
DOLOR DE CADERA NO INFLAMATORIO

Servicio de Medicina Física y Rehabilitación
Hospital General Universitario de Elda

PUNTOS CLAVE

- Siempre hay que contemplar: causas articulares, extraarticulares y dolores referidos.
 - Localización: cara anterior, lateral, posterior...
 - En general una patología articular causa dolor en todos los movimientos, y la extraarticular sólo en determinados movimientos o maniobras.
-

PUNTOS CLAVE

- No todo dolor de cadera es debido a coxartrosis. Los primeros movimientos que se limitan son la flexión y la rotación interna.
-

¿QUÉ DEBEMOS HACER?

UNA BUENA EXPLORACIÓN

EXPLORACIÓN

- TIPO DE MARCHA QUE REALIZA EL PACIENTE
 - CÓMO SE MUEVE Y CÓMO SE SIENTA
 - BUENA ANAMNESIS DE: INICIO, LOCALIZACIÓN DEL DOLOR, HORARIO...
 - EXPLORACIÓN EN BIPEDESTACIÓN, SEDESTACIÓN Y DECÚBITOS
 - TONO MUSCULAR, MOVILIDAD ARTICULAR, REFLEJOS, S. SUPERFICIAL, Y S. PROFUNDA Y FUERZA
-

CLASIFICACIÓN DE LAS CAUSAS DE DOLOR DE CADERA

ARTICULAR

EXTRARTICULAR

REFERIDO

PATOLOGIA INTRAARTICULAR

- **ARTROSIS DE CADERA**
 - ARTRITIS INFLAMATORIA
 - ARTRITIS SÉPTICA
 - FX DE CADERA
 - NECROSIS AVASCULAR
 - ENFERMEDAD DE PERTHES.
 - SINOVITIS DE CADERA
 - EPISIOLISIS FEMORAL
 - ...
-

PATOLOGÍA EXTRARTICULAR

- BURSITIS TROCANTEREA
 - SINDROME PIRAMIDAL
 - TENDINITIS DE ADDUCTORES
 - BURSITIS ILEOPECTÍNEA
 - BURSITIS ISQUIOGLÚTEA
 - ATRAPAMIENTO DEL N. OBTURADOR
 - HERNIA INGUINAL
 - ADENITIS INGUINAL.
-

DOLOR REFERIDO

- PATOLOGÍA DE RAQUIS
 - SACROILEITIS
 - ENFERMEDADES INTRAABDOMINALES
 - MERALGIA PARESTÉSICA
 - COLICO NEFRÍTICO
 - DOLOR IRRADIADO DESDE RODILLA
 - TUMORES PÉLVICOS
 - ...
-

TABLA 1

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, recto anterior, 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, bíceps femoral, semimembranoso, semitendinoso
Abducción	Decúbito supino. Inmovilizar pelvis con una mano sobre la cresta iliaca contralateral y separar la pierna extendida desde el tobillo	45-50°	Glúteo superior	Glúteo mediano y 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, obturador, glúteo mediano
Rotación externa	Igual que la rotación interna, pero moviendo el pie y la rodilla hacia fuera	45°	Glúteo superior y obturador	Glúteo menor y mediano, tensor de la fascia lata, aductor mayor

TABLA 2**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 espacio articular
Artritis séptica	Dolor intenso Fiebre	Cadera en flexo Signos inflamatorios locales	Análisis del líquido sinovial
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 para diagnóstico diferencial
Atrapamiento del nervio obturador	Dolor inguinal Parestesias en cara interna del muslo	Alteración de la sensibilidad sin afectación motora	Clínico

TABLA 3**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 Radiografía para descartar fracturas o tumores
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.

