

XII LUMBALGIA Y PROBLEMAS MUSCULOESQUELETICOS COMUNES

DR. CRISTOPHER WISE

Una gran proporción de los problemas musculoesqueléticos por los que los pacientes solicitan atención médica se relacionan con estructuras pararticulares y no representan un verdadero proceso articular o una enfermedad sistémica generalizada.¹ El conocimiento de los trastornos reumáticos regionales no articulares es importante por su gran prevalencia en la atención de primer nivel, la importancia de los datos clínicos para el diagnóstico y el alto costo que pueden tener las evaluaciones de laboratorio innecesarias. La capacidad para reconocer patrones específicos de dolor y signos físicos es esencial para emitir el diagnóstico correcto, y en la mayoría de los casos no se requieren estudios radiográficos y de laboratorio. Los estudios diagnósticos deben emplearse en forma juiciosa, e interpretarse a la luz de los datos clínicos y el diagnóstico presuntivo.

La mayoría de los trastornos reumáticos responden a medidas locales, como aplicación de calor o frío, inmovilización e inyección de esteroides. Los antiinflamatorios no esteroides (AINE) o los analgésicos leves suelen ser adyuvantes útiles. En algunos casos puede estar indicada la intervención quirúrgica. Por ejemplo, en casos de enfermedad discal cervical o lumbar o de estenosis espinal con atrapamiento neural definitivo o compresión de la médula ósea, la descompresión oportuna puede ser necesaria para restablecer la función y prevenir mayor deterioro. En ocasiones es útil la intervención artroscópica para definir mejor el problema y tratar los síndromes dolorosos refractarios de rodilla y hombro. La liberación quirúrgica está indicada en las neuropatías por atrapamiento cuando existe evidencia de disfunción motora. La consulta quirúrgica puede ser útil para varios otros síndromes cuando la respuesta a medidas conservadoras es subóptima. El tratamiento físico y la terapia ocupacional son útiles en muchos pacientes, en especial lo que tienen lumbalgia persistente y dolor de hombro, aunque este tipo de tratamiento tiene gran importancia en casi cualquier síndrome doloroso refractario.

Los trastornos reumáticos regionales comunes incluyen varios tipos de bursitis, tendinitis, tenosinovitis, dolor miofascial y neuropatías por atrapamiento. La bursitis es el resultado de cambios mecánicos o inflamatorios de una de las muchas bursas del organismo. Las bursas son sacos revestidos de sinovia que se localizan alrededor de las articulaciones y que sirven para minimizar la fricción entre los tendones, ligamentos y estructuras óseas. Las tendinitis suelen ser resultado de traumatismo o uso excesivo de los tejidos cerca del sitio en que el tendón se fija al hueso o en la unión musculotendinosa. El dolor miofascial se origina en sitios dentro de grupos musculares y fascias circundantes que se tornan dolorosos por lesión localizada o uso excesivo. Las neuropatías por atrapamiento ocurren en sitios en los que los nervios periféricos son comprimidos al atravesar áreas periarticulares que permiten

relativamente poco espacio para el movimiento libre o los nervios afectados.

Dolor cervical

El dolor cervical puede ser secundario a cambios degenerativos en los discos cervicales y las articulaciones zigapofisiarias (facetarias) o por diversos trastornos musculares, ligamentarios o tendinosos. En las lesiones por latigazo, que ocurren por aceleración o desaceleración rápida e hiperextensión de la cabeza en accidentes de vehículos de motor, pueden lesionarse varias estructuras. La recuperación de estas lesiones con frecuencia es incompleta y varios factores físicos y psicosociales pueden contribuir a la prolongación del dolor. El uso juicioso de analgésicos, relajantes musculares y fisioterapia es útil en algunos pacientes. La inyección de las articulaciones facetarias con esteroides no parece ser eficaz.²

El esguince cervical es un término que describe el dolor cervical temporal asociado con dolor muscular y espasmo. Este suele responder a calor, reposo y, en ocasiones, inmovilización y tracción. En la herniación del disco cervical el pinzamiento de las raíces nerviosas causa dolor, parestesias y en ocasiones debilidad muscular en la distribución del nervio afectado (por lo general a nivel de C5 a C7). En estos pacientes en ocasiones se requiere demostración radiográfica y descompresión quirúrgica si los síntomas no mejoran con reposo o tracción o si existe una deficiencia neurológica significativa. En algunos pacientes con espondilosis cervical de larga duración la estenosis cervical puede causar compresión crónica medular (por lo general en el nivel C3 a C5).³ Está indicada la descompresión quirúrgica en la mayoría de los pacientes con mielopatía evolutiva.

Lumbalgia

La lumbalgia es la molestia musculoesquelética más común por la que se solicita atención médica, y el quinto motivo más común de todas las consultas médicas.⁴ Más de la mitad de la población consulta por lumbalgia en algún momento de su vida. Se asocian con mayor riesgo de lumbalgia el sexo masculino, el tabaquismo, levantar objetos pesados o niños con frecuencia, y ciertas actividades laborales o recreativas. En la mayoría de los pacientes no es posible determinar la causa del dolor con certeza y suele atribuirse a tensión muscular o ligamentaria, artritis de las articulaciones facetarias o presión discal sobre el anillo fibroso, la placa vertebral o las raíces nerviosas.

LUMBALGIA AGUDA

En la lumbalgia aguda la historia inicial debe intentar identificar a los pacientes con mayor riesgo de trastornos graves, como fracturas, infección, tumores o deficiencias neurológicas importantes^{5,6} [ver *tabla 1*]. La presencia de estos indicadores asociados a la lumbalgia puede indicar la necesidad de realizar estudios radiográficos y de laboratorio en una fase más temprana que en pacientes sin estos indicadores. El examen físico inicial debe incluir la evaluación de la región en busca de sitios óseos de dolor localizado y la valoración de la flexión y elevación de los miembros inferiores con la rodilla extendida. Debido a que

la lumbalgia aguda mejorará en un lapso de un mes en alrededor del 90 porciento de los pacientes, no suele requerirse mayor evaluación. Las radiografías simples deben reservarse para los pacientes con alto riesgo de trastornos severos [ver tabla 1] porque son frecuentes los hallazgos anormales y no correlacionan con la lumbalgia. Se cuenta con varias intervenciones terapéuticas para estos casos, pero las evidencias de su eficacia son mínimas. El reposo estricto en cama debe ser por un tiempo mínimo (no más de dos a cuatro días), y la continuación de las actividades normales dentro de los límites permitidos por el dolor permite una recuperación más rápida que el reposo forzado o un programa de ejercicios de movilización de la espalda.^{7,8} Los analgésicos leves y los AINE pueden ser útiles para el control inicial de los síntomas, y los relajantes musculares y opiáceos deben usarse con cautela. La manipulación espinal puede causar una mejoría más rápida, en un lapso de un mes después del inicio de los síntomas. La educación del paciente sobre la historia natural de la lumbalgia puede disminuir sus demandas respecto a más pruebas diagnósticas y visitas al médico, y mejorará su satisfacción posterior.

