

Síndrome de la cintilla iliotibial proximal como causa de dolor de cadera en mujer con obesidad

ELENA CARDONA CALVO, VERÓNICA ESTEPA CALVO, JAVIER MEDEL REBOLLO, ÁNGELA MESAS IDÁÑEZ Y ANNA SERVER SALVÁ

RESUMEN

El síndrome de la cintilla iliotibial proximal se presenta como dolor en la cresta ilíaca a nivel del tubérculo iliaco; es una entidad infra-diagnosticada que a menudo se cataloga de modo erróneo como otra afección de la cadera. Se diagnostica mediante el antecedente del dolor y la exploración física; el diagnóstico se confirma mediante resonancia magnética nuclear o ecografía, en las cuales se delimitan un engrosamiento en la zona de inserción de origen y signos de inflamación y edema. Se presenta el caso de una mujer de 57 años con dolor en fosa ilíaca y cadera izquierdas, con obesidad, diagnosticada con síndrome de la cintilla iliotibial; con anterioridad se diagnosticó dolor lumbar referido y la infiltración diagnóstico-terapéutica del cuadrado lumbar fracasó luego de varios meses del inicio de la clínica; la mejoría con el tratamiento con antiinflamatorios no esteroideos fue escasa y se resolvió con la infiltración de corticoides y anestésico local guiada por ecografía en la inserción de la cintilla iliotibial.

Palabras clave: Dolor. Cadera. Síndrome de la cintilla iliotibial proximal. Ecografía.

ABSTRACT

The proximal iliotibial band syndrome is a kind of pain that it presents as pain in iliac crest at the level of iliac tubercle, it is an underdiagnosed entity that is often mislabelled as another hip condition. It is diagnosed with the pain's history and the physical exploration, and the diagnosis is confirmed with nuclear magnetic resonance or ultrasound, where a thickening is observed in the insertion zone of origin and it is possible to also see signs of inflammation and edema. We present the case of a 57-year-old woman with pain in left iliac fossa and hip, with obesity, that is diagnosed with the iliotibial band syndrome after having being previously diagnosed with referred lumbar pain. In this case there was an unsuccessful therapeutic diagnosis infiltration of the lumbar quadratus muscle. Finally, after several months of clinical inception, with little improvement after treatment with non-steroidal anti-inflammatories there was resolved after the infiltration of corticosteroids and local anesthetic guided by ultrasound at the level of the iliotibial band insertion. (DOLOR. 2019;34:79-81)

Key words: Pain. Hip. Iliotibial band syndrome. Ultrasound.

Corresponding author: Elena Cardona Calvo, ecardona@vhebron.net

HISTORIA CLÍNICA

A continuación se presenta el caso de una mujer de 57 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ex fumadora con índice tabáquico de 12 paquetes al año, sin otros hábitos tóxicos. Como antecedentes patológicos de interés padece endometriosis, diabetes mellitus tipo II en tratamiento con antidiabéticos orales, obesidad con índice de masa corporal (IMC)

de 33 y cardiopatía isquémica, en contexto de angina de esfuerzo, por lo que toma ácido acetilsalicílico (100 mg). Destaca además ser portadora de dispositivo intrauterino (DIU) liberador de hormona y como antecedentes quirúrgicos cesárea en la juventud y colecistectomía laparoscópica en 2017.

La paciente presenta un cuadro de meses de evolución de dolor abdominal localizado en fosa ilíaca izquierda (FII) que se irradia hacia zona lumbar y cadera, al principio de forma intermitente y leve, que

se vuelve fijo y se intensifica de forma progresiva hasta dificultar la marcha. Asimismo, no se relaciona con la evacuación ni la diuresis; es notorio un empeoramiento con la actividad física y mejoría parcial con antiinflamatorios no esteroideos (AINE) y reposo; en la actualidad tiene una intensidad de 8 en la Escala Visual Numérica (EVN) del dolor. Este último no dificulta el sueño y lo percibe como reparador la propia paciente, y no altera su estado de ánimo. Como tratamiento analgésico actual consume paracetamol (1 g/8 h) y alterna con ibuprofeno (600 mg/8 h). Como primera consulta, la paciente acude a su ginecólogo quien orienta el cuadro como dolor de origen ginecológico secundario a endometriosis, por lo que solicita resonancia magnética (RM) pélvica que descarta afectación ginecológica. Se decide retirar DIU sin obtener mejoría de la clínica y luego de descartar causa ginecológica aguda se deriva a la paciente al servicio de los autores.