TABLA 4**Diagnóstico diferencial del dolor en la cara posterior de la cadera**

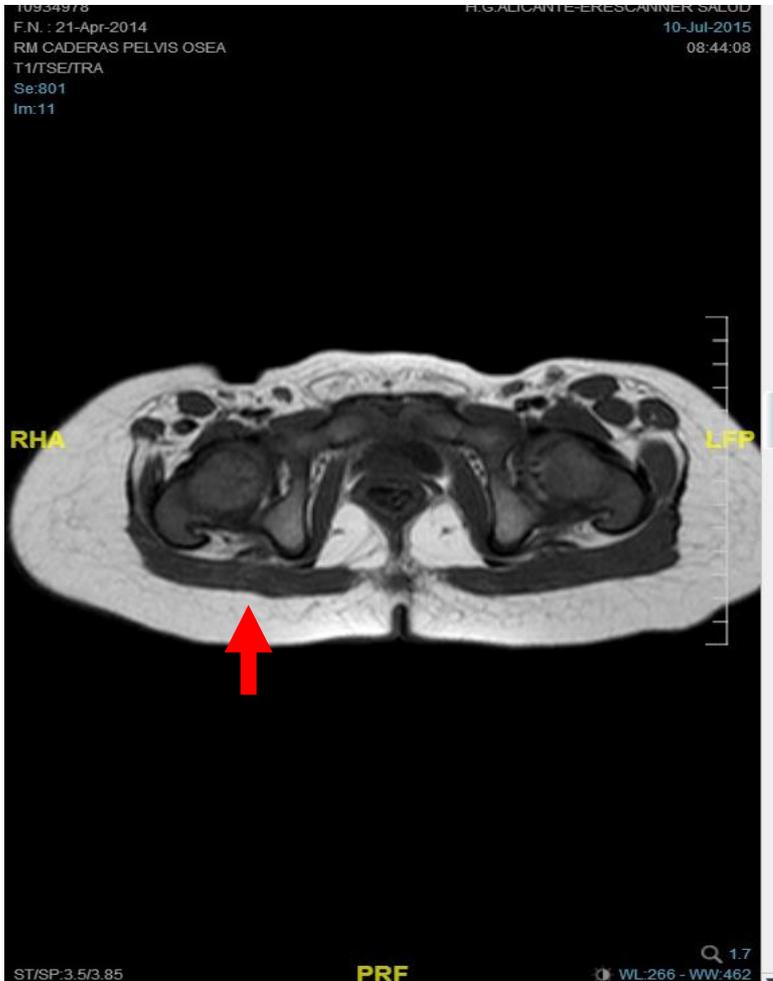
Causa	Clínica	Exploración	Diagnóstico
Sacroileítis	Dolor en región glútea superoexterna Empeora de noche	Maniobras de compresión-distracción de la pelvis dolorosas (FABERE)	Radiografía de pelvis
Síndrome del músculo piriforme	Dolor en glúteo que aumenta en decúbito prono, sedestación	Dolor mediante tacto rectal. Test de FAIR: flexión abducción y rotación interna	EMG en flexión abducción y rotación interna
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 cuevas y escaleras	Dolor con la flexión de rodilla	Las pruebas de imagen pueden servir de apoyo al diagnóstico clínico

EMG: electromiografía.

CASO 1

- Paciente que con 12 meses debuta con cojera derecha en contexto de bronquitis aguda.
 - EF: asimetría glútea, hipotrofia glúteo derecho, ROT izdo vivos y presentes. Patelar derecho imposible, aquileo presente.
 - No retraso en hitos adquisición motora.
-

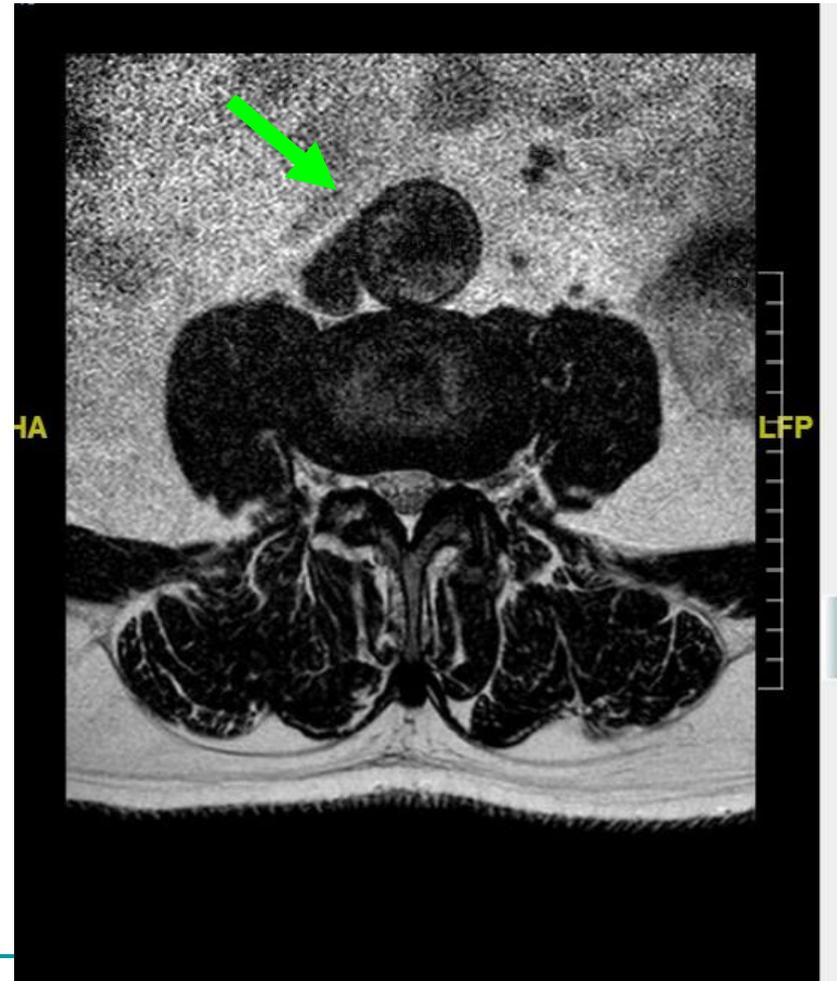
ATROFIA MUSCULAR CON SIGNOS DE EDEMA EN CADERA DERECHA Y RAIZ ANTERIOR DE MUSLO DERECHO



CASO 2

- Varón de 68 años remitido por MAP por dolor en glúteo izdo.
 - EF: MMII fuerza 5/5, sensibilidad superficial y vibratoria conservada. No despierta dolor por la noche. RCP flexor bilateral. Claudicación de la marcha. Dolor en sacroiliaca izda. Pulsos pedios y tibial posterior presentes.
-