Tabla 1 Indicaciones de que el dolor lumbar agudo puede deberse a padecimientos subyacentes	
Aspectos demográficos	• Edad > 70 años • Historia de cáncer • Tratamiento esteroide o inmunosupresor • Abuso de alcohol o drogas IV
Características previas	• Pérdida de peso • Fiebre • Dolor que aumenta por el reposo
Síntomas neurológicos	• Disfunción intestinal o vesical • Anestesia en silla de montar • Debilidad motora progresiva

Los pacientes con dolor persistente después de cuatro a seis semanas de medidas conservadoras deben ser revalorados. Se realizarán radiografías simples y estudios de laboratorio básico (v.gr., biometría hemática completa, velocidad de sedimentación globular, perfil químico y examen de orina) para investigar una enfermedad sistémica. Debe considerarse la posibilidad de una hernia de disco lumbar en pacientes con síntomas de radiculopatía, sugeridos por dolor que irradia hacia la pierna y síntomas que se reproducen al elevar ésta con la rodilla en extensión. En ocasiones se requiere de una resonancia magnética para confirmar una hernia de disco, pero los datos deben interpretarse con cautela porque muchas personas asintomáticas pueden tener alteraciones discales.⁹ La electromiografía puede ser útil para diferenciar el dolor de la radiculopatía lumbar de otras causas de dolor radicular en miembros

inferiores. La mayoría de las hernias lumbares que producen ciática ocurren en los niveles L4-L5 y L5-S1. Está indicada la intervención quirúrgica en pacientes con ciática persistente y evidencia clara de un disco herniado en la IRM o TC con mielografía.¹⁰

LUMBALGIA CRONICA

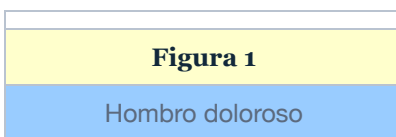
Los pacientes con lumbalgia crónica deben someterse a terapia física con modalidades locales, un programa de ejercicio y un programa educacional que enfatice la mecánica adecuada para levantar objetos y otras actividades. Debe alentarse la actividad normal ligera y un programa de caminata regular. El uso juicioso de analgésicos, AINE y antidepresivos tricíclicos puede ayudar a la función del paciente en forma más completa y mejorar la evolución.

En algunos pacientes con lumbalgia crónica que empeora con la posición de pie prolongada y la extensión, el origen del dolor pueden ser las articulaciones facetarias. Los ejercicios de flexión y los AINE pueden ser útiles, pero las inyecciones con esteroides en la articulación no parecen ser eficaces.¹¹

Debe sospecharse estenosis espinal lumbar, por lo general resultado de enfermedad discal degenerativa extensa y osteofitos, en ancianos con lumbalgia crónica asociada con ciática.¹² Típicamente los pacientes se quejan de dolor, parestesias y debilidad en los glúteos, que se extiende a una o ambas piernas. Los síntomas se presentan al ponerse de pie o caminar y mejoran cuando el paciente asume una posición en flexión o se recuesta (i.e., claudicación neurogénica o pseudoclaudicación). El diagnóstico puede confirmarse por IRM o TC con mielografía. Aunque las medidas conservadoras pueden ser útiles en algunos pacientes, debe considerarse la descompresión quirúrgica por medio de laminectomía en múltiples niveles en los pacientes con deterioro funcional progresivo.

Dolor de hombro

El dolor de hombro es uno de los problemas musculoesqueléticos más frecuentes en la consulta externa.¹³ La mayoría de estos casos resultan de trastornos en las estructuras periarticulares, la verdadera artritis de la articulación glenohumeral es poco frecuente [*ver figura 1*]. La evaluación inicial del dolor de hombro debe incluir la consideración de que el dolor puede ser referido del cuello, tórax o abdomen. El examen debe evaluar el rango activo y pasivo de los movimientos de flexión, abducción, rotación interna y externa, junto con la elevación hacia adelante. Además, las áreas de dolor localizado pueden ayudar a distinguir las posibles causas del dolor. Las radiografías simples rara vez son diagnósticas, pero están indicadas en pacientes con antecedente de traumatismo o dolor refractario, o cuando se sospecha enfermedad de la articulación glenohumeral. Para los pacientes que responden poco al tratamiento conservador existen varias pruebas especializadas (v.gr., artrografía, artroscopía e IRM) disponibles para una mayor definición de lesiones que pueden requerir cirugía.



TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR (SINDROME DE PINZAMIENTO)

La tendinitis del manguito rotador, o síndrome de pinzamiento, suele asociarse con bursitis de la bursa subacromial suprayacente y es la causa de la mayoría de los casos de dolor de hombro no traumático. Es causada por inflamación, degeneración y desgaste del manguito rotador por pinzamiento mecánico en el acromion, el ligamento coracoacromial y en ocasiones la articulación acromioclavicular. La tendinitis del manguito rotador se presenta sobre todo en pacientes de 35 a 60 años de edad, pero también pueden afectarse pacientes más jóvenes como resultado de actividades atléticas que incluyen aventar con la mano elevada. Los pacientes reportan un dolor insidioso que puede ser difuso sobre la región deltoidea lateral o localizarse en la región acromial anterior. El dolor aumenta con la extensión y puede acompañarse de un chasquido al llevar el brazo hacia arriba de la cabeza. La molestia aumenta durante la noche y suele interferir con el sueño. Al examen, el dolor puede limitar el movimiento y ser reproducido al oponer resistencia al movimiento activo. El signo llamado del pinzamiento se despierta al elevar el brazo de modo forzado hacia adelante con la escápula estabilizada desde atrás. Debe sospecharse una ruptura asociada del manguito si el paciente no puede sostener el brazo en posición horizontal contra la gravedad.