Ya en la Unidad del Dolor se realiza nueva exploración física a la paciente en la que destaca dolor a la palpación de FII sin signos de irritación peritoneal; la movilidad y balance muscular son normales en tronco y extremidades inferiores, pero la paciente presenta leve cojera secundaria al dolor. Por lo demás, no tiene otros signos o síntomas relevantes en la exploración física. Se revisan también las exploraciones complementarias y en la RM pélvica no se observan signos de adenomiosis ni endometriosis profunda, sólo un pequeño nódulo ovárico derecho de contenido graso consistente con teratoma maduro. De acuerdo con los síntomas iniciales, se considera dolor lumbar referido y se indica realizar una prueba diagnóstica y terapéutica bajo control ecográfico. Se lleva a cabo infiltración, bajo medidas de asepsia y anti-sepsia, del plano transversal abdominal a nivel del cuadrado lumbar; se administran triamcinolona (40 mg) y ropivacaína (0,2%), con volumen total de 10 ml. La técnica no presenta resultados satisfactorios y persiste un dolor de intensidad 7 en la EVN.

Estos resultados llevan a reexplorar a la paciente; se identifican esta vez dolor en la palpación del tubérculo ilíaco en el lado afectado y maniobra de Ober positiva. La ecografía de partes blandas revela engrosamiento de la cintilla iliotibial a nivel de la inserción en la cresta iliaca y zonas hipoecoicas en su espesor, por lo que se considera un posible síndrome de cintilla iliotibial proximal. Ante los hallazgos clínicos y ecográficos se decide realizar una nueva infiltración diagnóstica y terapéutica con guía ecográfica, a nivel de la cresta ilíaca y por encima de la inserción de la cintilla iliotibial; se administran triamcinolona (40 mg) y ropivacaína (0,2%) con un

volumen total infundido de 10 ml (Fig. 1). En la visita de seguimiento a los dos meses, la paciente refiere gran mejoría del dolor (intensidad actual de 1-2 en la EVN), sin cojera y ha podido suprimir la analgesia oral casi en su totalidad (sólo consume paracetamol de forma ocasional); de forma conjunta con la paciente se decide el alta con la posibilidad de una nueva derivación preferente si reapareciera la clínica dolorosa.

DISCUSIÓN

El síndrome de la cintilla iliotibial proximal suele presentarse como dolor en la cresta ilíaca a nivel del tubérculo iliaco y puede cursar con alodinia y debilidad muscular con claudicación¹. Es una entidad poco conocida e infradiagnosticada, ya que a menudo se cataloga de manera equívoca como otra afectación de cadera más común o como dolor referido de la columna vertebral o lumbar miofascial, lo que retrasa su diagnóstico y tratamiento o ni siquiera se considera. Es por este motivo que se desconoce su incidencia².

La función de la cintilla iliotibial es estabilizar la cadera y la rodilla para resistir la rotación interna de la rodilla y la aducción de la cadera³. Se origina en la cresta ilíaca, se inserta en el tubérculo iliaco y es un engrosamiento de la fascia originado en el músculo tensor de la fascia lata y el glúteo mayor. Se divide en una capa superficial y profunda que engloba al músculo tensor de la fascia lata y se une a través de fibras de este músculo a la cápsula articular de la cadera; cubre y pasa sobre el trocánter mayor donde se integran algunas fibras del glúteo medio, avanza en sentido inferior por la parte externa del muslo hasta llegar al cóndilo femoral externo, cruza la articulación de la rodilla, y se inserta en la porción lateral de la rótula y en la tibia, en el tubérculo de Gerdy^{4,5}.

Afecta con más frecuencia a mujeres jóvenes deportistas y a mujeres mayores con sobrepeso⁶. Algunos estudios biomecánicos indican que la mayor proporción entre el ancho pélvico y la longitud femoral, más característica del sexo femenino, genera un mayor movimiento aductor de cadera y sobrecarga en la musculatura lateral con el propósito de mantener el equilibrio pélvico. Mientras caminan y corren, las mujeres presentan una mayor actividad de la musculatura aductora y un mayor grado de rotación interna de la cadera, lo que también provoca una sobrecarga de la cintilla iliotibial¹.

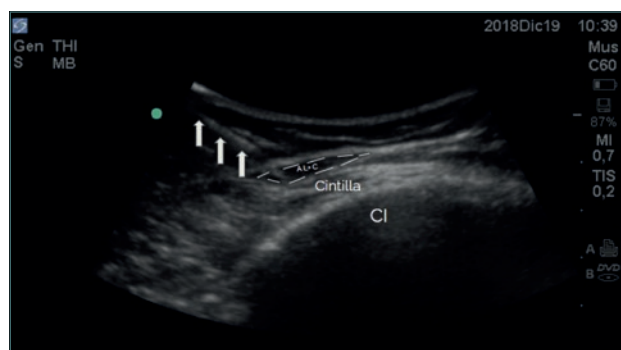


Figura 1. Imagen ecográfica infiltración cintilla ilirotibial. Las flechas corresponden a la aguja y las líneas discontinuas al volumen infiltrado. CI: cresta iliaca.

