rodilla hacia fuera	45°	Glúteo superior y obturador	Glúteo menor, tensor de la fascia lata, aductor

- Completando con la exploración de la columna lumbar: como ya se ha comentado, en determinadas ocasiones, el paciente puede referirse a la columna lumbar cuando habla de dolor en la cadera. Por ello, en caso de que se refiera a un dolor lumbar, conviene realizar maniobras como la de Lasègue, en la que se debe levantar la pierna en extensión (se considera positiva cuando se produce un dolor a menos de 60°) y la de Bragard, en la que, una vez alcanzado el punto doloroso, se desciende ligeramente la pierna hasta que desaparezca el dolor y se realiza una extensión del pie (que volverá a provocar dolor en caso de resultar positiva). Ambas maniobras orientan hacia una compresión radicular. Conviene además realizar una exploración de la movilidad del miembro inferior.

- **¿Qué provoca dolor en la cara anterior de la cadera? (tabla 3)**

TABLA 3

Diagnóstico diferencial del dolor en la cara anterior de la cadera

Causa	Clínica	Exploración	Diagnóstico
Artrosis de cadera	Limitación funcional Dolor inguinal	Dolor con la movilización pasiva Limitación rotación interna	Osteofitos Disminución del líquido
Artritis séptica	Dolor intenso Fiebre	Cadera en flexo Signos inflamatorios locales	Análisis del líquido
Tendinitis de los aductores	Dolor inguinal irradiado por cara interna del muslo	Aumento del dolor al apretar objeto con las piernas	Clínico
Bursitis iliopectínea	Dolor inguinal irradiado por cara anterior	Dolor con flexión contrarresistencia e hiperextensión de cadera	Clínico. Imagen diferencial
Atrapamiento del nervio obturador	Dolor inguinal Parestesias en cara interna del muslo	Alteración de la sensibilidad sin afectación motora	Clínico

-
- **Artrosis de cadera**
- Se han determinado varios factores de riesgo específicos para artrosis de cadera, como la obesidad, la sobrecarga articular, la actividad física y la displasia de cadera. La coxartrosis supone la principal causa de dolor en la cara anterior de la cadera, a nivel inguinal, así como de impotencia funcional en la cadera, provocando limitación en la movilidad articular que produce dolor con todos los movimientos y limita preferentemente la rotación interna y la flexión, pudiendo en casos avanzados adoptar una actitud en rotación externa. Sin embargo, no todos los dolores articulares son achacables a la artrosis. La artrosis de cadera, al igual que en la rodilla, está determinada por unos criterios clínicos y clínico-radiológicos, establecidos por Altman¹⁶ en 1991 y reflejados en la Sociedad Española de Reumatología, que son los siguientes:
 -
 - • Criterios clínicos (sensibilidad: 86%, especificidad: 75%):
 - – Dolor en cadera, y una de las siguientes opciones:
 - a) Rotación interna < 15°, y velocidad de sedimentación globular (VSG) < 45 mm/hora (subrogado a cuando la flexión de la cadera sea ,115°).
 - b) Rotación interna < 15°, y rigidez matutina < 60 minutos y edad mayor de 50 años y dolor a la rotación interna.
 - • Clínicos, radiológicos y hallazgos de laboratorio (sensibilidad: 89%, especificidad: 91%):
 - – Dolor en cadera y al menos dos o tres de los siguientes:
 - a) VSG < 20 mm/hora.
 - b) Osteofitos en la radiografía.
 - c) Estrechamiento del espacio articular en la radiología.
-
- La Liga Europea contra las enfermedades reumáticas (EULAR)¹⁷ basa el tratamiento de la artrosis en tres pilares fundamentales: el tratamiento no farmacológico, el tratamiento farmacológico y el tratamiento quirúrgico, individualizándolo según los factores de riesgo, el grado de dolor y discapacidad, y los deseos del paciente.
-

▪ **Tratamiento no farmacológico**

- Incluye las terapias educacionales, el ejercicio físico, la reducción de la obesidad y el uso de medidas para reducir la sobrecarga articular, como los bastones y muletas. En general, la evidencia disponible es escasa y no centrada en artrosis de cadera, y muestran mejoría del dolor principalmente con el ejercicio y las intervenciones basadas en la educación y la información a los pacientes (grado de recomendación B).

