

Síndrome doloroso del trocánter mayor de origen miofascial: estudio de dos casos

J. L. Bartolome Martín. *Fisioterapeuta. Profesor Colaborador del Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU. Madrid.*

A. L. Rodríguez Fernández. *Fisioterapeuta. Profesor Colaborador del Departamento de Fisioterapia de la Facultad de Medicina de la Universidad San Pablo-CEU. Madrid.*

RESUMEN

Es relativamente frecuente la confusión diagnóstica en el caso del dolor trocántero entre la entidad conocida como síndrome doloroso del trocánter mayor, frecuentemente producido por inflamación de la bolsa trocántera y un síndrome miofascial provocado por puntos gatillo miofasciales de músculos tales como: cuadrado lumbar, glúteos, piramidal, tensor de la fascia lata o vasto externo.

El presente trabajo muestra dos casos clínicos en los que se produjo tal error y la evolución de los pacientes una vez realizada una correcta valoración, teniendo en cuenta el diagnóstico diferencial.

La diferencia de días en la recuperación del cuadro cuando se identifica correctamente el dolor miofascial como causa del problema muestra la necesidad de tener en cuenta este origen en la exploración del síndrome trocántero.

Palabras clave: síndrome doloroso, trocánter mayor, bursitis trocántera, síndrome de dolor miofascial.

ABSTRACT

It is relatively frequent the diagnostic confusion, in the case of trochanteric pain, between the entity known as great trochanteric pain syndrome, frequently caused by the inflammation of the trochanteric bursa, and the myofascial syndrome caused by trigger points of some muscles as such: quadratus lumborum, gluteal muscles, piriformis, tensor fasciae latae or vastus lateralis.

This study shows two clinical cases with such mistake in the diagnostic and its evolution after a correct evaluation of the patients, considering the differential diagnostic.

The difference in the recuperation time, when the myofascial pain is identified correctly as the origin of the problem, shows us the need of consider this cause in the exploration of the trochanteric syndrome.

Key words: pain syndrome, great trochanter, trochanteric bursitis, myofascial pain syndrome.

INTRODUCCIÓN

El síndrome doloroso del trocánter mayor (*greater trochanteric pain syndrome* GTP5h) engloba procesos dolorosos de la cadera descritos como trocanteritis o bursitis trocantérea, causas frecuentes de dolor de las estructuras periarticulares de la cadera.

Este síndrome puede estar provocado por la fricción constante del tensor de la fascia lata al pasar por encima de la bolsa serosa en los movimientos de flexoextensión. Puede ser provocado a su vez por traumatismos en la zona, alteraciones biomecánicas de la extremidad inferior, alteraciones de las estructuras vecinas o síndrome de dolor miofascial. Una causa desencadenante es la patología del músculo glúteo medio, tanto a nivel del vientre muscular como a nivel del tendón, estando también involucrado, pero en menor medida, el glúteo menor [1]. En un 8 % de los casos, las causas son desconocidas [2].

La gran mayoría de los pacientes refieren dolor en la cara externa del muslo, alrededor del trocánter mayor, de carácter unilateral, con un curso subagudo o crónico, que se exacerba durante la deambulación, al subir o bajar escaleras y sobre todo por la noche con el decubito lateral sobre el lado afecto [3]. Puede haber en otros casos una sensación de chasquido o roce audible, en un porcentaje alto se puede asociar a hormigueos e irradiación hacia la cara externa del muslo. Puede aparecer en cualquier edad y en ambos sexos, pero con un predominio en mujeres entre los 40 y 60 años de edad [4].

En la exploración se encuentra dolor selectivo y unilateral a la presión en el borde externo y posterior del trocánter mayor, generalmente en la inserción del glúteo medio, pudiéndose encontrar una zona de tumefacción local, reproduciéndose el dolor al realizar la abducción contra resistencia y rotación externa [5].

Se ha relacionado la existencia de síndrome doloroso del trocánter mayor con la aparición de lumbalgias e incluso ciáticas, describiéndose procesos crónicos con tratamientos conservadores fallidos en los que al ser tratado el síndrome, han desaparecido los dolores en la espalda [6, 7].