DILATACIÓN AORTA ABDOMINAL PREBIFURCACIONAL



CASO 3

- Paciente de 18 años, deportista con dolor en ambas caderas crónico y severa limitación funcional.
 - La **exploración física** objetivó la ausencia de signos deficitarios neurológicos, hernias inguinales ni semiología patológica de rodilla o raquis. El balance articular de cadera fue simétrico pero doloroso en particular para las maniobras de flexión $>90^{\circ}$ y rotación interna pasivas. La maniobra del choque (*Impingement test*) resultó positiva bilateralmente y la abducción más rotación externa y flexión (*FABER test*) también fue positiva.
-



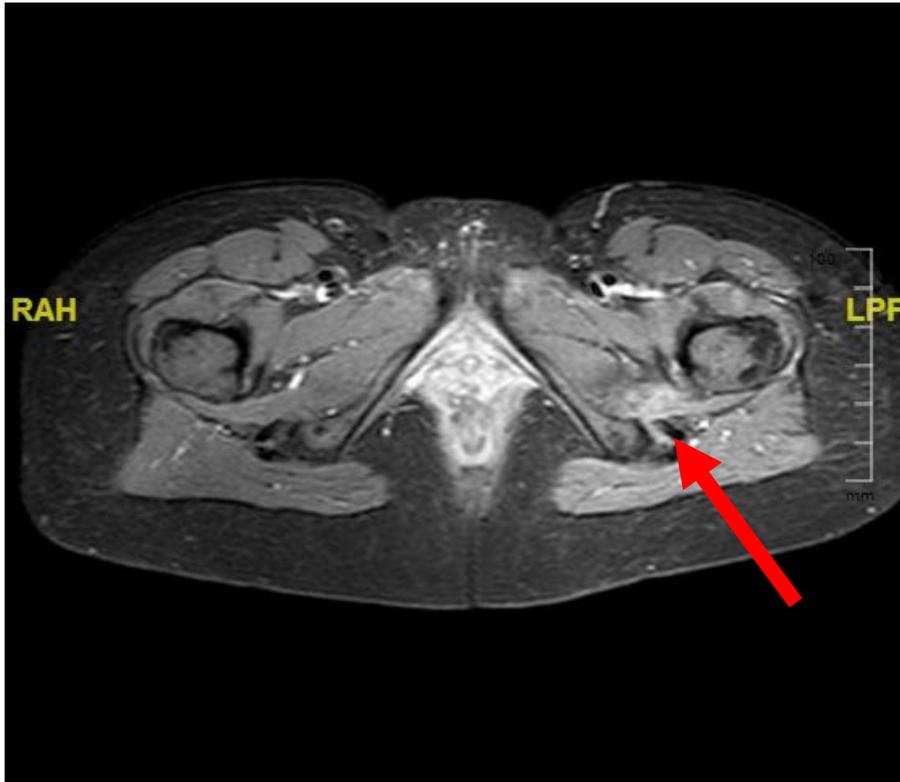
CASO 4

- Mujer de 51 años con dolor en cadera izda de más de 10 años de evolución.
 - Irradiación a cara posterior de muslo e ingle, aumenta al cruzar MMII y agacharse
 - EF: dolor en la flexión máxima con rotación interna de cadera. No dolor en trocanter ni sacro. Fabere - . BA completo
-