▪ **Tratamiento farmacológico**

- • **Paracetamol:** supone el tratamiento de primera elección, ya que ha demostrado ser un tratamiento efectivo en la reducción del dolor (grado de recomendación A) en menor medida que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pero con un mejor perfil de seguridad.
- • **AINE:** se recomiendan en la mínima dosis eficaz cuando el paracetamol no controla el dolor (grado de recomendación A). Su principal limitación es la presencia de efectos adversos gastrointestinales, que pueden limitarse con el uso de gastroprotectores o de inhibidores selectivos de la COX-2, en función del riesgo gastrointestinal y cardiovascular¹⁸.
- • **Derivados opioides:** pueden ser indicados cuando no se controla el dolor con otros analgésicos siempre que se monitorice la dosis, el efecto analgésico y la aparición de efectos adversos¹⁷.
- • **SYSDAOAS** (*Symptomatic Slow Acting Drugs for Osteoarthritis*): incluyen fármacos como el sulfato de glucosamina, el condroitín sulfato y el ácido hialurónico. Recientemente se ha desaconsejado la utilización aislada del sulfato de glucosamina, y el condroitín sulfato y el ácido hialurónico siguen sometidos a debate y controversia; se necesitan más estudios al respecto, incluso se han desaconsejado en la guía NICE 2014¹⁹.
- • **Fármacos intrarticulares**
 - – Corticoides intrarticulares: reducen el dolor al mes, pero este efecto no se mantiene a los 3 meses.
 - – Ácido hialurónico: disminuye el dolor al mes con mantenimiento del efecto durante más tiempo²⁰ (grado de recomendación B); resultados controvertidos y de poca consistencia.

▪ **Tratamiento quirúrgico**

- • **Con preservación articular (osteotomías):** reservadas a pacientes jóvenes con el fin de retrasar la cirugía.
- • **Recambio articular:** se debe plantear en pacientes en los que el dolor y la incapacidad no respondan a los tratamientos previos.

▪ **Bursitis iliopectínea**

- Se caracterizan por dolor en la cara anterior de la cadera, a nivel de la región inguinal, que se reproduce con la flexión contrarresistencia de la cadera y con la extensión forzada, ya que la bursa iliopectínea se localiza entre la cara anterior de la cápsula articular y el tendón del psoas ilíaco²¹. Se debe principalmente a traumatismos y pueden ocurrir en corredores, pudiendo asociarse a otras patologías que afectan a la articulación coxofemoral. El diagnóstico diferencial debe realizarse con otras causas de masas en la región inguinal, ya que la inflamación de la bursa puede ser palpable al producir un efecto masa; por ello, una ecografía puede ayudar a descartar una hernia inguinal, adenopatías, abscesos del psoas y malformaciones vasculares.

▪ **Bursitis isqueoglútea**

- La bursa isqueoglútea está localizada entre la porción inferior del glúteo mayor y la tuberosidad isquiática. Se produce en personas que pasan mucho tiempo sentadas, o

debido a la compresión local, como la cartera en el bolsillo posterior de los pantalones, etc. Clínicamente, se manifiesta como dolor en la región isquiática que puede irradiar a la cara lateral del muslo o simular una ciatalgia. Aumenta con la sedestación en superficies duras y a la palpación de la tuberosidad isquiática, así como con la flexión pasiva forzada y con la extensión y abducción contrarresistencia.

-
- El tratamiento de las bursitis iliopectínea e isquioglútea es similar al de la bursitis trocantérea, aunque en este caso la menor accesibilidad puede limitar el tratamiento mediante infiltraciones.
-

▪ Tendinitis de los aductores

- La causa más frecuente son movimientos forzados de flexoextensión y abducción de las caderas (jugar a fútbol, correr, bailar). Se manifiesta como dolor en la cara interna del muslo y a la palpación de la inserción de los abductores en el pubis, así como con la abducción resistida y al realizar abducción forzada. Su diagnóstico es eminentemente clínico y su tratamiento, con reposo, AINE y fisioterapia, suele ser suficiente²².
-

