

CASOS CLÍNICOS

DOLOR. 2013;28:42-4

Reumatismos de partes blandas. Bursitis trocantérea

A. RODRÍGUEZ DE LA SERNA Y A. ACOSTA PEREIRA

MOTIVO DE CONSULTA

Paciente de 69 años que consulta por dolor en la zona externa alta del fémur, de cuatro días de evolución, de curso progresivo, con dolor al caminar que limita la función, pero también en reposo y en la cama, especialmente al apoyar la zona dolorosa.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se trata de una paciente sana, con una vida activa adaptada a su edad. Es jubilada y realiza las labores del hogar. Camina regularmente 1 h al día por la presencia de una hiperglicemia leve (diagnosticada como diabetes controlada con dieta); presenta un discreto sobrepeso, con un índice de masa corporal (IMC) de 25. Tiene una hipertensión lábil, que ahora no se trata farmacológicamente, pero suele comer con restricción de sal, y evita especialmente los antiinflamatorios no esteroideos (AINE), pues en alguna ocasión le han producido un aumento importante de la tensión arterial (TA), y su médico de cabecera le ha prevenido sobre el uso de los mismos.

Presenta un dolor de aparición brusca, en la cara lateral superior de la pierna derecha, que ella refiere como de la cadera, especialmente con la marcha y también cuando al sentarse o acostarse se apoya sobre la zona. Ha sido progresivo y ahora, después

de cuatro días, le llega incluso a despertar por la noche. Tiene la sensación de que el dolor se irradia por la parte lateral de la pierna hasta la rodilla, y una amiga le ha insinuado que puede tratarse de un «síndrome ciático», por lo que consulta con cierta urgencia y gran preocupación.

EXPLORACIÓN FÍSICA

En la exploración general no se aprecian alteraciones de interés. La TA es de 129/78; la talla, de 163 cm, y el peso, de 65 kg. El nivel de glicemia, después de 6 h de ayuno por punción digital con *glucocard*, era de 102 (normal < 100).

La exploración articular mostró arcos de movimientos normales y ausencia de sinovitis, aunque sí presentaba algunos nódulos de Heberden en las articulaciones interfalángicas de las manos, sin dolor.

En la valoración de la zona dolorosa, pierna y fémur derecho, presentaba limitación dolorosa de la abducción en la cadera derecha, pero el dolor era en la parte externa (a nivel del trocánter) y existía así mismo dolor selectivo a punta de dedo al presionar sobre la tuberosidad trocantérica. La escala visual analógica (EVA) era de 78. La exploración neurológica de la pierna, la fuerza muscular y los reflejos osteotendinosos eran normales. Se estableció el diagnóstico clínico de bursitis trocantérea. Se realizó una radiografía (Rx) de la articulación coxofemoral y la

Dirección para correspondencia:

Arturo Rodríguez de la Serna
Servicio de Reumatología
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau
Sant Antoni Maria Claret, 167
08025 Barcelona
E-mail: arodriguez@santpau.cat

Servicio de Reumatología
Hospital Universitario de la Santa Creu i Sant Pau
Barcelona



Figura 1. Rx A-P de pelvis donde se observa la normalidad de la articulación coxofemoral derecha, así como, la ausencia de lesiones óseas o calcificaciones sobre la zona trocantérea. Tampoco existe alteración en la articulación contralateral.

zona trocantérea, para descartar la posibilidad de alteraciones asociadas (artrosis coxofemoral, fisura ósea u otras) (Fig. 1).

En el diagnóstico de la trocanteritis o bursitis trocantérea, se tiende a valorar la clínica, como un inicio agudo o en ocasiones más insidioso, que presenta un dolor de tipo profundo, acompañado en muchas ocasiones de hormigueo, de carácter continuo (haciendo sospechar la presencia de un dolor con características neuropáticas) (Fig. 2), y existen diferentes causas y factores predisponentes que no siempre son fáciles de relacionar en el paciente individual (Tabla 1).

Dada la corta evolución del proceso y al no haber realizado ningún tratamiento previo, se decidió, ante la normalidad de la Rx, iniciar el tratamiento antes de utilizar otras pruebas diagnósticas confirmatorias, como podrían ser una ecografía o una gammagrafía ósea.

TRATAMIENTO

El tratamiento de la paciente requiere una escala de posibilidades entre indicaciones y contraindicaciones.