El objetivo del tratamiento de la tendinitis del manguito rotador consiste en aliviar el dolor y mantener o restablecer el rango de movimiento. El tratamiento debe comenzar con reposo y un programa progresivo de estiramiento y fortalecimiento muscular, facilitado por AINE. La inyección de esteroides y anestésico local en el espacio subacromial o la articulación glenohumeral puede causar un alivio dramático de los síntomas y permitir una recuperación más rápida. Es importante evitar las actividades repetitivas del brazo elevado por arriba de la cabeza durante la recuperación, y puede requerirse de modificaciones laborales para evitar las recurrencias. En los casos refractarios puede estar indicada la división quirúrgica del ligamento coracoacromial o la acromioplastía.

TENDINITIS CALCIFICADA

La tendinitis calcificada es la causa de dolor en un subgrupo de pacientes con aparente enfermedad del manguito rotador. En la mayoría de los casos está implicada una tendinitis más crónica, con depósito asociado de calcio en el tendón del manguito rotador, y en la radiografía puede apreciarse la calcificación en el espacio subacromial. Los pacientes suelen tener dolor más intenso, semejante al observado en la artritis inducida por cristales. Los AINE y la inyección local de esteroides suelen ser útiles, y la cirugía está indicada en casos seleccionados.

TENDINITIS BICIPITAL

La tendinitis bicipital ocurre en la región anterior del hombro, en el sitio en el que la porción larga del tendón bicipital pasa a través del surco bicipital del húmero y atraviesa la articulación para insertarse por arriba de la cavidad glenoidea. El diagnóstico se basa en la localización anterior del dolor, aunque este proceso puede coexistir con tendinitis del manguito rotador. En ocasiones ocurre ruptura del tendón, en especial en pacientes ancianos, dando como resultado abultamiento del músculo bíceps. El tratamiento con medidas locales y ejercicios para mantener los arcos de movimiento es útil, como en la tendinitis del manguito rotador, y la reparación quirúrgica del tendón roto solo está indicada en los pacientes jóvenes con ruptura aguda.

HOMBRO CONGELADO (CAPSULITIS ADHESIVA)

El hombro congelado, o capsulitis adhesiva, se caracteriza por dolor progresivo y pérdida global del movimiento del hombro. Este trastorno suele observarse en pacientes con una tendinitis del manguito rotador subyacente o tendinitis bicipital, pero también se ha asociado con eventos cerebrovasculares, infarto al miocardio, radiculopatía cervical y enfermedad pulmonar. La fisiopatología del hombro congelado no es clara, y existe controversia sobre si realmente existe inflamación o fibrosis capsular que contribuya a la pérdida de movimiento característica de este proceso. El tratamiento se dirige al alivio del dolor y el restablecimiento de la función por medio de la combinación con ejercicios, calor local, ultrasonido, AINE o analgésicos leves e inyecciones periódicas de esteroides. La rehabilitación máxima de un hombro congelado suele requerir uno a dos años. Los procedimientos quirúrgicos, la distensión capsular con inyección de solución salina y la manipulación cerrada han sido útiles en casos individuales.

SINDROME DE DOLOR MIOFASCIAL DEL HOMBRO

Los síndromes de dolor miofascial del hombro se caracterizan por dolor sobre el trapecio o el borde medial o lateral escapular, con puntos gatillo que reproducen el dolor. Estos síndromes mal caracterizados suelen responder a la inyección local con esteroides y un anestésico, aunque se requieren medidas locales en los casos más crónicos.

Dolor en la pared torácica

Los síndromes de dolor en la pared musculoesquelética del tórax causan el 10 a 15 por ciento de los casos de dolor torácico que se observan en adultos en el servicio de urgencias, y constituyen el 15 a 20 por ciento de los casos de dolor torácico con angiografía coronaria negativa.¹⁴ El diagnóstico de dolor de la pared torácica requiere encontrar áreas dolorosas que reproduzcan el dolor del paciente. En casos raros el dolor puede ser causado por el síndrome de Tietze, caracterizado por edema localizado, benigno, doloroso y no supurativo de las articulaciones costoesternal, esternoclavicular o costocondral, y que afecta sobre todo a la segunda y tercera costillas. En la mayoría de los casos solo se altera un área. Los adultos jóvenes se afectan con más frecuencia.

Lo más común es que los pacientes con síndromes dolorosos de la pared torácica tengan un dolor más difuso, denominado costocondritis o síndrome costoesternal, y cuya etiología específica no se conoce bien. Las áreas dolorosas no se acompañan de calor, eritema o edema, y se encuentran múltiples áreas de dolor, por lo general en las uniones costocontral o costoesternal. Se han descrito varios síndromes de pared torácica menos comunes, cada uno definido por un área dolorosa (v.gr., xifoidalgia, síndrome esternal y síndrome de la costilla deslizante). Los síndromes suelen ser autolimitados y responden a analgésicos, calor local, ejercicios de estiramiento y en ocasiones inyección local de esteroides.

Dolor del codo

Los síndromes no articulares más comunes del codo incluyen la epicondilitis, la bursitis olecraneana y el atrapamiento del nervio cubital.

EPICONDILITIS

La epicondilitis es causada por inflamación en el origen de los tendones y músculos localizados en el antebrazo, suele ser causada por uso excesivo o actividad repetitiva. Los pacientes típicamente se quejan de dolor en el codo y antebrazo con la actividad. Cuando están afectados los músculos extensores (i.e., codo del tenista), el dolor es máximo sobre el epicóndilo lateral y se agrava al extender la muñeca contra resistencia. Un proceso semejante, menos común, puede afectar a los músculos flexores que se originan en el epicóndilo medial (i.e., codo del golfista). La epicondilitis suele responder al reposo, calor local o hielo, AINE y apoyo del antebrazo para disminuir la tensión en el epicóndilo. La infiltración local de esteroides y de xilocaína permite una mejoría más rápida.

BURSITIS OLECRANEANA

La bursitis olecraneana se presenta como un aumento discreto de volumen con líquido palpable sobre el vértice del codo. La bursitis traumática se caracteriza por calor o eritema circundante mínimo, y el líquido aspirado es no inflamatorio, con frecuencia con múltiples eritrocitos. La bursitis infecciosa (causada por lo general por organismos gram positivos de la piel) se acompaña de calor, eritema e induración. Cuando se sospecha infección es indispensable puncionar y enviar el líquido a cultivo. Deben iniciarse antibióticos en forma empírica y la bursa debe reaspirarse con frecuencia hasta que ya no se acumule líquido y los cultivos sean negativos.¹⁵ La bursitis olecraneana puede también ser parte de la artritis reumatoide o la gota, por lo general en un paciente con diagnóstico establecido. En ocasiones se hace el diagnóstico inicial de gota al encontrar en el líquido de la bursa cristales de urato.