- En su diagnóstico diferencial conviene destacar la neuropatía del obturador, ya que produce igualmente dolor en la cara anterior de la cadera, que se puede irradiar por la cara interna del muslo, pero asociado a parestesias, e hipoestesia en la cara interna del muslo sin defecto motor. Su manejo es similar al de la meralgia parestésica, que se describe más adelante; precisa pruebas de imagen para descartar factores asociados y ayudar al diagnóstico diferencial²³.
-

▪ ¿Qué provoca dolor en la cara lateral de la cadera? (tabla 4)

TABLA 4

Diagnóstico diferencial del dolor en la cara lateral de la cadera

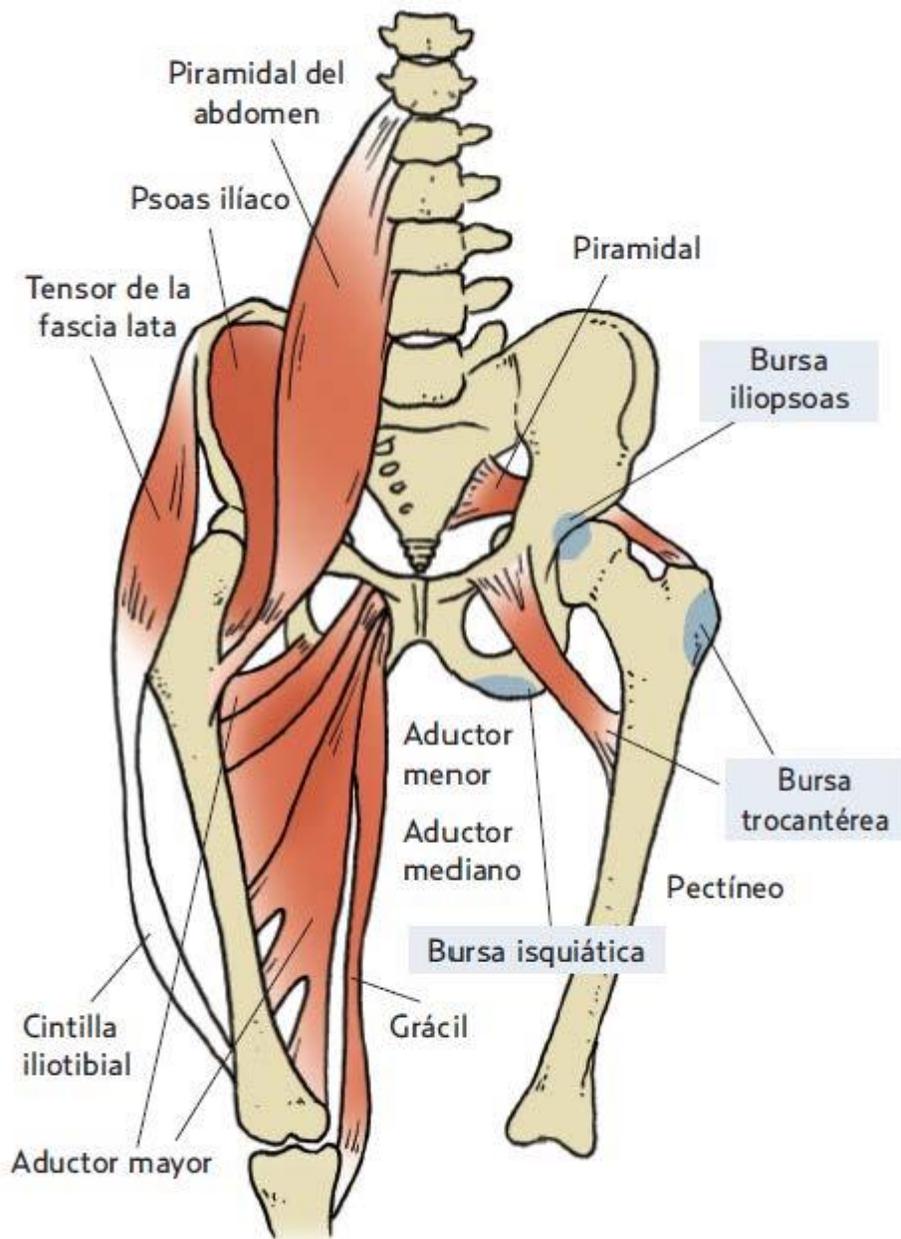
Causa	Clínica	Exploración	Diagnóstico
Bursitis trocantérea	Dolor en cara lateral que se puede irradiar a rodilla	Dolor a la palpación de trocánter Dolor con abducción pasiva forzada Dolor con abducción contrarresistencia	Clínico Radiológico des tum
Meralgia parestésica	Dolor en cara lateral Parestesias y disestesias en cara anteroexterna del muslo Empeora en bipedestación y marcha Mejora en sedestación	Aumento del dolor con hiperextensión y abducción	Clínico EMG