Los pacientes con puntos gatillo miofasciales (PGM) activos cuyo dolor sea irradiado a la zona del trocánter pueden ser diagnosticados erróneamente de síndrome doloroso del trocánter mayor. Se define el PGM como un foco hiperirritable localizado en el seno de una banda tensa de músculo esquelético [8-10]. Cuando es estimulado, produce un dolor local y un patrón típico de dolor referido. Además, el PGM es responsable de una disfunción mecánica que cursa con debilidad del músculo afectado y limitación de la movilidad.

Varios son los criterios diagnósticos a tener en cuenta para la localización de los PGM responsables de un cuadro doloroso, siendo los más importantes [11, 12]:

- Dolor en un patrón generalmente característico de cada PGM.
- El PGM debe de encontrarse dentro de una banda tensa.
- El dolor provocado por la palpación debe de ser reconocido por el paciente como el suyo.

Existen PGM de diferentes músculos que tienen como patrón de dolor referido la zona trocantérea o similar al dolor producido por el síndrome doloroso del trocánter mayor, siendo esencial el diagnóstico diferencial.

MATERIAL Y MÉTODOS

La base de este artículo es la revisión de dos casos clínicos.

Caso 1

Paciente mujer de 45 años de edad, administrativa de profesión, acude a una primera consulta con dolor en ambas caderas y zona lumbar. Diagnosticada de trocánteritis y lumbalgia, es tratada mediante ultrasonidos y tens (20 sesiones). En la revisión no refiere mejoría, por lo que es cambiado el tratamiento a laserterapia (10 sesiones), que tampoco produce una mejoría significativa de la paciente. Realizada una segunda exploración se descubre un síndrome de dolor miofascial producido por los puntos gatillo de los siguientes músculos:

- Cuadrado lumbar: punto superficial 2, bilateral.
- Glúteo mediano: punto 1, bilateral.
- Glúteo menor: puntos anteriores pierna derecha.

Los puntos fueron tratados mediante la técnica de compresión isquémica consistente en localizar el PGM y realizar una compresión suave hasta que comience el dolor, en ese momento se mantiene y se espera unos segundos hasta que el dolor desaparece. Llegado este momento, se aumenta la presión hasta provocar el dolor y se repite la secuencia anterior hasta que la presión no produce dolor o pasa aproximadamente un minuto. Seguidamente se realizó un estiramiento analftico de los referidos músculos. Después de 4 sesiones, solo persistía el PGM del glúteo mediano del lado derecho, habiéndose inhibido los puntos restantes. Dos sesiones más tarde, la paciente no refiere dolor en las zonas trocánterreas ni son localizados PGM.

Caso 2

Mujer de 22 años de edad, estudiante y esporádicamente azafata de congresos.

Diagnosticada de bursitis trocánterica derecha, tratada mediante ultrasonidos y tens (15 sesiones) sin reflejar mejoría. En una segunda exploración se descubren los siguientes puntos gatillo:

- Glúteo mediano: punto 2.
- Piramidal: punto 1.

Después de tres sesiones tratados los PGM con técnicas de compresión isquémica y estiramientos analfticos, los síntomas desaparecieron.

DISCUSIÓN

A menudo la cadera dolorosa es un problema regional que puede acarrear lesiones en los tejidos blandos, de la cadera o en la columna lumbar [13, 14]. Es común que pacientes con dolor en la zona lumbar y en la parte posterior y baja de la nalga con irradiación a la pierna sean remitidos a los servicios de Fisioterapia diagnosticados de ciática, en los que tras una exploración física, no se revelen resultados neurológicos indicativos de radiculopatía. En estos casos es frecuente encontrar dolor y debilidad de los abductores de cadera que conlleva un desequilibrio muscular dando lugar a tensión en el glúteo medio y menor, puntos gatillos miofasciales y síndrome doloroso del trocánter mayor [15].

La identificación de la fuente y el mecanismo del dolor de cadera para determinar el tratamiento adecuado puede ser difícil, siendo el objetivo primordial del diagnóstico diferencial.

En los dos casos que se describen, el diagnóstico inicial fue erróneo, siendo el acertado el hallazgo de los PGM. A continuación hacemos una pequeña referencia de los músculos cuyos PGM pueden irradiar su do-

lor e hipersensibilidad a la zona trocantérea y que pueden ser susceptibles de errores de diagnóstico confundiendo con bursitis o síndrome doloroso del trocánter mayor.

Cuadrado lumbar

Este músculo presenta dos zonas de localización de PGM. Una es superficial (lateral) y otra profunda (medial).