CHOQUE ISQUIOFEMORAL



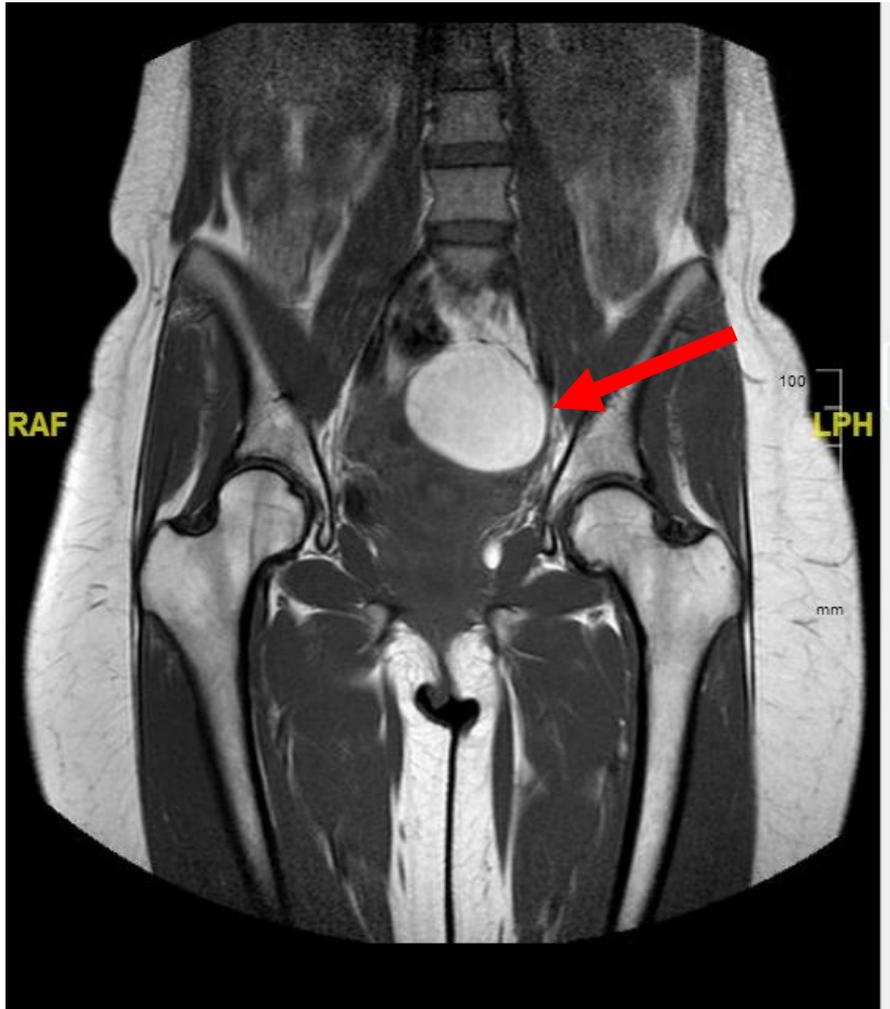
CHOQUE ISQUIOFEMORAL



CASO 5

- Mujer de 32 años remitida por MAP por dolor lumbar, irradiado a MID de 1 año de evolución.
 - Irradiado a zona inguinal
 - EF: Buena movilidad dorso-lumbar. Lassegue y Bragard (-). ROT P y S.
 - Dolor en cadera derecha, en FID y región suprapúbica derecha.
-

LOE INTRAPÉLVICA. ENDOMETRIOMA



CASO 6

- Paciente de 25 años, dolor en cadera discontinuo.
 - EF: mejora en posición fetal, en ocasiones irradiación hacia el pie al caminar y al hacer ejercicios
 - MMII: debilidad en triceps sural izdo, ROT abolido aquileo izdo. Lassegue y Bragard negativo. RCP flexor bilateral
-

TERATOMA OVARICO IZDO



CASO 7

- Paciente de 43 años, remitida por MAP por dolor sacro hacia glúteo izdo. Inicio del dolor hace 6-7 meses, empeoramiento a lo largo del día.
 - EF: fuerza 5/5, ROT presentes y simétricos, RCP flexor bilateral Lassegue y Bragard (-)
 - Dolor en punto gatillo piramidal que aumenta con la rotación interna y flexión de cadera
-