La patogenia puede relacionarse con lesiones secundarias a microtraumatismos agudos o repetitivos a nivel de la inserción de la cintilla ilirotibial en el tubérculo iliaco de la cresta iliaca, en el caso de las mujeres con gran actividad física⁷.

Otra posible causa de dolor es la debilidad de los músculos glúteos o tensor de la fascia lata que precipita la rotación interna de la cadera y cuyo resultado es un aumento de la tensión en la cintilla ilirotibial y la consiguiente fricción con el trocánter mayor durante el movimiento².

El diagnóstico se basa en el antecedente del dolor y la exploración física y se confirma mediante resonancia magnética nuclear (RM) o ecografía. Los hallazgos de la RM son similares a los de otras entesopatías, en las que puede delimitarse un engrosamiento en el origen de la cintilla en la cresta iliaca adyacente al tubérculo iliaco; en T2 y la secuencia de supresión grasa se observa un aumento de señal. También se pueden identificar signos de inflamación o edema en los tejidos circunscritos a la cintilla y, en ocasiones, roturas o deslaminación en el espesor de la cintilla o en los tendones que le aportan fibras^{1,7}. El diagnóstico puede ser difícil ya que la RM convencional de cadera puede excluir la entesis de la cintilla ilirotibial⁸.

Al ser un tendón accesible se puede explorar mediante ecografía a nivel de la cresta iliaca, determinar el grosor, la heterogeneidad y la presencia de

desgarros internos, cambios inflamatorios o líquido circundante. Los cambios que se han observado son engrosamiento y zonas hipoecoicas en comparación con el lado no afectado y aumento del flujo vascular mediante Doppler⁹.

En algunos estudios se han identificado diferencias en el grosor de la cintilla ilirotibial a nivel de su inserción entre un grupo de pacientes asintomáticos con un grosor promedio de 3,77 mm y sintomáticos de 5,61 mm².

El tratamiento consiste en reposo relativo, AINE, infiltraciones y fisioterapia, con la consiguiente resolución de la clínica en la mayoría de los casos¹⁰. En los pacientes resistentes al tratamiento farmacológico y físico puede considerarse el tratamiento quirúrgico, como la z-plastia. En esta última se ha atribuido la disminución del dolor a una cintilla ilirotibial más delgada y larga tras la intervención². Este síndrome se infradiagnostica y se confunde en muchos casos con una alteración propia de la cadera o dolor referido lumbar; debe considerarse en particular en mujeres jóvenes deportistas y mujeres mayores con sobrepeso que presentan dolor en la cadera a nivel del tubérculo iliaco.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sher I, Umans H, Downie S. Proximal ilirotibial band syndrome: what is it and where is it? *Skeletal Radiol.* (2011) 40:1553-56.
2. Khoury A, Brooke K, Helal A. Proximal ilirotibial band thickness as a cause for recalcitrant greater trochanteric pain syndrome. *Journal of Hip Preservation Surgery.* 2018;5(3):296-300.
3. Decker G, Hunt D. Proximal ilirotibial band syndrome in a runner: a case report. *PM R.* 2019;11(2):206-9.
4. Falótico G, Yanagishita C, Azambuja A. Proximal ilirotibial band syndrome: case report. *Rev Bras Ortop.* 2013;48(4):374-76.
5. Netter FH. *Atlas of human anatomy.* 6th ed. Philadelphia, PA: Saunders; 2014.
6. Ferber R, Noehren B, Hamill J. Competitive female runners with a history of ilirotibial band syndrome demonstrate atypical hip and knee kinematics. *J Orthop Sports Phys Ther.* 2010; 40: 52-8.
7. Redmond JM, Chen AW, Domb BG. Greater trochanteric pain syndrome. *J Am Acad Orthop Surg* 2016; 24: 231-40.
8. Posadzy-Dziedzic M, Vanhoenacker FM. Proximal ilirotibial band enthesopathy. *JBR-BTR.* 2012;95:369.
9. Yu D, Bradley MJ. Proximal ilirotibial band syndrome: an uncommon cause of hip pain found on ultrasound. 2014. ESSR. DOI 10.1594/essr2014/P-0045.
10. Flato R, Passanante GJ, Skalski MR. The ilirotibial tract: imaging, anatomy, injuries. and other pathology. *Skeletal Radiol.* 2017;46:605-22.