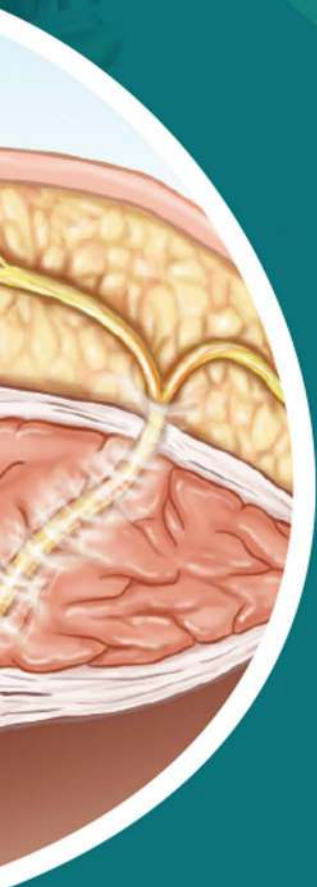
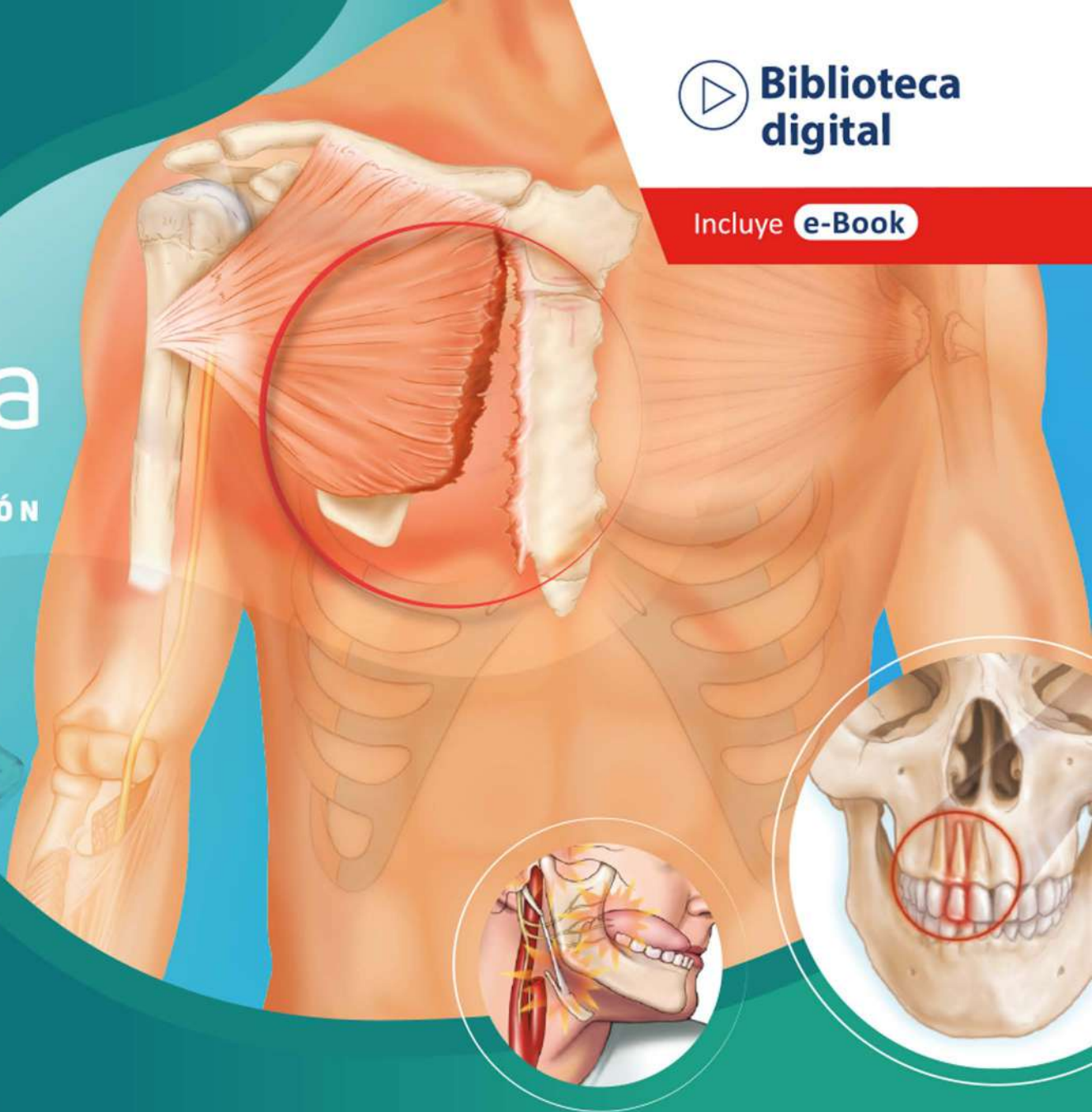


