

Trocanteritis

Fecha de la última revisión: 21/03/2016

Índice de contenidos

1. [¿De qué hablamos?](#)
2. [¿Cómo se produce?](#)
3. [¿Cómo se diagnostica?](#)
4. [¿Cómo se trata?](#)
5. [Bibliografía](#)
6. [Más en la red](#)
7. [Autoras](#)

¿De qué hablamos?

La trocanteritis aguda o bursitis trocantérea es una causa común de coxalgia en las consultas de atención primaria. En países desarrollados se estima una prevalencia del 10-15% (Lievense A, 2005). Es más habitual en mujeres, con una proporción de 4:1, y en edades comprendidas entre los 40 y 60 años (Bierma-Zeinstra SMA, 2011; Del Buono A, 2012).

La bursa trocantérea está compuesta por cuatro bursas, de las cuales la más importante se localiza entre los tendones del glúteo mayor y el glúteo medio (De la Rosa D, 2014). La bursitis trocantérea hace referencia a la inflamación de dicha bursa.

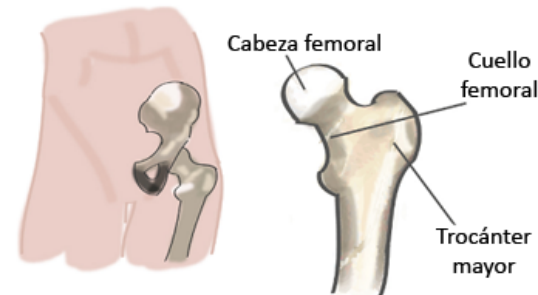


Figura 1. Anatomía.

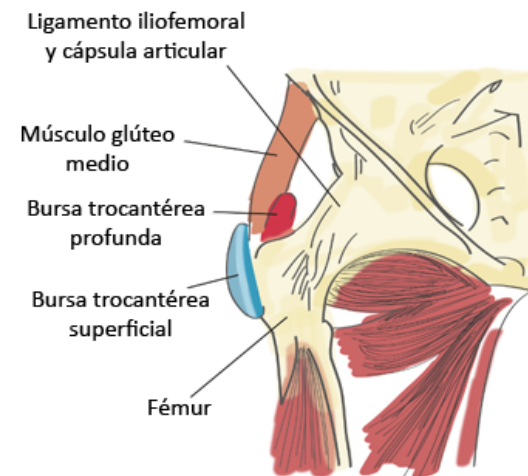


Figura 2. Anatomía.

¿Cómo se produce?

La trocanteritis aguda se produce como consecuencia de una fricción excesiva de los tendones del glúteo medio y tensor de la fascia sobre la cara externa del fémur. Maniobras agravantes son la flexión repetitiva de la cadera y la presión directa sobre dicho punto (Anderson BC, 2014).

Las alteraciones de la marcha son las causantes de la mayoría de casos de trocanteritis, que pueden aparecer como consecuencia de alteración de la articulación lombo-sacra, gonartrosis, esguince de tobillo, obesidad, dismetría de extremidades inferiores, depósito de cristales, etc. (Anderson BC, 2014; De la Rosa D, 2014; Strauss EJ, 2010).

¿Cómo se diagnostica?

El diagnóstico es fundamentalmente clínico, mediante una buena historia clínica y una exploración física detallada.

Se manifiesta típicamente como un dolor constante en la cara lateral de la cadera, que se puede irradiar por la cara lateral del muslo hasta la rodilla y menos frecuentemente hasta el tobillo (Strauss EJ, 2010; De la Rosa D, 2014; Anderson BC, 2014; Bierma-Zeinstra SMA, 2011). El dolor empeora con la presión sobre trocánter mayor (por ejemplo, al dormir sobre el lado afecto), el ejercicio físico (correr, subir escaleras) y al pasar de la posición de sedestación a bipedestación (Anderson BC, 2014; De la Rosa D, 2014; Ruiz Lavela FM, 2012).

