

Dolor de Extremidades Inferiores

William Alex Vargas B.

Servicio de Medicina, Sección de Reumatología
Hospital Sótero del Río
Hospital Dipreca

Región de la cadera

Muchos de los problemas de la cadera están relacionados con las estructuras de partes blandas alrededor de la articulación y músculos que la rodean. Aunque son relativamente comunes, muchos de éstos están pobremente definidos, pasando largo tiempo sin ser adecuadamente diagnosticados.

Bursitis trocantérica

Es una afección frecuente. Se presenta predominantemente en personas de edad mediana o avanzada, más en mujeres que en varones.

- Etiología. Los tres músculos glúteos poseen bursas en sus inserciones en el trocánter mayor; la más importante es la del glúteo medio. El trauma o el “microtrauma” repetitivo es la causa principal de la inflamación; entre otras está, además, el acortamiento de una de las extremidades inferiores (EEII) > 2 cm., causando dolor en la pierna más larga.
- Cuadro clínico. Existe dolor en la región lateral de la cadera, además de la dificultad para dormir sobre ese lado. Su comienzo es gradual, generalmente, pero puede ser muy agudo, con gran dificultad para la movilidad de la cadera. El dolor se exagera con la rotación externa y la abducción contra resistencia; esta última sugiere, además, una tendinitis.
- Diagnóstico diferencial. Dolor irradiado de columna lumbar, fibromialgia, necrosis ósea aséptica de la cabeza femoral, herpes zóster, adiposis dolorosa, neoplasia primaria o metastásica de partes blandas de la región.
- Tratamiento. Corregir los factores mecánicos que pudieran estar desencadenando la bursitis, AINE, KNT, con ultrasonido, masoterapia, ejercicios de

estiramiento, infiltración con esteroides de depósito; si todas las anteriores medidas fallan (raramente), se recurrirá a la cirugía.

Bursitis isquiática

Es la bursitis más frecuente vista en pacientes que están mucho tiempo sentados en superficies duras. El dolor es intenso al sentarse o al acostarse, ya que la bursa isquioglútea es superficial a la turbosidad isquiática y separa a ésta del glúteo mayor. El dolor puede irradiarse hacia abajo a la región posterior del muslo, simulando ciática. Al examen se encuentra dolor “exquisito” sobre la turbosidad isquiática. El tratamiento consiste en sentarse sobre un cojín o infiltrar con esteroides de depósito.

Región de la rodilla

Bursitis prepatelar (prerrotuliana)

La bursa prepatelar se encuentra delante de la mitad inferior de la rótula y de la mitad superior del ligamento rotuliano. Su inflamación se manifiesta como aumento de volumen sobre la rótula. Es el resultado de trauma local, como arrodillarse frecuentemente (dueñas de casa, religiosas), pero también se ve en la gota. El diagnóstico en general es sencillo. El dolor es leve a menos que se aplique presión directa sobre la bursa.

La bursitis traumática tiende a ser subaguda o crónica, mientras que la séptica o alcoholismo son factores asociados a la bursitis; debe puncionarse, aspirar y cultivar el contenido.

Bursitis anserina

La bursa anserina se ubica a 5 cm por debajo de la línea articular entre el ligamento lateral interno de la rodilla, cara interna, y el tendón de la “pata de ganso”; este último está formado por los tendones conjuntos de los

músculos sartorio, semimembranoso y semitendinoso. Esta bursitis se observa predominantemente en mujeres de edad media o avanzada con sobrepeso, genu valgo, artrosis de rodilla, que aumenta al subir las escaleras, es siempre secundaria, y el diagnóstico se establece induciendo dolor a la palpación.

El tratamiento en general es el reposo, medidas generales que incluyen tratamiento de sobrepeso, genu valgo, AINE, KNT, ejecutando un estiramiento del abductor y del cuádriceps; la infiltración con esteroides intrabursal es otra alternativa cierta.

Región del tobillo y pie

Podemos dividir en dolor calcáneo posterior (tendinitis aquiliana) y calcáneo plantar (bursitis calcánea y fascitis plantar).

Tendinitis aquiliana

Es una patología frecuente, generalmente como resultado de traumatismo, la actividad atlética excesiva (trotadores), uso de zapatos inapropiados; puede también estar presente en algunas espondiloartropatías (espondiloartropatía, artritis, reactiva), AR, condrocalcinosis, gota, hipercolesterolemia familiar.

Clínicamente hay dolor, aumento de volumen tendinoso, sensibilidad en el área proximal de su inserción, que aumenta con la dorsiflexión del pie.

El tratamiento consiste en reposo, KNT frío (hielo) en etapa aguda, calor en etapa crónica, ejercicios graduales para estiramiento muscular. Ortopedia con corrección de zapatos y taloneras. No se debe infiltrar esteroides de depósito por peligro de ruptura, que, cuando sucede, debe repararse quirúrgicamente.

Fascitis plantar

Se observa generalmente en personas entre los 40 y los 60 años, se caracteriza por dolor en el área plantar del talón; el inicio puede ser gradual en personas que están en posición prolongada de pie, en algunos obesos con pie plano, o agudo, posterior a traumatismo o exceso de uso (trote, salto). Se encuentra asociada, al igual que la tendinitis aquiliana, a las espondiloartropatías, AR, gota, pudiendo ser, además, idiopática.

Clínicamente el dolor característico es matinal, al levantarse, siendo más severo al dar los primeros pasos, exacerbándose durante el día, especialmente después de estar parado o caminando un tiempo prolongado. Al examen físico puede palparse la bursa calcánea que está sensible y que cuando este dolor se irradia hacia la planta del pie denota un compromiso de la fascia plantar.

El tratamiento incluye reposo relativo, evitar el calzado plano o caminar descalzo, manejo ortopédico local con taloneras de espuma con o sin orificio de descarga (picarón); el uso de AINE puede ser de utilidad, al igual que la infiltración local con esteroides de depósito.