

Dolor de cadera: ¿de la cadera o de la espalda?



Introducción

Muchas personas que se someten a una operación de reemplazo total de cadera tienen dolor de espalda además de dolor de cadera. El dolor de cadera puede ser consecuencia de afecciones en la cadera, como la artrosis, o de problemas en la espalda, como la hernia de disco o la estenosis espinal. Los síntomas de la cadera y la espalda pueden causar dolor en la misma zona y a veces se superponen.

Para la mayoría de los pacientes, la decisión de someterse a una prótesis total de cadera es clara y evidente.

Aun así, si está planeando una operación de prótesis de cadera, querrá asegurarse de que una operación de cadera le aliviará el dolor. El objetivo de este artículo es ayudarle a comprender la diferencia entre el dolor de cadera procedente de una cadera artrósica y el dolor procedente de la espalda que podría causar síntomas similares.

Dolor de cadera procedente de la cadera

La causa más común de dolor de cadera en los adultos es la artrosis de cadera. Se trata de una enfermedad en la que las superficies cartilaginosas que recubren la articulación se rompen. La bola y la cavidad de la articulación de la cadera se rozan entre sí y no queda espacio articular alguno.

Cuando esto ocurre, la articulación de la cadera se vuelve dolorosa y pierde la amplitud de movimiento. Es posible que sienta dolor al realizar actividades como caminar, subir escaleras o agacharse. A veces puede tener dolor cuando simplemente está sentado y descansando. Incluso puede tener dolor por la noche que lo despierte del sueño.

Normalmente, el dolor se produce en la ingle (a veces se siente como un tirón muscular interminable) y se irradia por la parte delantera del muslo hasta la rodilla. También puedes sentir dolor en el lateral del muslo o en la parte posterior de la cadera, en la región de los glúteos.

A medida que la cadera se vuelve más rígida y pierde movimiento, le resultará más difícil cortarse las uñas de los pies, ponerse los calcetines y los zapatos, vestirse y entrar y salir del coche. Su forma de caminar puede verse afectada y puede cojear.

Dolor de cadera procedente de la espalda

Los dos problemas de espalda más comunes que pueden causar dolor de cadera son la hernia de disco y la estenosis espinal. Cualquiera de estas afecciones ejerce presión sobre los nervios que suministran sensibilidad a la cadera y la pierna. Aunque el problema se origine en la espalda, la cadera puede doler. De hecho, es posible que no tenga ningún dolor en la espalda, sino sólo en la cadera o en la pierna.

La hernia de disco significa que una parte del material esponjoso del disco que se encuentra entre los cuerpos vertebrales de la columna vertebral se "hernia" hacia fuera. Entonces presiona contra la médula espinal o algunos de los nervios que salen de ella. Por lo general, esto provocará dolor en una pierna u otra, dependiendo del lado en el que esté afectada la raíz nerviosa.

Si la raíz nerviosa L2, L3 o L4 se ve afectada, es posible que sienta dolor en la ingle, en la parte delantera del muslo o en el lateral de la cadera. Esto puede ser muy similar o incluso idéntico al dolor que sufriría por la artritis en la cadera. Puede tener dolor cuando se mueve o camina o incluso cuando está sentado, descansando o sin hacer nada.



La estenosis espinal es una afección similar que suele darse en adultos mayores de 60 años. La artritis en la columna vertebral causa presión en las raíces nerviosas y puede sentir dolor en la cadera.

Con cualquiera de estas condiciones se puede tener un dolor de cadera similar al que se tendría con la artritis en la cadera.

Cómo distinguir los síntomas

Aunque el dolor de cadera que proviene de la cadera o de la espalda puede ser similar, hay ciertos síntomas que pueden ayudarle a separar ambos.

El dolor de la cadera suele centrarse en la ingle, se dirige al lateral y a la parte posterior de la cadera y se irradia a la parte delantera del muslo. Rara vez va por debajo de la rodilla. Puede haber sensibilidad local y el movimiento de la cadera puede causar dolor.

A menudo tendrá una disminución de la movilidad de la cadera. Es posible que no pueda enderezar completamente la cadera o la pierna. Tendrá dificultades para realizar ciertas actividades de la vida diaria. A veces, si la cadera está muy artrósica, puede haber un sonido crepitante llamado crepitación. Aunque parte del dolor puede ser posicional, suele ser mayor con la actividad y se agrava al caminar.

Por el contrario, si un problema en la columna vertebral le está causando dolor en la cadera, tendrá una buena amplitud de movimiento en la articulación de la cadera (ponerse los zapatos y los calcetines y cortarse las uñas de los pies no suelen verse afectados, como se ha mencionado anteriormente).

Los síntomas de una hernia de disco o una estenosis espinal suelen irradiarse por la pierna hasta el tobillo y el pie, muy por debajo de la cadera. Puede haber entumecimiento en la pierna y debilidad en el tobillo o los dedos del pie.

A menudo puede tener síntomas nerviosos en la pierna que empeoran cuando soporta peso. En el caso de la estenosis espinal, es posible que no tenga ningún síntoma al empezar a caminar, pero que luego aparezca ardor y entumecimiento, seguidos de dolor después de caminar una corta distancia. A continuación, el dolor se alivia completamente con el reposo y los pacientes suelen afirmar que pueden caminar más cuando se apoyan en un carrito de la compra (la posición encorvada hacia delante facilita la marcha).