ATRAPAMIENTO DEL NERVIO CUBITAL

El atrapamiento del nervio cubital es causado por compresión del nervio a su paso a través del surco cubital en el codo¹⁶. Los pacientes se quejan de dolor y adormecimiento que irradia del codo hacia el dedo pequeño y el lado medial de la mano. El aumento en las parestesias al flexionar el codo es útil para

hacer el diagnóstico, aunque suelen requerirse estudios de conducción nerviosa para confirmarlo. El tratamiento conservador con una férula de yeso floja puede ayudar a limitar la flexión del codo y mejorar los síntomas en algunos pacientes. En los enfermos con dolor o debilidad incapacitante está indicada la descompresión quirúrgica.

Dolor de la mano y la muñeca

Las condiciones dolorosas de los tendones y vainas tendinosas de la mano y la muñeca suelen relacionarse con actividades repetitivas o no acostumbradas. El edema, inflamación y fibrosis resultantes en las estructuras interfiere con la función normal del tendón al moverse dentro de la vaina.

TENOSINOVITIS DE DE QUERVAIN Y TENOSINOVITIS FLEXORA

La tenosinovitis de De Quervain afecta al abductor largo y al extensor corto del pulgar. Los síntomas típicos consisten en dolor sobre el borde radial de la muñeca durante las actividades y dolor que se extiende sobre los tendones afectados en forma proximal al nivel de la articulación metacarpofalángica del pulgar. El dolor se reproduce al estirar los tendones con el pulgar colocado dentro de la mano en puño (i.e., maniobra de Finkelstein). La tenosinovitis flexora, o dedo en gatillo, es causada por la afección de los tendones flexores de los dedos, por lo general a nivel de la articulación metacarpofalángica. Los pacientes se quejan de bloqueo del dedo afectado en posición flexora, con frecuencia con liberación súbita y dolorosa al extenderlo. El tratamiento de la tenosinovitis de de Quervain y de la tenosinovitis flexora puede requerir reposo, calor local, inmovilización con una férula o infiltración local con esteroides. Rara vez se requiere liberación quirúrgica.

SINDROME DEL TUNEL DEL CARPO

El síndrome del tunel del carpo es causado por compresión del nervio mediano en la muñeca al cruzarla junto con los tendones flexores¹⁶ [ver figura 2]. El atrapamiento suele asociarse con tenosinovitis flexora por uso excesivo o traumatismos. Además, se ha observado una asociación con condiciones médicas como diabetes, artritis reumatoide, embarazo e hipotiroidismo, así como trastornos poco comunes como amiloidosis, acromegalia e infección localizada. El síndrome del tunel del carpo es relativamente común en la población general (incidencia de 0.1 a 0.2 por ciento) y tiene mayor prevalencia en personas con ocupaciones que requieren movimientos repetitivos de la muñeca, posiciones extremas de la muñeca o uso de herramientas vibratorias o de gran fuerza. Los pacientes refieren adormecimiento, calambres y dolor en la porción radial de la palma de la mano, y los síntomas empeoran por la noche o después de usar la articulación. La reproducción de las parestesias con la flexión máxima de la muñeca (i.e., signo de Phalen) o al golpear sobre la cara palmar de la misma (i.e., signo de Tinel) son datos clínicos útiles, aunque su sensibilidad y especificidad son limitadas (60 a 70 por ciento cada una). Las pruebas electrodiagnósticas suelen ser necesarias para confirmar el diagnóstico, en especial cuando se considera la intervención quirúrgica.

Figura 2
Síndrome de túnel del carpo

Las medidas conservadoras incluyen AINE y colocación de una férula para muñeca en posición neutra. La inyección local de esteroides brinda alivio temporal en la mayoría de los pacientes, pero la mejoría a largo plazo es menos predecible. La descompresión quirúrgica por medio de la sección del ligamento anterior del carpo es útil en por lo menos el 80 por ciento de los pacientes, está indicada en los enfermos con mala respuesta al tratamiento conservador, síntomas crónicos o recurrentes y debilidad o atrofia de los músculos de la eminencia tenar.

CONTRACTURA DE DUPUYTREN

La contractura de Dupuytren es una condición fibrosante de la fascia digital y palmar que ocasiona engrosamiento y contractura de la piel palmar, con nódulos subcutáneos y contractura en flexión de los dedos. Puede asociarse con otros síndromes fibrosantes, tener un patrón de herencia autosómico dominante y quizá asociarse con hepatopatías, epilepsia y alcoholismo. Aunque se ha observado mejoría espontánea, la intervención quirúrgica para mejorar la función puede ser útil en algunos casos.¹⁷

SINDROME DE LA MANO TIESA

El síndrome de la mano tiesa, que recuerda a la esclerodermia, se caracteriza por engrosamiento de la piel y tejidos subcutáneos y limitación generalizada del movimiento de la mano y la muñeca. Este trastorno se observa casi en forma exclusiva en pacientes jóvenes con diabetes mellitus insulínica de larga evolución.¹⁸

Dolor de la cintura pélvica

El dolor alrededor de la cintura pélvica es una molestia común en la práctica clínica. Los pacientes con dolor causado por alteraciones de la articulación de la cadera suelen describir la molestia en la porción anterior del muslo o la región inguinal, con empeoramiento al cargar peso. Con más frecuencia los pacientes con dolor en la pelvis tienen un problema en una estructura no articular, casi siempre localizada en la región posterior o lateral [ver tabla 2]. Se han descrito gran cantidad de bursas en la región de la cadera. El dolor en la porción superior de los glúteos y alrededor de estos músculos suele conocerse como dolor miofascial de la cadera o bursitis glútea, y es difícil de diferenciar del dolor lumbar referido. El tratamiento local con calor, ejercicios de estiramiento o inyección de esteroides suele ser útil, pero muchos pacientes requieren tratamiento prolongado.