En cuanto a la exploración física destaca:

- Dolor a la palpación posterior del trocánter mayor con el paciente en bipedestación. Aunque es una exploración poco útil nos orienta hacia la sospecha de una trocanteritis (Cordón Granados F, 2012).
- Test de Stinchfield: se le pide al paciente que levante la pierna con la rodilla en extensión hasta unos 30° y que mantenga la pierna levantada mientras el examinador realiza presión caudal sobre la rodilla. Esta maniobra desencadenaría dolor en la cadera. Aunque podría deberse a una bursitis, no es específica de la misma y podría presentarse en otras patologías como artropatía de cadera o afectación del psoas (Cordón Granados F, 2012).
- Dolor al realizar una rotación interna pasiva con la rodilla y la cadera flexionadas a 90° y con la abducción contra resistencia (De la Rosa D, 2014).
- La articulación de la cadera no se ve afectada por lo que las rotaciones no producen dolor ni limitación (De la Rosa D, 2014).
- Aunque poco específica, puede presentarse una marcha antiálgica con desplazamiento de la carga hacia la cadera sana (Anderson BC, 2014).

Las pruebas complementarias no sirven para el diagnóstico, pero la radiografía simple se recomienda en todos los pacientes con sospecha de bursitis trocantérea. Sirve para excluir otras causas de dolor en la cadera (fracturas ocultas, tumores óseos, etc.). En el caso de trocanteritis, pueden detectarse calcificaciones en la bursa o tejido blando adyacente (Anderson BC, 2014; Del Buono A, 2012; Strauss EJ, 2010).

Otras pruebas de imagen como la ecografía y la RMN pueden ser útiles en dolores refractarios y ante sospecha de causa infecciosa, tumoral o patología de columna lumbar (De la Rosa D, 2014; Anderson BC, 2014). En la RMN podría observarse un aumento de señal a nivel de la bursa en los pacientes con bursitis (Anderson BC, 2014).

Diagnóstico diferencial (De la Rosa D, 2014):

- Artrosis de cadera.
- Fractura de cadera.
- Meralgia parestésica.
- Dolor lumbar irradiado.
- Problemas de rodilla.
- Artritis séptica.
- Necrosis avascular.
- Enfermedades congénitas.
- Enfermedades vasculares (síndrome de Leriche).

¿Cómo se trata?

Tratamiento conservador

La primera opción para el tratamiento de la trocanteritis es el conservador. Suele ser efectivo, con resolución del dolor en la mayoría de los casos (De la Rosa D, 2014). El manejo incluye el uso de AINEs durante 2-4 semanas; frío local; ejercicios de estiramientos pasivos para la recuperación de flexibilidad, en forma de series de 20 repeticiones, dos veces por semana (figura 3); pérdida de peso y modificación de la causa desencadenante en los casos en que sea posible (De la Rosa D, 2014; Strauss EJ, 2010).

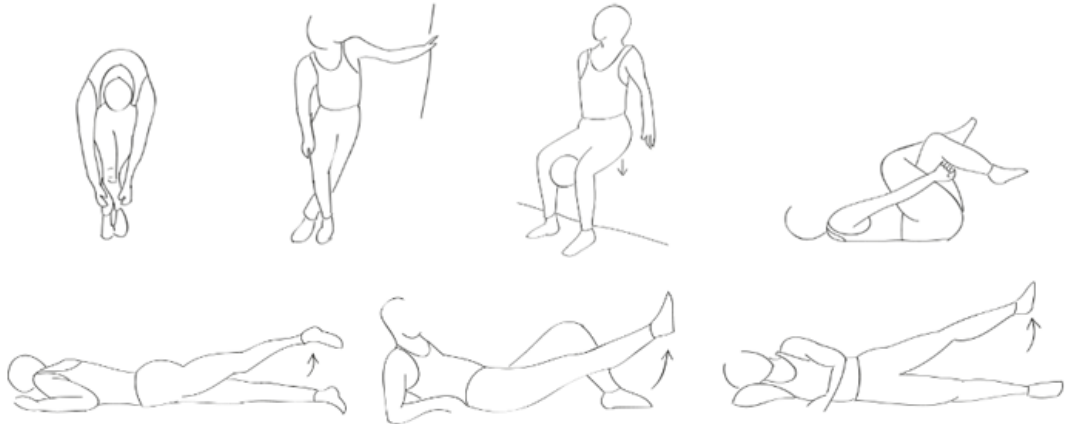


Figura 3. Ejercicios de estiramientos para realizar en casa (Anderson BC, 2014).