SINDROME PIRAMIDAL

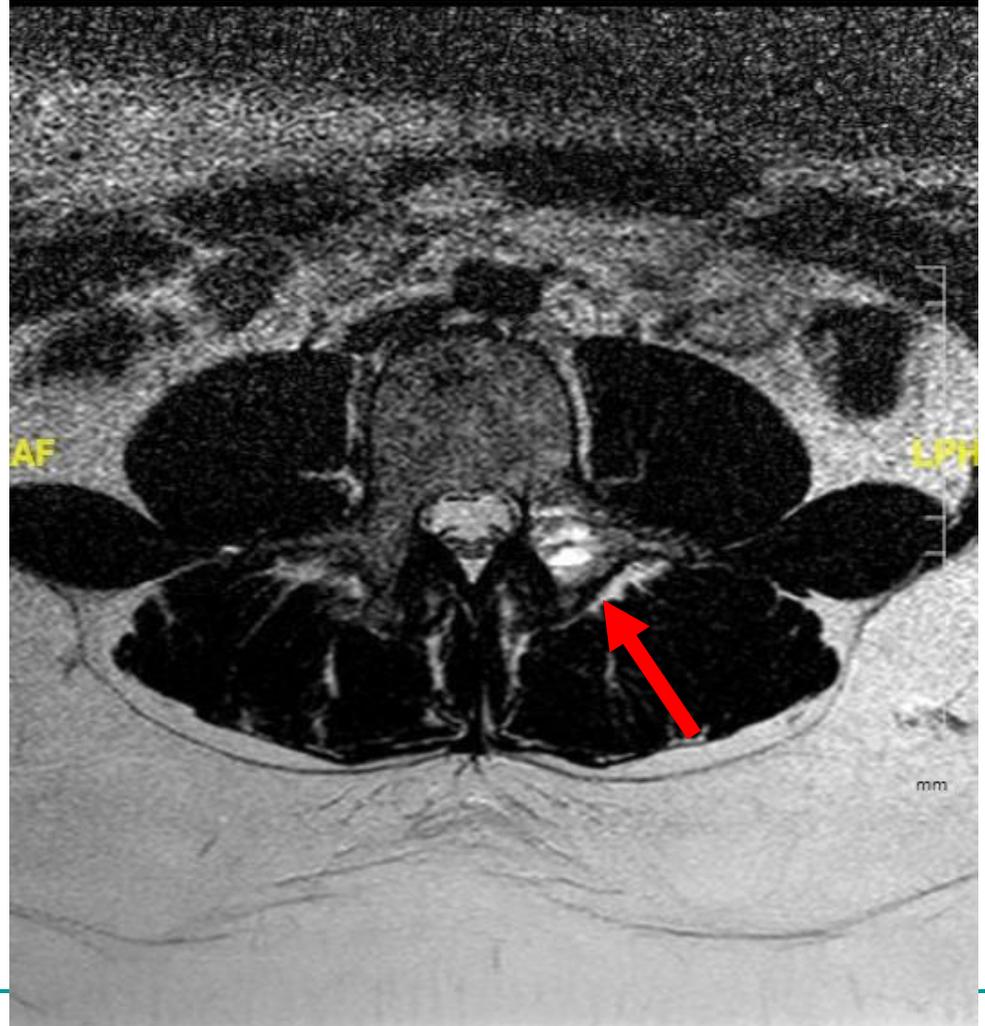
- MEJORÍA CON 50 UI DE BOTOX EN PIRAMIDAL
- NO PRUEBA DIAGNÓSTICA GOLD STANDAR

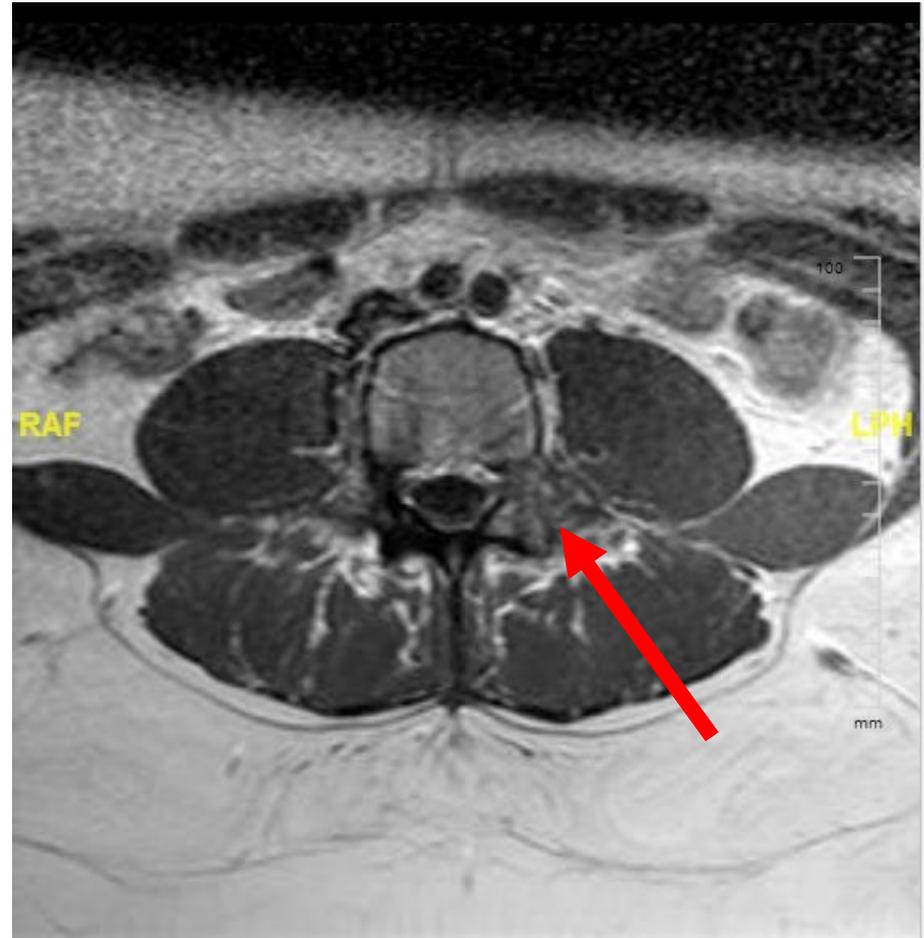
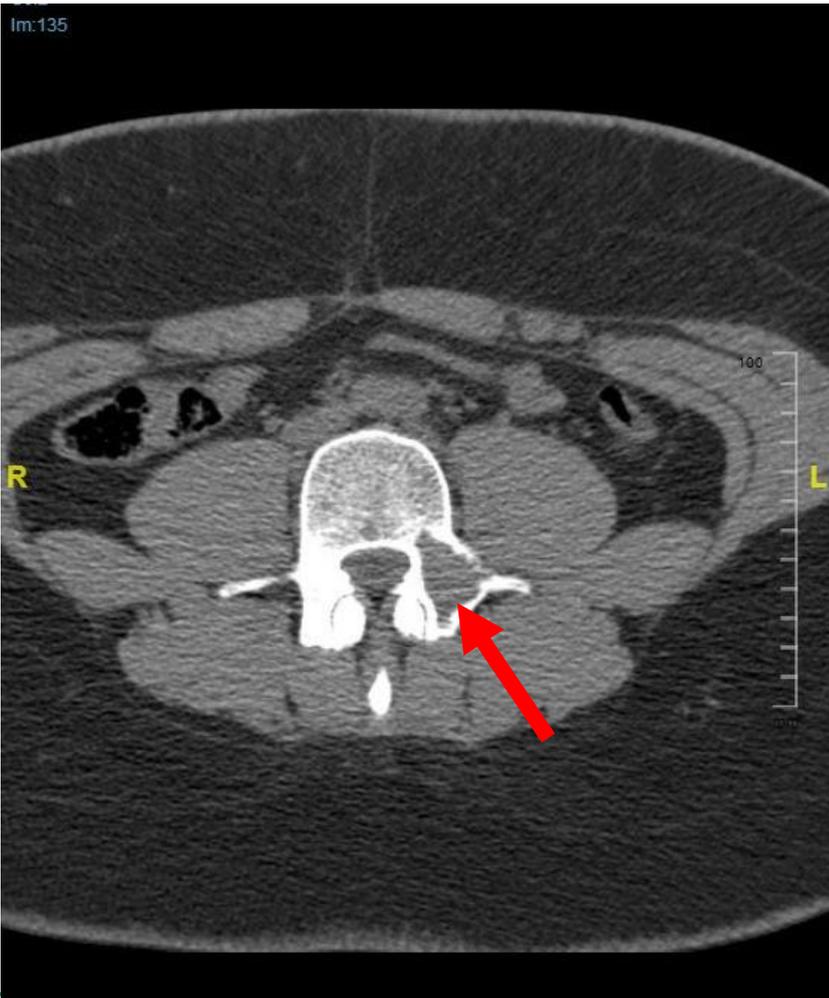