- EMG: electromiografía.

▪ Bursitis trocantérea o trocanteritis

FIGURA 2

Músculos de la pelvis y bursas trocantéreas



Modificado de: http://commons.wikimedia.org/wiki/File:Anterior_Hip_Muscles_2-es.png

- Alrededor de la cadera se encuentran varias bolsas o bursas sinoviales, la trocantérea, la iliopectínea y la isquioglútea, cuya función es limitar el roce de los tejidos blandos con las prominencias óseas (figura 2). La bursa trocantérea se compone de cuatro bursas,

la principal es la localizada entre los tendones del glúteo mayor y el glúteo medio. La Trocanteritis o síndrome doloroso del trocánter mayor afecta más a mujeres que a hombres y se asocia a traumatismos agudos, microtraumatismos, disimetrías, alteraciones de la marcha, obesidad y artrosis de rodilla y cadera, así como a depósitos de cristales o infecciones como la tuberculosis trocantérea.

-
- Se caracteriza clínicamente por dolor constante, localizado en la cara lateral de la cadera, que puede irradiarse por la cara lateral de la pierna hasta la rodilla; de forma ocasional, puede irradiarse por debajo de esta. El dolor aumenta a la palpación y puede empeorar con la sedestación prolongada, el decúbito lateral sobre el lado afectado, pasar de sedestación a bipedestación, al subir escaleras y al correr o hacer actividades de alto impacto.
-
- En la exploración se desencadena dolor a la palpación del trocánter femoral, que aumenta al realizar una rotación interna pasiva con la rodilla y la cadera flexionadas 90° y con la abducción contrarresistencia.
-
- Aunque el diagnóstico es fundamentalmente clínico, estaría indicada una radiografía anteroposterior y lateral de cadera, ya que debe realizarse un diagnóstico diferencial con el dolor lumbar con irradiación, con fracturas ocultas y con tumores óseos; en caso de ausencia de respuesta al tratamiento o sospecha de causa infecciosa o tumoral, podría ser útil la resonancia magnética o la ecografía.
-
- El tratamiento conservador, que suele ser efectivo en la mayoría de las ocasiones, se basa en el uso de AINE y frío local asociados a pérdida de peso y modificación de la causa desencadenante en los casos en que sea posible (grado de recomendación B). Si esto fracasa, el uso de infiltraciones con corticoides locales asociados a un anestésico local mejora el dolor hasta en un 77% de los pacientes al cabo de 1 semana de tratamiento y en un 61% a los 6 meses, aunque no existen estudios controlados con placebo (grado de recomendación B). En caso de existir una mejoría del dolor, pero una recidiva posterior, que suele ser frecuente a partir de los 6 meses, puede ser necesaria la repetición de la infiltración²⁴. En caso de fracaso del tratamiento conservador, quizá se precisen tratamientos quirúrgicos en los que se realice una bursectomía o extirpación de calcificaciones.
-

▪ **Meralgia parestésica**

- Se debe a la compresión del músculo femorocutáneo que emerge por el borde lateral del psoas ilíaco y pasa bajo el ligamento inguinal. Su causa suele ser desconocida, aunque es más frecuente en hombres y se asocia a obesidad, diabetes, hipotiroidismo, cirugía abdominal, embarazo y ascitis, así como al uso de ropa ajustada. Se caracteriza por dolor y parestesias en la cara lateral del muslo, con una zona de hipostesia en la exploración, sin afectación de los reflejos ni déficit motor²⁵. No se requieren pruebas diagnósticas, salvo que se sospechen enfermedades asociadas, aunque puede confirmarse mediante electromiografía (EMG). El tratamiento conservador suele bastar, e incluye analgésicos, anticonvulsivos y antidepressivos tricíclicos, y solo en casos refractarios precisa cirugía (grado de recomendación B).
-