Infiltraciones

Si los síntomas persisten a las seis u ocho semanas, se recomienda infiltración directa con corticoides locales asociados a un anestésico local (Anderson BC, 2014; De la Rosa D, 2014; Strauss EJ, 2010). Algunos estudios reflejan una mejoría en el 60-100% de los casos (Strauss EJ, 2010); y en otros hasta en un 77% en la 1º semana tras la infiltración y un 61% a los 6 meses. Aunque no se han realizado estudios controlados con placebo (De la Rosa D, 2014).

El éxito depende de la precisión de la inyección sobre la bolsa trocantérea a nivel del fémur (figura 4) (Anderson BC, 2014). Se recomienda infiltrar en la zona de máximo dolor a la palpación.

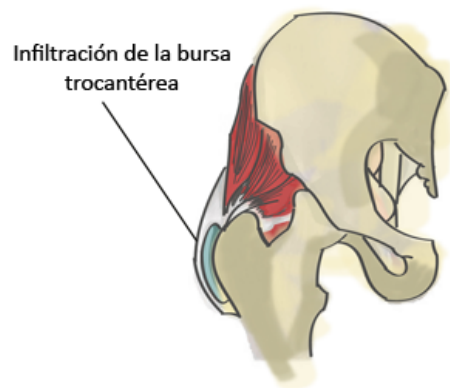


Figura 4. Infiltración de bursa trocantérea.

En los casos recidivantes se recomienda repetir la infiltración a las 6 semanas (Anderson BC, 2014; De la Rosa D, 2014; Strauss EJ, 2010).

Tratamiento quirúrgico

El tratamiento quirúrgico deberá ser valorado en los casos refractarios o crónicos, con síntomas de más de un año de evolución y siempre que haya fracasado el tratamiento conservador (Anderson BC, 2014; De la Rosa D, 2014; Strauss EJ, 2010).

Existen varias técnicas quirúrgicas, entre las cuales, la bursectomía por artroscopia es la que mejores resultados ha obtenido. Se requieren más estudios para comparar la bursectomía con otras técnicas, como la prolongación distal de la banda iliotibial por Z plastia o liberación longitudinal de la banda iliotibial sobre el trocánter mayor (NHS, 2011; Del Buono A, 2012; Strauss EJ, 2010).

Otros tratamientos

En casos crónicos, antes de realizar intervención quirúrgica, la técnica de estimulación nerviosa eléctrica (TENS), puede ser útil, dependiendo de la causa que genere la bursitis (Anderson BC, 2014).

El shock extracorporeal, consiste en un tratamiento con ondas de choque extracorpórea. Se necesitan más estudios para su recomendación (NHS, 2011).