CASO 8

- Paciente de 16 años dolor de 2 años de evolución irradiado a ingle, aumenta al levantarse y sentarse, no aumenta con valsalva. No dolor ni pérdida de fuerza.
 - EF: molestia paravertebral lumbar a la presión, Lassegue y Bragrad (-) ROT presentes y simétricos, RCP flexor bilateral. Sensibilidad superficial y vibratoria normales
 - Corsé anticifótico. Ante la persistencia del dolor TAC y RMN lumbar.
-

OSTEOBLASTOMA





CASO 9

- Mujer de 47 años, remitida por reumatología por dolor en ingle y glúteo que provoca cojera. Molestias al subir y bajar escaleras
 - EF: MA sacroiliacas buena, talones y puntillas normales. Dolor a la palpación inguinal y mínimo en trocánter e isquion.
-

EDEMA EN OBTURADOR EXTERNO Y CUADRADO FEMORAL IZDO.



CASO 10

- Niño de 15 años ingresado para estudio de marcha en flexo con rotación externa de cadera izda.
 - En supino : flexo de cadera de 30° , rot externa 40° . BA cadera izda: flexión 90° dolorosa, extensión 25° dolorosa, abduccion 25° dolorosa, rotacion interna 10° dolorosa, rot externa 45° dolorosa.
-

CONDROLISIS IDIOPÁTICA DEL ADOLESCENTE



CASO 11

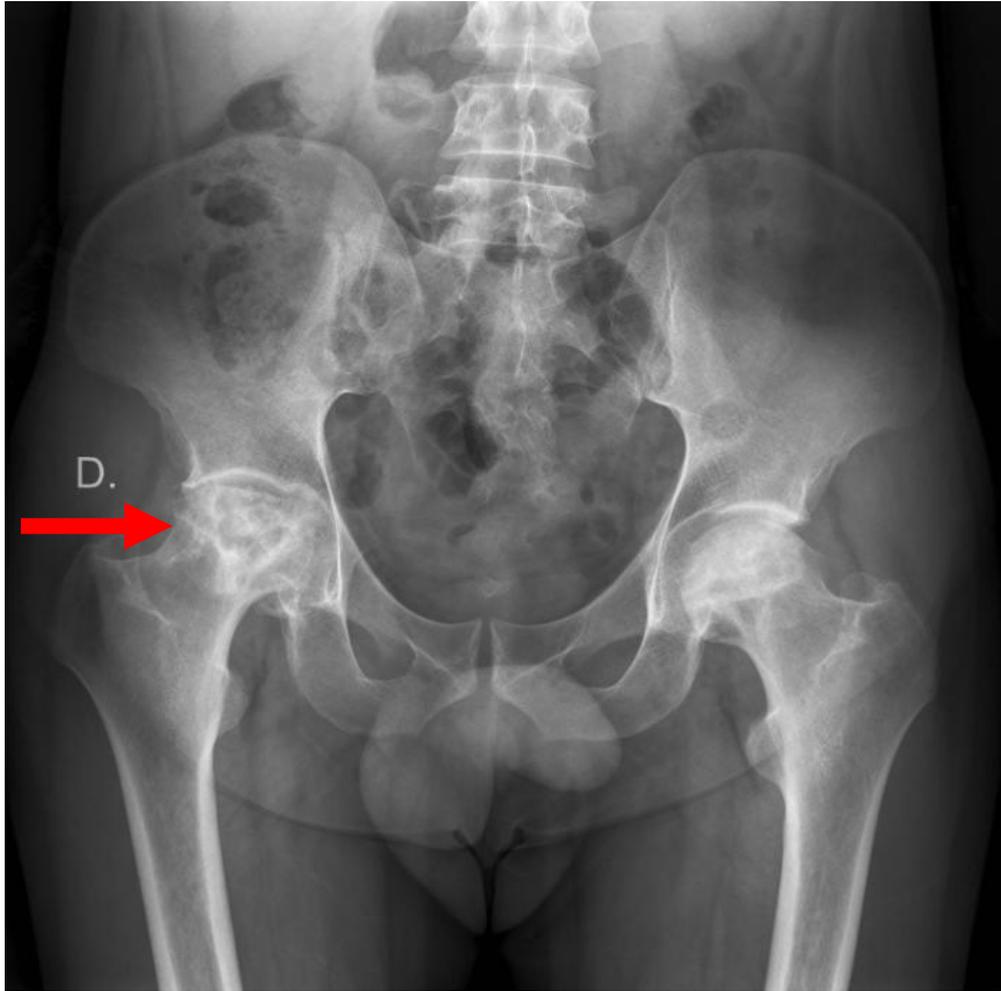
- Niña de 5 años que acude varias veces a urgencias por cuadro de cojera de MII con flexión de cadera y rodilla de inicio mitad mañana y progresivo hasta la noche.
 - Tras ingreso y estudio por pediatría, en sesión clínica conjunta se llega al diagnóstico de distonía MII sensible a L-DOPA
-