▪ **¿Qué provoca dolor en la cara posterior de la cadera? (tabla 5)**

TABLA 5

Diagnóstico diferencial del dolor en la cara posterior de la cadera

Causa	Clínica	Exploración	Diagnóstico
Sacroileitis	Dolor en región glútea superoexterna Empeora de noche	Maniobras de compresión-distracción de la pelvis dolorosas (FABERE)	Radiografía
Síndrome del músculo piriforme	Dolor en glúteo que aumenta en decúbito prono, sedestación	Dolor mediante tacto rectal. Test de FAIR: flexión abducción y rotación interna	EMG en y rotación
Bursitis isquioglútea	Dolor en glúteo que aumenta sentado sobre superficies duras.	Dolor en tuberosidad isquiática. Dolor con extensión resistida	Clínico
Síndrome de los isquiotibiales	Dolor en cara posterior del muslo. Aumenta al subir cuestras y escaleras	Dolor con la flexión de rodilla	Las pruebas pueden ayudar al diagnóstico

EMG: electromiografía.

▪ Síndrome del músculo piriforme

FIGURA 3

Test de FAIR para el diagnóstico del síndrome del músculo piriforme



Modificado de: Williams²⁴.

- Se caracteriza por la compresión del nervio ciático por el músculo piriforme. Este músculo es el principal rotador externo de la cadera en extensión. Puede ser secundario a actividad física intensa, sedestación prolongada, hiperlordosis lumbar y disimetrías, así como variantes anatómicas.
- Clínicamente, se manifiesta de forma similar a la lumbociatalgia confundiendo en muchas ocasiones con esta. Provoca dolor en la cara posterior de la cadera que puede irradiarse por la cara posterior del muslo, la pierna y el pie, aumenta al sentarse y al

realizar una maniobra de flexión abducción y rotación interna (test de FAIR) que provoca un estiramiento del músculo (figura 3).

-
- El diagnóstico es de exclusión y las pruebas diagnósticas deben servir para descartar otras causas de dolor lumbar. El EMG con la pierna en abducción, flexión y rotación interna puede ayudar a establecer el diagnóstico. El tratamiento conservador con AINE, reposo, estiramientos del músculo y electroestimulación transcutánea de nervios (TENS) suele ser suficiente, aunque pueden ser necesarias infiltraciones de toxina botulínica o cirugía de descompresión (grado de recomendación B)²⁶.
-

▪ **¿Cuándo se debería plantear una derivación a otro nivel?**

▪ **Urgente**

- • Antecedente de traumatismo, caída con sospecha de fractura o lesión ósea reciente.
- • Sospecha de origen infeccioso.
- • Sospecha de origen tumoral.
- • Sospecha de origen inflamatorio.
-

▪ **Reumatólogo o traumatólogo**

- • Dolor que no mejora con el tratamiento conservador.
- • Existencia de fractura ósea.
- • Sospecha de origen infeccioso, tumoral o inflamatorio cuando no sea de derivación urgente.
- • Valoración de indicación quirúrgica; p. ej.: pacientes con coxartrosis en los que el dolor y la limitación funcional no responden al tratamiento.
-

▪ **Lecturas recomendadas**

- Poultsides LA, Bedi A, Kelly BT. An algorithmic approach to mechanical hip pain. HSS J. 2012 Oct;8(3):213-24.
-
- Hermosa Henán JC, Recio P. Dolor de cadera. Reumatismos periarticulares y de partes blandas. Suplemento Jano Dic 2011; 21-26.
-
- Williams BS, Cohen SP. Greater trochanteric pain syndrome: a review of anatomy, diagnosis and treatment. Anest Analg. 2009 May;108(5): 1662-70.
-

▪ **Bibliografía**