Los PGM de localización superficial y caudal pueden referir dolor al trocánter mayor y a la cara externa de la parte superior del muslo. La zona del trocánter mayor puede estar tan dolorida (sensible a la presión) que el paciente no tolera el decubito lateral e incluso no se tolera la carga sobre el miembro inferior [16]. A menudo esta hipersensibilidad a la presión se atribuye a la existencia de una patología local [17].

El dolor y la hipersensibilidad referidos a la región del trocánter pueden ser confundidos con una bursitis trocantérea.

Gluteo medio

Los PGM de este músculo suelen ser causa ignorada de dolor lumbar, restringiéndose el dolor referido a la zona vecina del músculo. El dolor referido del PGM2 se proyecta lateralmente pudiéndose extender por la parte superior del muslo, posterior y lateralmente. Para algunos autores el gluteo mediano tiene un papel destacado como causa del dolor de cadera en las últimas semanas del embarazo [16].

Gluteo menor

Se distinguen patrones de dolor de los PGM situados en las porciones posteriores y

anteriores del gluteo menor. Los de la parte anterior proyectan dolor a la zona inferolateral de la nalga, a la cara externa del muslo y rodilla y a la región peronea de la pierna, hasta el tobillo.

Los pacientes se quejan de dolor de cadera que puede incluso provocar cojera. Tumbarse sobre el lado afecto es doloroso llegando a interrumpir el sueño. El dolor referido de los PGM del gluteo menor debe también distinguirse del dolor provocado por una bursitis trocantérea [16].

Gluteo mayor

Existen tres zonas comunes de PGM en el gluteo mayor. La zona del PGM2, ligeramente por encima de la tuberosidad isquiática, es la localización más común. Suele conferir dolor a toda la nalga, además de una sensibilidad profunda dentro de ella, suele referir dolor que cubre toda la parte inferior del sacro proyectándose lateralmente por debajo de la cresta ilíaca.

La bursitis trocantérea se asocia en ocasiones a los PGM de la musculatura glútea, encontrándose pacientes que sienten alivio al ser infiltrados con un anestésico local en los PGM del gluteo mayor. Sin embargo, la localización de la bolsa serosa es más lateral que el sitio donde suelen encontrarse los PGM del gluteo mayor, los cuales, de existir, deben de ser detectables por sus bandas tensas y sus respuestas de espasmo local [16].

Piramidal

Los PGM del músculo piramidal con frecuencia contribuyen a la instauración de dolor miofascial de la región pélvica y de la cadera. El dolor referido y la hipersensibilidad

se extienden a la región sacroilíaca, la nalga y a la parte posterior de la cadera [16],

Tensor de la fascia lata

El dolor y la hipersensibilidad a la presión referidos por los PGM del tensor de la fascia lata se concentran en la cara anterolateral del muslo sobre el trocánter mayor y se extienden por el muslo hacia la rodilla, conociéndose con el término de «seudobursitis trocantérea». Los pacientes con PGM en este músculo son fácilmente diagnosticados erróneamente de bursitis trocantérea, siendo sus síntomas referidos por los PGM y no causados por una patología de la cadera [16].

Vasto externo

Presenta al menos cinco zonas de PG que pueden causar dolor e hipersensibilidad referidos a lo largo de la cara lateral del muslo, desde la pelvis y el trocánter mayor hasta la cara lateral de la rodilla, siendo los proximales los que pueden ser diagnosticados erróneamente como bursitis trocantérea debido al dolor y la hipersensibilidad a la palpación referidos a la zona del trocánter mayor [16],

El dolor irradiado de la bursitis trocantérea viaja desde la nalga a lo largo de la cara lateral del muslo hasta la rodilla [2] y debe diferenciarse del dolor referido miofascial. En el paciente con bursitis que se encuentra en decubito lateral con la cadera parcialmente flexionada, se despierta un dolor distinguible sobre la bolsa. La presión digital sobre ésta exacerba el dolor. Cuando existe bursitis trocantérea, el movimiento de deslizamiento de los tendones glúteos sobre el trocánter mayor durante el estiramiento de la parte anterior del glúteo menor o del tensor de la fas-

cia lata resulta muy doloroso. El dolor de la bursitis se agrava con la marcha y mejora con reposo. El dolor también se provoca con la presión sobre la bolsa en la unión del borde inferior del trocánter mayor y la diáfisis del fémur. Además, la rotación interna y/o la abducción de cadera despiertan frecuentemente el dolor, aunque no hay pérdida de movilidad.