Por tratarse de una paciente diabética, aunque no están totalmente contraindicados, sí es recomendable evitar en lo posible el uso de corticoides, que pueden inducir hiperglicemia, incluso con su uso

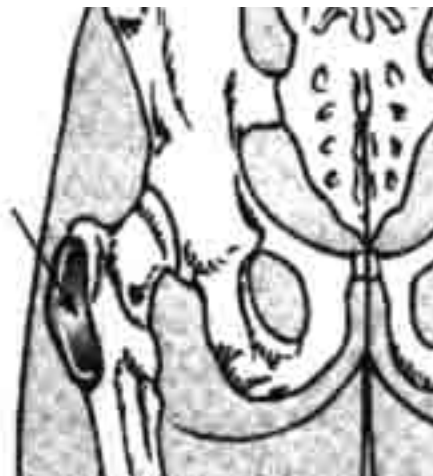


Figura 2. Localización de la bursa trocantérea (flecha) en un esquema de la zona femoral. La superficialidad de la misma hace que sea sensible a tratamientos tópicos, o infiltraciones periféricas. La irradiación pseudociática que en ocasiones se produce, se explicaría por un mecanismo de dolor neuropático.

Tabla 1. Factores y causas predisponentes de trocanteritis

-
- Edad: 30-70 años
 - Género femenino
 - Causas múltiples:
 - Traumatismos repetidos
 - Obesidad (depósitos de grasa)
 - Sobrecarga
 - Artrosis de rodilla y cadera
 - Depósitos de calcio (hidroxiapatita)
 - Artropatías inflamatorias
-

intraarticular o en infiltraciones de partes blandas, que para un caso agudo como el actual hubiera sido el tratamiento de elección por su eficacia y rapidez de acción, aunque en ocasiones se requieren infiltraciones periódicas repetidas para conseguir un efecto total y duradero.

El tratamiento con medidas físicas y de rehabilitación supondría un retraso en la instauración y eficacia, y, en esta paciente además una limitación en la deambulación (reposo), aspecto que, por su hiperglicemia, la paciente cuida en extremo, pues la marcha diaria y la dieta le evitan tener que recurrir a tratamiento farmacológico para su diabetes.

La ingesta de AINE estaba cuando menos restringida por su hipertensión.

Es interesante hacer notar que, aunque se trata de una persona sana, la presencia de comorbilidades, aunque de escasa importancia en apariencia, por el

buen control de las mismas y la falta de medicación para controlarlas, induce una complicación terapéutica para cualquier otro proceso intercurrente, hecho de enorme frecuencia en la población por encima de los 60 años.

Basándonos en datos de la utilización de capsaicina en otros procesos osteoarticulares como artrosis o artritis reumatoide y en el estudio de *Hartrick* que la usó en el postoperatorio de prótesis de rodillas, suponiendo un ahorro importante de opiáceos y mostrándose eficaz en el dolor agudo nociceptivo, y valorando el componente neuropático que antes comentábamos del dolor en la trocanteritis, decidimos iniciar de forma empírica un tratamiento local con capsaicina, y se lo hicimos saber a la paciente, que estuvo de acuerdo en probar la utilidad del mismo.

Se recomendó una aplicación local de capsaicina en crema al 0,075% cada 8 h, mediante una aplicación mínima de crema sobre la zona dolorosa, con un leve masaje para favorecer la absorción.

A las 24 h la EVA había mejorado, pasando a 45, y la paciente pudo descansar bien esa noche.

A los tres días el dolor prácticamente había desaparecido (EVA 15).

Se había restaurado la movilidad también sin dolor, con una capacidad funcional normal para las actividades de la vida diaria y la marcha.

Se mantuvo el tratamiento durante 10 días y se retiró de forma paulatina, disminuyendo el número de

aplicaciones, retirándose definitivamente al cabo de tres semanas. No presentó ninguna reacción local ni de otro tipo secundaria a su uso.

CONCLUSIÓN

Se describe el caso de una bursitis trocantérea (trocanteritis) aguda sin complicaciones; no obstante, la presencia de comorbilidades, aparentemente de grado menor, complicaron la instauración del tratamiento con medidas habituales, recurriéndose de manera empírica al uso de capsaicina en crema como tratamiento local.

Hubo una buena respuesta al tratamiento tópico con capsaicina, que puede justificarse por la posibilidad de un componente neuropático del dolor. Se trata simplemente de una observación clínica aislada, que será necesario corroborar con nuevas experiencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Altman R, Barkin RL. Topical therapy for osteoarthritis: clinical and pharmacologic perspectives. *Postgrad Med.* 2009;121:139-47.
- Graña G, Mera A. Lesiones estructurales y funcionales de bolsas y tendones. Enfermedades reumáticas extraarticulares: patología de músculos, tendones, vainas, bolsas y nervios periféricos. Barcelona: Masson. Sociedad Española de Reumatología.
- Hartrick CT, Pestano C, Carlson N, Hartrick S. Capsaicin instillation for postoperative pain following total knee arthroplasty: a preliminary report of a randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, multicentre trial. *Clin Drug Investig.* 2011;31:877-82.