A diferencia del dolor que proviene de la cadera, puede experimentar síntomas en toda la pierna. A veces, las afecciones de la espalda pueden provocar un cambio en la capacidad de gestionar la función intestinal y vesical (algo que no se asocia a la artritis de cadera).

Herramientas de diagnóstico

Si la causa del dolor no puede determinarse mediante la historia clínica y la exploración del médico, pueden ser útiles los estudios de imagen como la radiografía o la resonancia magnética.

Una radiografía de la cadera puede diagnosticar la artrosis incluso en sus primeras fases. Las radiografías mostrarán el estrechamiento del espacio entre la bola y la cavidad, la deformación de la bola del fémur (cabeza femoral) y los espolones alrededor de la articulación de la cadera. En los casos graves, habrá "hueso sobre hueso" y no quedará ningún espacio articular. Además, puede haber pequeños espacios llenos de líquido, llamados quistes, y un hueso duro, llamado esclerosis, en la cabeza y la cavidad del fémur.

Las radiografías también pueden diagnosticar otros problemas no artríticos de la cadera, como la necrosis avascular (pérdida de flujo sanguíneo a la bola de la articulación de la cadera) o un tumor óseo. En algunos casos, puede ser necesaria una resonancia magnética para confirmar el diagnóstico.

Una resonancia magnética suele ser más útil que una radiografía simple para el dolor procedente de la columna vertebral. Mientras que una radiografía de la columna vertebral puede mostrar algún cambio artrítico, la resonancia magnética es



necesaria para mostrar la posición de las raíces nerviosas. Si hay una hernia de disco, el material del disco que presiona la médula espinal o una de las raíces nerviosas se verá claramente con la resonancia magnética. En los casos de estenosis espinal, una resonancia magnética mostrará a menudo el hueso artrítico presionando directamente sobre una raíz nerviosa.

Sin embargo, es importante correlacionar los resultados de la resonancia magnética con la localización del dolor. Por ejemplo, si la resonancia magnética muestra la presión sobre una raíz nerviosa que va a la pierna derecha y el dolor se produce en la cadera izquierda, es probable que la espalda no sea el origen del dolor de cadera.

Diagnóstico adicional

Muchas veces, es fácil separar el origen del dolor de cadera que proviene directamente de la cadera o de la espalda. Sin embargo, si la causa de su dolor no está clara a partir de la exploración y los estudios de imagen, entonces un procedimiento puede ayudar a realizar el diagnóstico.

Se puede inyectar en la articulación de la cadera una inyección local de un medicamento anestésico llamado lidocaína (similar al que se administra cuando se saca un diente o se empasta una caries) y un preparado de esteroides. Si esto alivia el dolor, sabrá que los síntomas provienen de la cadera y que es probable que la operación de prótesis de cadera tenga un buen resultado.

Del mismo modo, una inyección epidural de esteroides en la columna vertebral puede aliviar a menudo los síntomas nerviosos de una hernia de disco o una estenosis espinal. Si este tipo de inyección ayuda, lo más probable es que el dolor provenga de la columna vertebral.

Tomar una decisión quirúrgica

También es posible que el dolor de cadera provenga tanto de la cadera como de la espalda al mismo tiempo. En este caso, tomar una decisión sobre qué problema tratar primero puede ser difícil. Incluso si se planifica una operación de cadera o de espalda, el procedimiento puede aliviar parte del dolor, pero no todo. En algunos casos, esto puede significar tratar un problema, pero seguir teniendo algunos síntomas residuales del otro.

Por lo tanto, es importante determinar cuál de los dos problemas es más grave.

Si tiene un cambio neurológico, como la pérdida de sensibilidad en la pierna o la debilidad en los dedos del pie, entonces debe tratarse primero el problema de la espalda. Si el problema es un dolor de cadera que proviene tanto de la cadera como de la espalda, la decisión se hace más difícil. Muchos pacientes se dan cuenta de que tienen dolor en ambas zonas, pero no saben qué problema es más grave.

Tendrá que reunirse con su cirujano ortopédico para revisar sus síntomas, los hallazgos físicos y los estudios de imagen, como las radiografías o la resonancia magnética. Su cirujano puede ofrecerle algunas recomendaciones y ayudarle a tomar una decisión sobre cómo tratar su dolor.

La mayoría de las veces la decisión de someterse a una artroplastia total de cadera es sencilla. Pero si tiene alguna duda sobre los síntomas relacionados, hable con su cirujano ortopédico.



Escanee esto con su teléfono para conectarse a más artículos y vídeos sobre el cuidado de la cadera y la rodilla.

Este artículo ha sido escrito por el Dr. Stuart J. Fischer en colaboración con el Comité de Relaciones Públicas y con los Pacientes de la AAHKS y revisado por el Comité de Medicina Basada en la Evidencia de la AAHKS. Los enlaces a estas páginas o el contenido utilizado de los artículos deben citar adecuadamente a la Asociación Americana de Cirujanos de Cadera y Rodilla (AAHKS).