Tabla 2 Diagnóstico diferencial del dolor en la cintura pélvica

<i>Síndrome clínico</i>	<i>Localización del dolor</i>	<i>Características diagnósticas y comentarios</i>
Dolor de la articulación acetabular	Anterior (inguinal)	Empeora con la carga de peso Confirmación radiográfica
Bursitis iliopectínea	Anterior (inguinal)	Dolor con extensión Radiografía normal Ultrasonido o TC
Meralgia parestésica	Anterior (porción media del muslo)	Parestesias y calambres Movimiento normal
Bursitis trocantérica	Lateral, posterior o ambos	Movimiento normal Dolor en un punto Alivio con inyección de esteroides
Dolor miofascial	Posterior	Dolor localizado Alivio con inyección de esteroides Semeja a la lumbalgia
Bursitis glútea	Posterior	Dolor localizado Alivio con inyección de esteroides Semeja a la lumbalgia
Bursitis isquioglútea	Posterior	Movimiento normal Dolor en un punto

BURSITIS TRONCANTERICA

La bursitis trocantérica es la causa más frecuente de dolor en la cintura pélvica. Los pacientes suelen quejarse de dolor en la cara lateral de la pelvis, que en ocasiones irradia hacia el muslo y empeora por la noche al recostarse en el lado afectado. En ocasiones el dolor se presenta al levantarse de una silla, pero tiende a mejorar con la deambulaci3n. El dolor localizado en la porci3n lateral o posterior del trocanter mayor suele ser diagn3stico, a pesar de que algunos pacientes con enfermedad facetaria o discal lumbar tienen molestias semejantes. El calor local y los AINE pueden ser 3tiles, y la inyecci3n local de esteroides es curativa en la mayoría de los pacientes. En los casos refractarios puede estar indicada la terapia f3sica, las inyecciones repetidas y, en raros casos, la extirpaci3n quir3rgica de la bursa.

BURSITIS ISQUIOGLUTEA

La bursitis isquioglútea es causada por irritación de la bursa en el área de inserción de los músculos isquiotibiales y glúteos en la tuberosidad isquiática. El proceso puede desencadenarse por una posición sentada prolongada o por presión en el área, y suele responder a calor local, ejercicios de estiramiento o inyección de esteroides.

BURSITIS ILIOPECTINEA

La bursitis iliopectínea, que es causada por irritación de la bursa entre el músculo iliopsoas y el ligamento inguinal, es una causa poco común de dolor inguinal y puede simular la enfermedad articular real. El diagnóstico se sospecha por la presencia de dolor inguinal que se agrava por extensión de la cadera (en un paciente con una placa de cadera normal). Puede requerirse confirmación por ultrasonido o TC, y el tratamiento suele consistir en medidas locales o, en casos raros, extirpación quirúrgica.

MERALGIA PARESTESICA

La meralgia parestésica se caracteriza por parestesia, hipoestesia o hiperestesia en la región anterolateral de la porción superior del muslo. El síndrome es causado por atrapamiento del nervio femorocutáneo lateral a nivel de la espina ilíaca anterosuperior, en donde pasa a través del extremo lateral del ligamento inguinal. Entre las causas implicadas con frecuencia se incluyen traumatismo local, aumento rápido de peso y uso de ropa apretada alrededor de las caderas. El tratamiento consiste en evitar la presión en el área, reducir el peso e infiltrar esteroides a nivel de la salida del nervio.

Dolor de rodilla y pierna

Clínicamente puede ser difícil diferenciar el dolor articular del no articular a nivel de la rodilla. La mayoría de los pacientes con dolor articular tienen una molestia relativamente difusa que no se localiza bien en una sola región. El examen físico muestra pérdida de la movilidad, crepitación (en la osteoartritis), calor (en las artritis inflamatorias), o la presencia de derrame. Si el dolor es localizado o la rodilla tiene un rango completo de movimiento sin calor, crepitación o derrame, debe considerarse como diagnóstico alguno de los siguientes síndromes no articulares: tendinitis infrapatelar, enfermedad de Osgood-Schlatter, bursitis prepatelar, bursitis anserina, síndromes de dolor anterior de la rodilla y síndrome de las piernas inquietas.

TENDINITIS INFRAPATELAR

La tendinitis infrapatelar, o rodilla del brincador, causa dolor anterior por debajo de la rótula, y suele asociarse con actividades atléticas. El dolor se localiza en el tendón infrapatelar, sin edema asociado. Las medidas conservadoras suelen permitir la resolución de los síntomas.

ENFERMEDAD DE OSGOOD-SCHLATTER

La enfermedad de Osgood-Schlatter se caracteriza por dolor y edema sobre el tubérculo tibial en el punto de inserción del tendón. Este trastorno se observa principalmente en varones adolescentes y se piensa que representa una lesión por avulsión traumática. Los síntomas suelen resolverse con la inmovilización temporal y la reanudación progresiva de las actividades.

BURSITIS PREPATELAR

La bursitis prepatelar, o rodilla del ama de casa, causa dolor y edema en la región anterior de la rodilla, sobre la rótula y el tendón infrapatelar. Suele poder detectarse una colección de líquido y con frecuencia se requiere su aspiración para el diagnóstico. Como en la bursitis olecraneana del codo, la bursitis prepatelar puede asociarse con traumatismos, infección bacteriana localizada y, con menos frecuencia, gota, artritis reumatoide e infecciones atípicas. La diferenciación entre el traumatismo y la infección es especialmente importante para el inicio del tratamiento apropiado.

BURSITIS ANSERINA

La bursitis anserina, que es causada por irritación de la bursa cerca del sitio de inserción del sartorio y de los músculos isquiotibiales en el condilo tibial medial, es una causa común de dolor medial de la rodilla. Los pacientes con este proceso refieren dolor por la noche o al subir escaleras, y se encuentra un área dolorosa en el examen físico. En muchos pacientes coexiste osteoartritis de la rodilla, y la aplicación de calor local o inyección con esteroides y anestésico puede ser útil tanto para el diagnóstico como para el tratamiento.