Bibliografía

- Anderson BC. Trochanteric bursitis [Internet]. En Walthman MA: UpToDate; 2014. [acceso 8/9/2014]. Disponible en: <http://www.uptodate.com/>
- Aprato A, Jayasekera N, Bajwa A, Villar RN. Peri-articular diseases of the hip: emerging frontiers in arthroscopic and endoscopic treatments. J Orthop Traumatol. 2014;15(1):1-11. PubMed [PMID: 23893307](#). [Texto completo](#)
- Bierma-Zeinstra SMA, Brinks A, Verhagen AP, Van Rijn RM, Koes BW, Verhaar JAN. Interventions for lateral hip pain (tendinopathy or bursitis). Cochrane Database Syst Rev. 2011;(1):CD008924.
- Brinks A, Van Rijn RM, Bohnen AM, Slee GLJ, Verhaar JAN, et al. Effect of corticosteroid injection for trochanter pain syndrome: design of a randomized clinical trial in general practice. Study protocol. BMC Musculoskelet Disord. 2007;8:95. PubMed [PMID: 17880718](#). [Texto completo](#)
- Brinks A, Van Rijn RM, Willemsen SP, Bohnen AM, Verhaar JAN, Koes BW, et al. Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care. Ann Fam Med. 2011;9(3):226-234. PubMed [PMID: 21555750](#). [Texto completo](#)
- Cordón Granados F. Examen físico del sistema osteomuscular y del tejido conectivo y de las extremidades. En: Casado Vicente V, Cordón Granados F, García Velasco G, editores. Manual de exploración física basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. Barcelona: SemFyC ediciones; 2012. p. 145-67.
- De la Rosa D, Tejedor A. Síndrome de cadera. AMF. 2014;10(4):204-11.
- Del Buono A, Papalia R, Khanduja V, Denaro V, Maffulli N. Management of the greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. Br Med Bull. 2012;102:115-31. PubMed [PMID: 21893483](#). [Texto completo](#)
- Fearon AM, Scarvell JM, Cook JL, Smith PN. Does ultrasound correlate with surgical or histologic findings in greater trochanteric pain syndrome? A pilot Study. Clin Orthop Relat Res. 2010;468(7):1838-44. PubMed [PMID: 19941093](#). [Texto completo](#)
- Lievense A, Bierma-Zeinstra S, Shouten B, Bohnen A, Verhaar J, Koes B. Prognosis of trochanteric pain in primary care. Br J Gen Pract. 2005;55(512):199-204. PubMed [PMID: 15808035](#). [Texto completo](#)
- NHS. Distal iliotibial band lengthening for refractory greater trochanteric pain syndrome. NICE interventional procedure guidance [IPG375]. January 2011. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/IPG375
- NHS. Extracorporeal shockwave therapy for refractory greater trochanteric pain syndrome. NICE interventional procedure guidance [IPG376]. January 2011. Disponible en: www.nice.org.uk/guidance/IPG376
- NHS. Treating greater trochanteric pain syndrome using shockwave therapy. Understanding NICE guidance. Information about NICE interventional procedure guidance 376 Issue date: January 2011. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/ipg376/resources/treating-greater-trochanteric-pain-syndrome-using-shockwave-therapy-316191565>
- Quintana JM, Escobar A, Aróstegui I, Bilbao A, Armendariz P, Lafuente I, et al. Prevalence of symptoms of knee or hip joints in older adults from the general population. Aging Clin Exp Res. 2008;20(4):329-36. PubMed [PMID: 18852546](#)
- Ruiz Lavela FM, Hidalgo García IM. Mi paciente consulta por coxalgia. En: Casado Vicente V, Cordón Granados F, García Velasco G, editores. Manual de exploración física basado en la persona, en el síntoma y en la evidencia. Barcelona: SemFyC ediciones; 2012. p. 145-67.
- Segal NA, Felson DT, Torner JC, Zhu Y, Curtis JR, Niu J, et al; Multicenter Osteoarthritis Study Group. Greater trochanteric pain syndrome: epidemiology and associated factors. Arch Phys Med Rehabil. 2007;88(8):988-92. PubMed [PMID: 17678660](#). [Texto completo](#)
- Strauss EJ, Nho SJ, Kelly BT. Greater trochanteric pain syndrome. Sports Med Arthrosc Rev. 2010;18(2):113-9. PubMed [PMID: 20473130](#)

Más en la red

- Wilson JJ, Furukawa M. Evaluation of the patient with hip pain. Am Fam Physician. 2014 Jan 1;89(1):27-34. PubMed [PMID: 24444505](#)

- Brinks A, Van Rijn RM, Willemsen SP, Bohnen AM, Verhaar JAN, Koes BW, et al. Corticosteroid injections for greater trochanteric pain syndrome: a randomized controlled trial in primary care. Ann Fam Med. 2011;9(3):226-234. PubMed [PMID: 21555750](#). [Texto completo](#)
- Del Buono A, Papalia R, Khanduja V, Denaro V, Maffulli N. Management of the greater trochanteric pain síndrome: a systematic review. Br Med Bull. 2012;102:115-31. PubMed [PMID: 21893483](#). [Texto completo](#)

Autoras

- Maialen Berridi Aguirre Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (1)
- Laura García Avís Médico Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria (2)

(1) Centro de Salud de Hernani. Osakidetza. Gipuzkoa, España.
(2) Centro de Salud de Alza. Osakidetza. Gipuzkoa, España.

Conflicto de intereses: No disponible.



Elsevier España S.L.U. © 2018. Todos los derechos reservados.

Esta web utiliza cookies. Para obtener mas información o denegar su uso, por favor visite la [Página de cookies](#).

[Términos y condiciones](#) - [Política de Privacidad](#) |