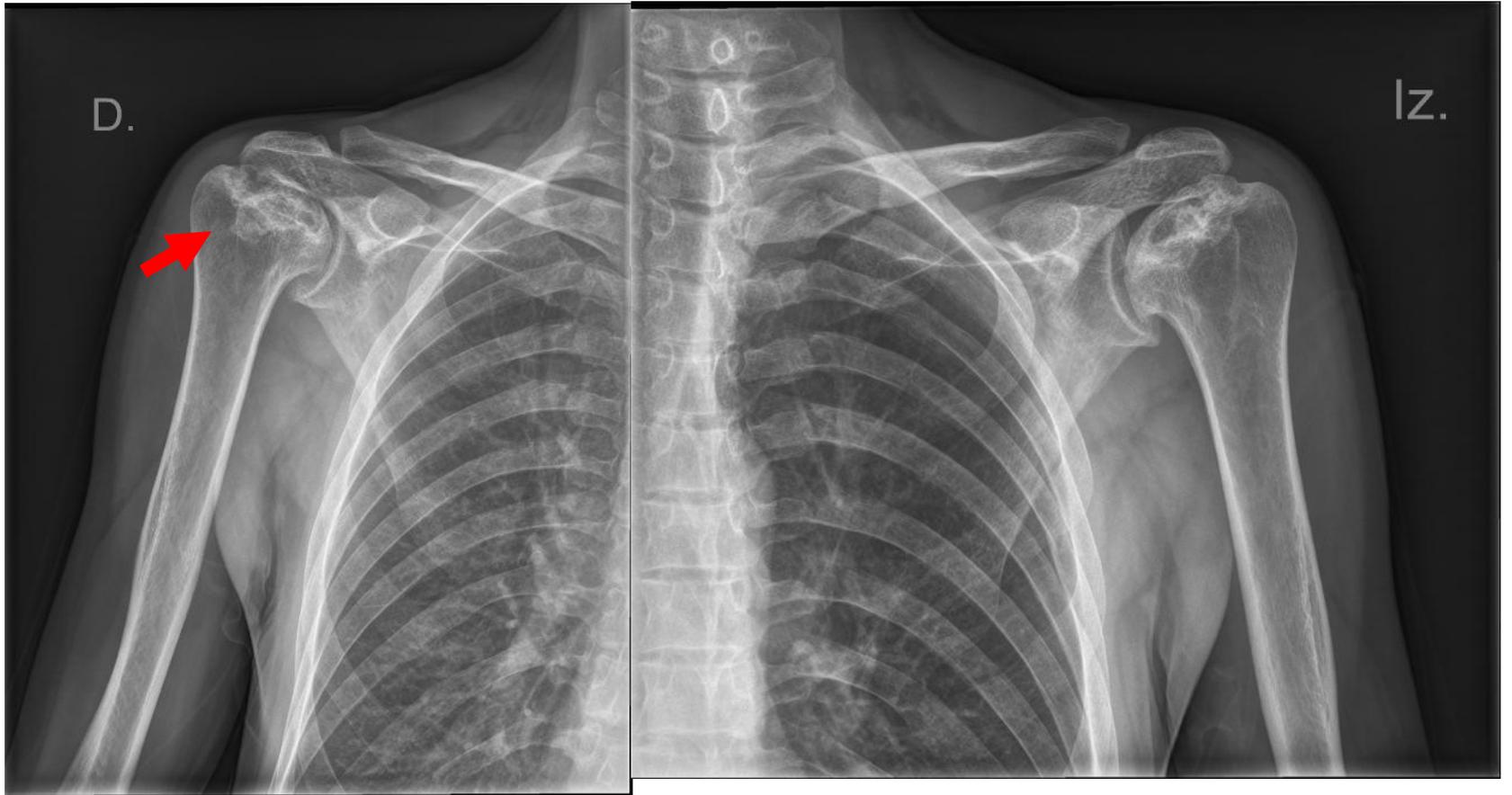
DISTONÍA MII

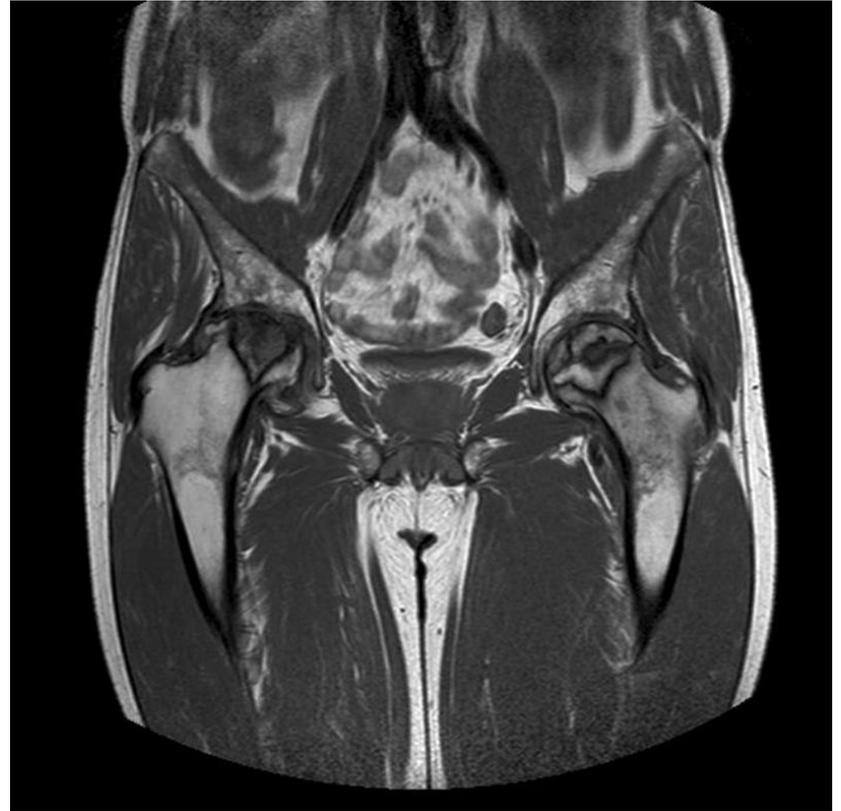
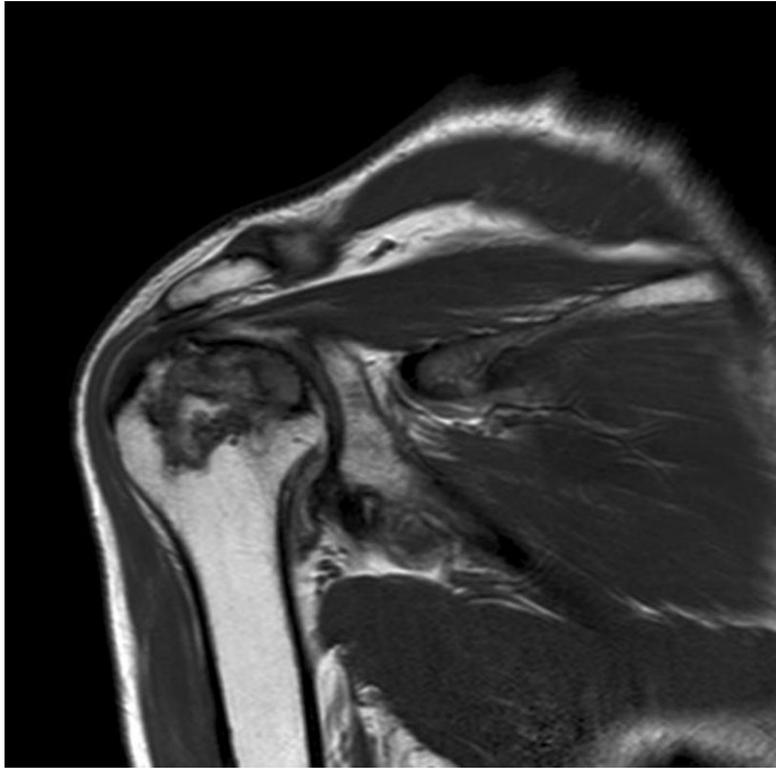


CASO 12

- Paciente con antecedentes de infección por VIH que se remitió a nuestra consulta por omalgia derecha de 3 meses de evolución. En la exploración del paciente se objetivó la afección del hombro contralateral y las 2 caderas. Se realizaron estudios radiográficos, RMN y gammagrafía ósea observándose osteonecrosis de ambas cabezas de húmero y de fémur.
-







CASO 13

- Paciente de 45 años remitida por lumbocitalgia bilateral, de predominio derecho.
 - Lassegue-, Bragard -, Fuerza 5/5, sensibilidad superficial y vibratoria conservada, reflejos presentes y simétricos
 - Dolor selectivo a la palpación en trocanter mayor bilateral con irradiación a tensor de la fascia lata.
-

BURSITIS TROCANTÉREA BILATERAL



CASO 14

- Paciente de 35 años acude a consulta por dolor de 2 años de evolución a nivel de pala iliaca, trocanter y región inguinal derecha.
 - EF: dolor a nivel de T10-L1 derecho y zonas de hiperestesia en pala iliaca, peritrocantereo y región inguinal.
 - CTM + (celuloteniomiálgico o pinzamiento rodamiento)
 - Tto: manipulación vertebral o infiltración con corticoide y anestésico en rama posterior de T11-T12-L1.
-

LUMBALGIA DE MAIGNE O DE LA CHARNELA DORSO-LUMBAR