SINDROMES DE DOLOR ANTERIOR DE LA RODILLA

Los síndromes de dolor anterior de la rodilla (patelofemoral) suelen manifestarse como dolor y crepitación asociados con actividades que requieren flexionar la rodilla en condiciones de carga (v.gr., subir escaleras). Los datos físicos que ayudan al diagnóstico incluyen (1) reproducción del dolor al presionar la rótula durante el movimiento de la rodilla y (2) dolor sobre la superficie medial de la rótula. La causa de la mayoría de estos síndromes es incierta, pero puede relacionarse con mala alineación del cuádriceps con subluxación lateral de la rótula, rótula alta, hipermovilidad o datos de condromalacia de la rótula en el examen artroscópico. Las medidas locales y un programa de ejercicio con énfasis en fortalecimiento isométrico del cuádriceps es útil en la mayoría de los pacientes. Algunos enfermos requieren de intervención artroscópica para diagnosticar y corregir irregularidades o mala alineación de la rótula.¹⁹

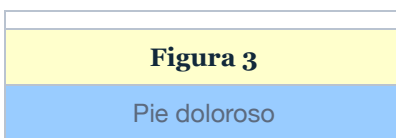
SINDROME DE PIERNAS INQUIETAS

El síndrome de piernas inquietas se caracteriza por parestias desagradables y profundas en ambas piernas, por lo general durante el reposo y que se alivian con el movimiento.²⁰ La mayoría de los pacientes con este síndrome tienen un trastorno del sueño asociado, y pueden tener periodos de

movimiento anormal de las extremidades durante el sueño. Aunque el síndrome es idiopático en la mayoría de los pacientes, se ha asociado con deficiencia de hierro, uremia, embarazo, diabetes y polineuropatías. Los pacientes con síntomas severos pueden responder a levodopa-carbidopa. Sin embargo, algunos pacientes pueden requerir tratamiento con bromocriptina, carbamacepina, clonidina, benzodiacepinas u opioides.

Dolor del tobillo y del pie

El dolor no articular del pie y del tobillo se analiza mejor considerando la región afectada: el antepié, el mediopié o el retropié²¹ [ver figura 3].



DOLOR DEL ANTEPIE

El hallux valgus es la causa principal de dolor en el antepié. Esta es una deformidad común que causa dolor por presión directa sobre la primera articulación metatarsofalángica, resultado del calzado o por presión sobre las articulaciones de los orتهjos laterales por amontonamiento de los dedos. En los orتهjos, el dedo en martillo (i.e., flexión plantar de la articulación interfalángica proximal), el dedo en garra (i.e., flexión plantar de las articulaciones interfalángicas proximales y distales) o el dedo en mazo (i.e., flexión aislada de la articulación interfalángica distal) puede asociarse con contractura en dorsiflexión de la articulación metatarsofalángica. El tratamiento inicial de estos problemas consiste en un calzado adecuado con la amplitud suficiente para alojar las cabezas de los metatarsianos, ortesis individuales o corrección quirúrgica (que se reserva para los pacientes con dolor persistente). El neuroma de Morton es una neuropatía por atrapamiento del nervio interdigital, con o sin neuroma plantar asociado, que se observa con frecuencia entre la tercera y cuarta cabezas de los metatarsianos. Los pacientes refieren dolor y parestesias que irradian a los orتهjos afectados, a la exploración se encuentra dolor entre las cabezas de los metatarsianos que reproduce los síntomas descritos. Para aliviar los síntomas se requieren ortosis para disminuir la presión en el área, inyección local de esteroides o extirpación quirúrgica del neuroma.

DOLOR DEL MEDIOPIE

El dolor del mediopié suele ser resultado de deformidades del arco del pie o cambios artríticos en las articulaciones de esta región. Los pacientes con deformidad en pie cavo, neuropatías periféricas o lesiones ligamentarias previas por esguinces pueden tener predisposición a estrés excesivo en el mediopié y a cambios tempranos de osteoartritis. El síndrome de tunel tarsiano es causado por atrapamiento del nervio tibial posterior bajo el retináculo flexor del lado medial del tobillo. Suele existir

dolor y parestesias sobre la región plantar y distal del pie y en los ortejos, y el signo de Tinel puede ser positivo. El síndrome de tunel del tarso es mucho menos común y más difícil de diagnosticar que el síndrome de tunel del carpo en la muñeca. El tratamiento consiste en inmovilización con férula y AINE. La inyección con esteroides y la descompresión quirúrgica no es tan útil como en el síndrome del tunel del carpo.

DOLOR DEL RETROPIE

La fascitis plantar es una de las causas más comunes de dolor del retropié. Los pacientes reportan dolor sobre la cara plantar del talón y el retropié que empeora al caminar. El encontrar dolor localizado a lo largo de la fascia plantar o en la inserción del calcáneo ayuda al diagnóstico. La fascitis plantar se asocia con obesidad, pie plano y actividades que tensan la fascia plantar, pudiendo verse también en artropatías sistémicas como espondilitis anquilosante y síndrome de Reiter. Aunque son comunes los espolones radiográficos en el área afectada, pueden observarse también en personas asintomáticas, por lo que no son diagnósticos. Las ortesis, los ejercicios de estiramiento, los AINE, y la inyección local de esteroides pueden ser útiles, rara vez está indicada la cirugía. El dolor posterior del talón es causado por tendinitis aquilea o por inflamación de las bursas que se localizan en la superficie o la profundidad del tendón de Aquiles a nivel del calcáneo. Aunque suele asociarse con actividad excesiva, la tendinitis aquilea también puede ser parte de los síntomas de la espondilitis anquilosante y del síndrome de Reiter. Por lo general son útiles los AINE y las ortesis diseñadas para disminuir el estrés sobre el tendón (v.gr., taloneras). En la mayoría de los casos deben evitarse las inyecciones de esteroides en área del tendón de Aquiles por el riesgo de ruptura del tendón.

Bibliografía

1. Sheon RP, Moskowitz RW, Goldberg VM: Soft Tissue Rheumatic Pain: Recognition, Management, Prevention, 2nd ed. Lea & Febiger, Philadelphia, 1987
2. Barnsley L, Lord SM, Wallis BJ, et al: Lack of effect of intraarticular corticosteroids for chronic pain in the cervical zygapophyseal joints. N Engl J Med 330:1047, 1994
3. Houser OW, Onofrio BM, Miller GM, et al: Cervical spondylotic stenosis and myelopathy: evaluation with computed tomographic myelography. Mayo Clin Proc 69:557, 1994
4. Mirza SK, White AA: Low back pain. Textbook of Rheumatology, Update 19. Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1996