Hay que destacar la gran relación que existe entre los procesos del glúteo medio y menor con el síndrome doloroso del trocánter mayor [1, 15, 18], procesos que pueden ser por tensión excesiva, desgarros o contusiones en vientre muscular o tendón y por puntos gatillo.

Es de destacar también en el caso 1 el hallazgo de PGM del cuadrado lumbar, puntos que refieren dolor en la parte baja de la espalda [19] región trocantérea.

CONCLUSIONES

El diagnóstico diferencial es esencial para evitar que pacientes diagnosticados de síndrome doloroso del trocánter mayor o bursitis y que en realidad presentan un síndrome miofascial, sean tratados erróneamente. De tal modo se puede reducir drásticamente el número de remisiones costosas y acortar el tiempo de incapacidad de los pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bird PA, Oakley SP, Shnier R, Kirkhan BW. Prospective evaluation of magnetic resonance imaging and physical examination findings in patients with greater trochanteric pain syndrome. *Arthritis and Rheumatism*; 44 (9): 2138-2145; 2001.
2. Schapira D, Nahir M, Scharf Y. Trochanteric bursitis: a common clinical problem. *Archi-*

- ves of Physical Medicine and Rehabilitation; 67(11): 815-817; 1986.
3. Tortolani PJ, Carbone JJ, Quartararo LG. Greater trochanteric pain syndrome in patients referred to orthopaedic spine specialists. *The Spine Journal*; 3 (3): 251-254; 2003.
 4. Shbeeb MI, Matteson EL. Trochanteric bursitis (greater trochanter pain syndrome). *Mayo Clinic Proceedings*; 71 (6): 565-569; 1996.
 5. Gonzalez A, De Jose C, Vaquero J. Bursitis trocantérea. *Medifam*; 13 (1): 43-48; 2003.
 6. Sayegh F, Potoupnis M, Kapetanos G. Greater trochanter bursitis pain syndrome in females with chronic low back pain and sciatica. *Acta Orthopaedica Belgica*; 70 (5): 423-428; 2004.
 7. Collee G, Dijkmans BA, Vandenbroucke JP, Cats A. Greater trochanteric pain syndrome (trochanteric bursitis) in low back pain. *Scandinavian Journal of Rheumatology*; 20 (4): 262-266; 1991.
 8. Fomby EW, Mellion MB. Identifying and treating myofascial pain syndrome. *The Physician and Sportmedicine (revista digital)*; 25 (2); 1997.
 9. Alvarez DJ, Rockwell PG. Trigger points: diagnosis and treatment. *American Family Physician*; 65 (4): 653-660; 2002.
 10. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. *The trigger point manual*. Vol. 1. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.
 11. Rodriguez AL, Zuil JC, Lopez J. Tratamiento específico del musculo cuadrado lumbar en la lumbalgia: estudio de 14 casos. *Fisioterapia*; 25 (4): 233-243; 2003.
 12. Rodriguez AL, Bartolome JL. Relation entre la cirugla artroscopica de rodilla y la activación de Puntos Gatillo Miofasciales: presentación de una hipotesis. *Fisioterapia*; 25 (4): 215-225; 2003.
 13. Troum OM, Crues JV El adulto joven con cañera dolorosa: Diagnostico y tratamiento medico, Circa 2004. *Clinical Orthopaedics and related research (en español)*; 6 (4):181-189; 2004.
 14. Hickman JM, Peters CL. Hip pain in the young adult: Diagnosis and treatment of disorders of the acetabular labrum and acetabular dysplasia. *The American Journal of Orthopedics*; 30: 459-467; 2001.
 15. Bewyer DC, Bewyer KJ. Rationale for treatment of hip abductor pain syndrome. *The Iowa Orthopaedic Journal*; 23: 57-60; 2003.
 16. Travell JG, Simons DG. Myofascial pain and dysfunction. *The trigger point manual*. Vol. 2. Baltimore: Williams and Wilkins; 1999.
 17. Travell JG. The quadratus lumborum muscle: an overlooked cause of low pain. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*; 57: 566; 1976.
 18. Bard H. Periarticular pathology of the hip. *La Revue du Praticien*; 52 (6): 627-631; 2002.
 19. De Franca GG, Levine LL The quadratus lumborum and low back pain. *Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics*; 14(2): 142-149; 1991.