5. Deyo RA, Diehl AK: Cancer as a cause of back pain: frequency, clinical presentation, and diagnostic strategies. *J Gen Intern Med* 3:230, 1988
6. Agency for Health Care Policy and Research, US Public Health Service: Acute low back problems in adults (clinical practice guideline No.14). US Dept. of Health and Human Services (HHS Publication No. [AHCPR] 95-0642), Rockville, Maryland, December 1994
7. Deyo RA, Diehl AK, Rosenthal M: How many days of bed rest for acute low back pain? A randomized clinical trial. *N Engl J Med* 315:1064, 1986
8. Malmivaara A, Hakkinen U, Aro T, et al: The treatment of acute low back pain: bed rest, exercises, or ordinary activity? *N Engl J Med* 332:351, 1995
9. Jensen MC, Brant-Zawadzki MN, Obuchowski N, et al: Magnetic resonance imaging of the lumbar spine in people without back pain. *N Engl J Med* 331:69, 1994
10. Deen HG: Diagnosis and management of lumbar disk disease. *Mayo Clin Proc* 71:283, 1996
11. Carette S, Marcoux S, Truchon R, et al: A controlled trial of corticosteroid injections into facet joints for chronic low back pain. *N Engl J Med* 325:1002, 1991
12. Katz JN, Dalgas M, Stucki G, et al: Diagnosis of lumbar spinal stenosis. *Rheum Dis Clin North Am* 20:471, 1994
13. Thornhill TS: Shoulder pain. *Textbook of Rheumatology*, 4th ed. Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1993, p 417
14. Wise CM: Chest wall syndromes. *Curr Opin Rheumatol* 6:197, 1994
15. Canoso JJ, Barza M: Soft tissue infections. *Rheum Dis Clin North Am* 19:293, 1993

16. Dawson D: Entrapment neuropathies of the upper extremities. *N Engl J Med* 329:2013, 1993
17. Mainardi CL: Localized fibrotic disorders. *Textbook of Rheumatology*, 4th ed. Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1993, p 1144
18. Kapoor A, sibbitt W: Contractures in diabetes mellitus: the syndrome of limited joint mobility. *Semin Arthritis Rheum* 18:168, 1989
19. Bourne MH, Hazel WA, Scott SG, et al: Anterior knee pain. *Mayo Clin Proc* 63:482, 1988
20. O'Keeffe ST: Restless legs syndrome: a review. *Arch Intern Med* 156:243, 1996
21. Deland JT, Wood B: Foot pain. *Textbook of Rheumatology*, 4th ed. Kelley WN, Harris ED Jr, Ruddy S, et al, Eds. WB Saunders Co, Philadelphia, 1993, p 459

Figuras

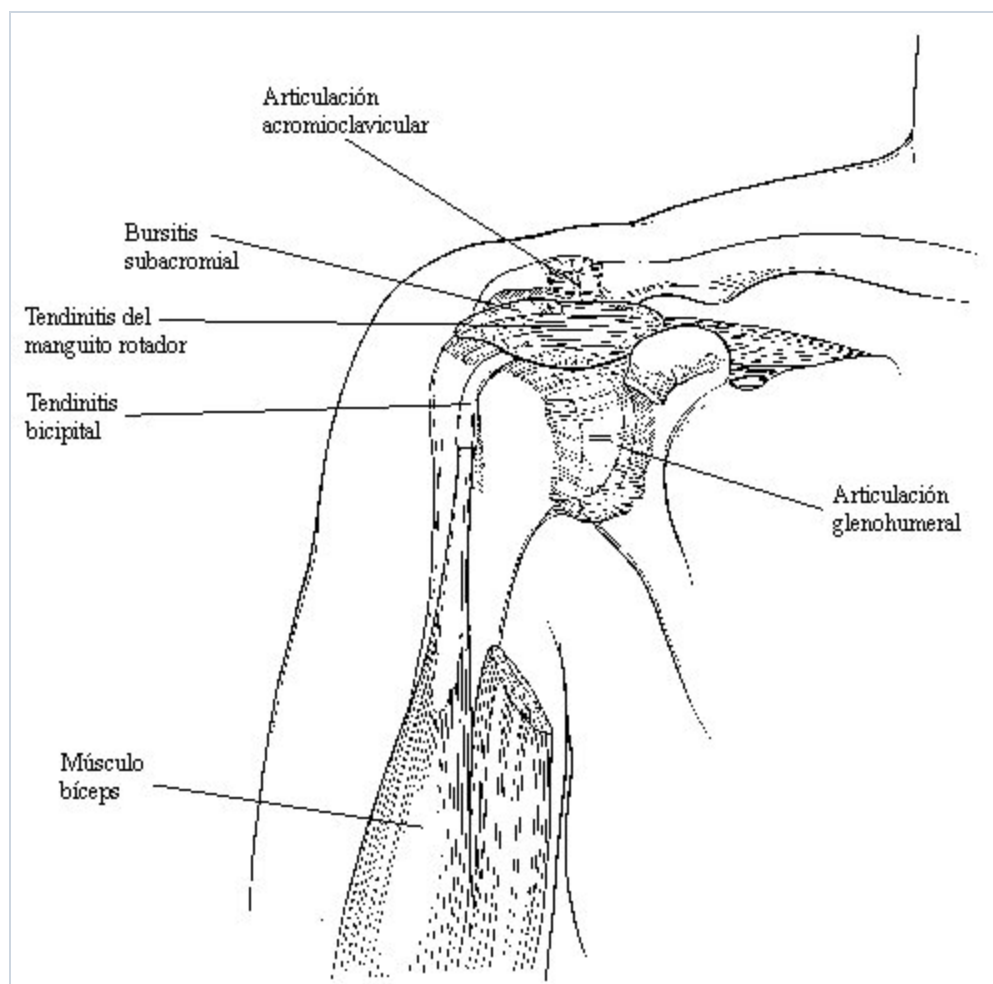


Figura 1 Hombro doloroso La tendinitis del manguito rotador y la bursitis subacromial causa dolor que se siente sobre la cara lateral del hombro, mientras que la tendinitis bicipital, la enfermedad de la articulación acromioclavicular y de la articulación glenohumeral provocan dolor en la región anterior.

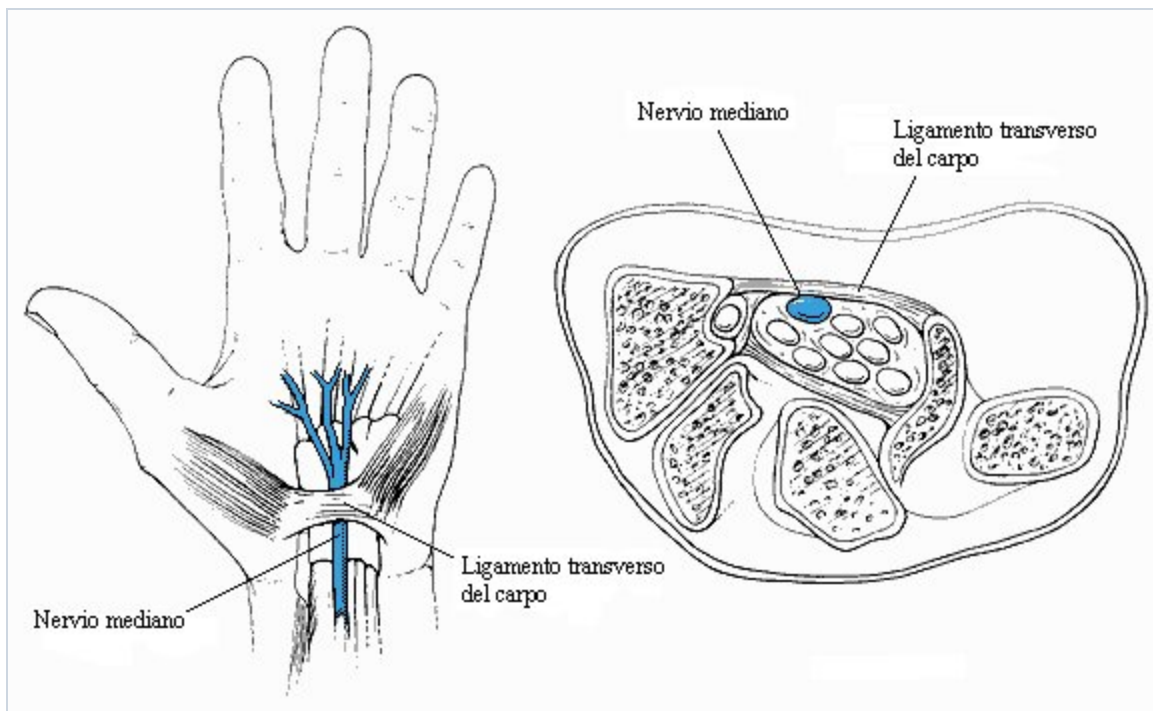


Figura 2 Síndrome de túnel del carpo El síndrome de túnel del carpo consiste en atrapamiento del nervio mediano en el canal que encierra al nervio y varios tendones flexores y que se forma por los huesos de la muñeca y del ligamento transversal del carpo. El engrosamiento traumático de las vainas tendinosas flexoras puede comprimir el nervio mediano.

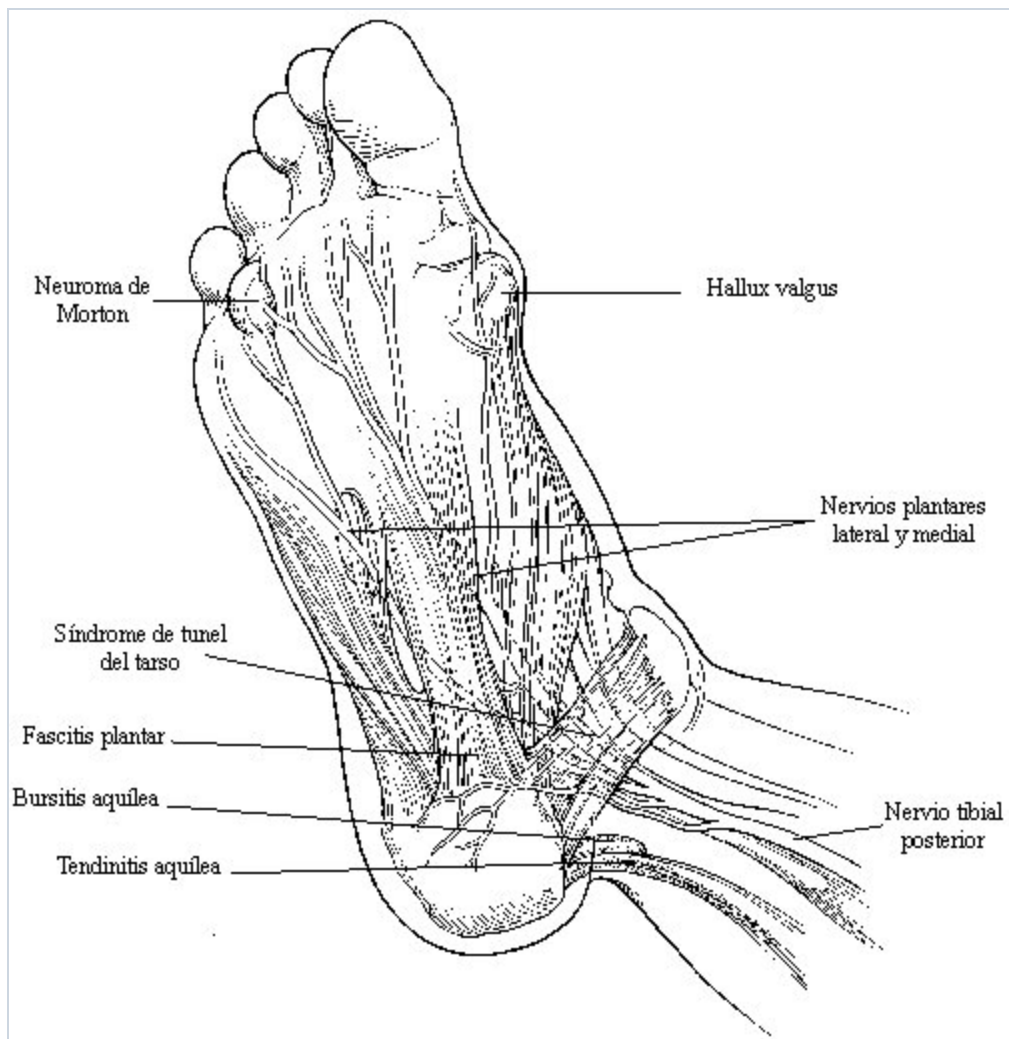


Figura 3 Pie doloroso En el antepié, el hallux valgus causa dolor difuso, mientras que el neuroma de Morton suele ser localizado. El síndrome de túnel del tarso causa parestesias en la región medial y plantar. La fascitis plantar y la tendinitis aquilea son causas comunes de dolor del retropié.