 **Biblioteca digital**

Incluye **e-Book**

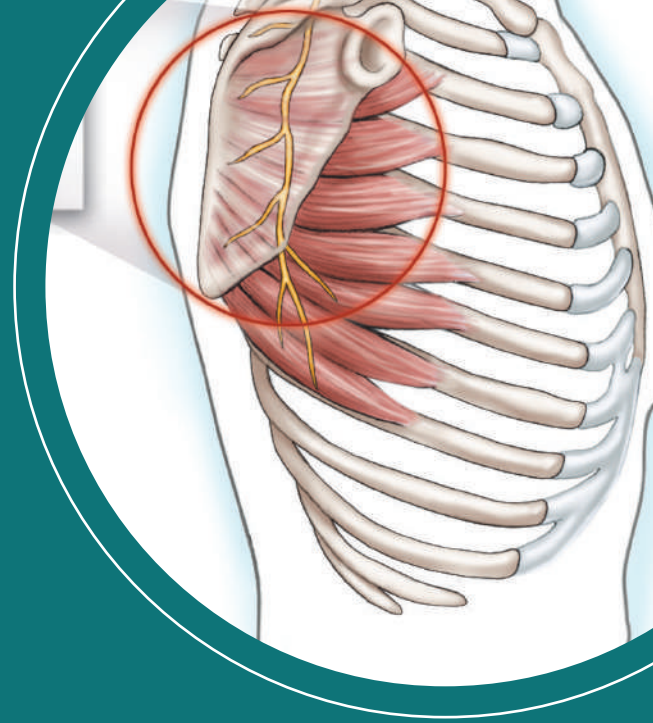
**4<sup>a</sup>**  
EDICIÓN



**ATLAS DE** **SÍNDROMES**  
**DOLOROSOS POCO FRECUENTES**

*Steven D. Waldman*

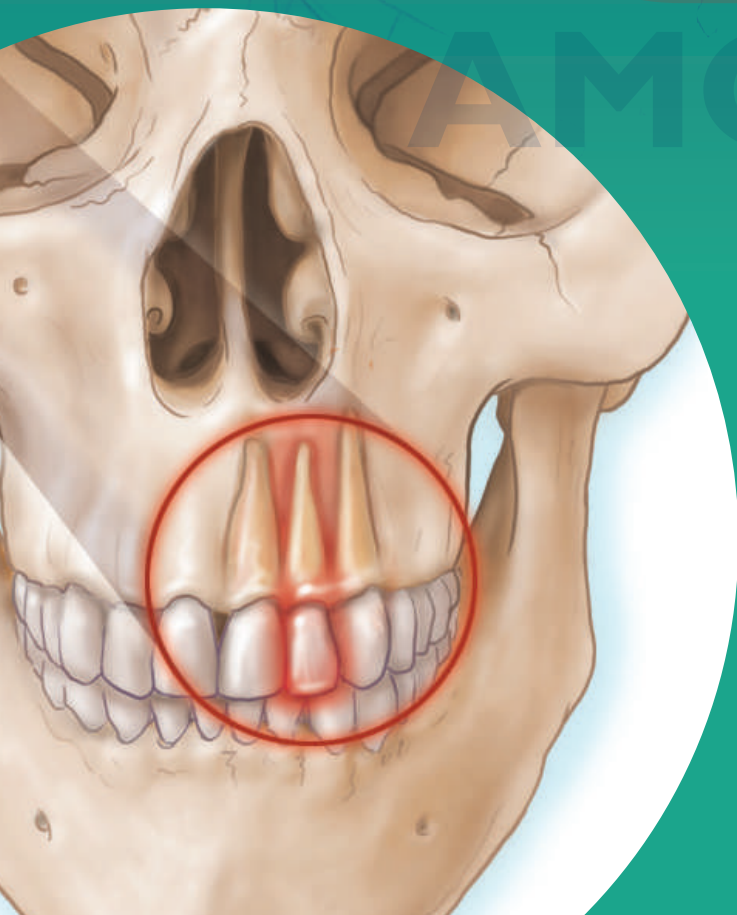
  
**AMOLCA**



**ATLAS DE**

# SÍNDROMES

**DOLOROSOS POCO FRECUENTES**



AMOLCA

**ATLAS DE**

# SÍNDROMES DOLOROSOS POCO FRECUENTES

*Steven D. Waldman, MD, JD*

Vicedecano

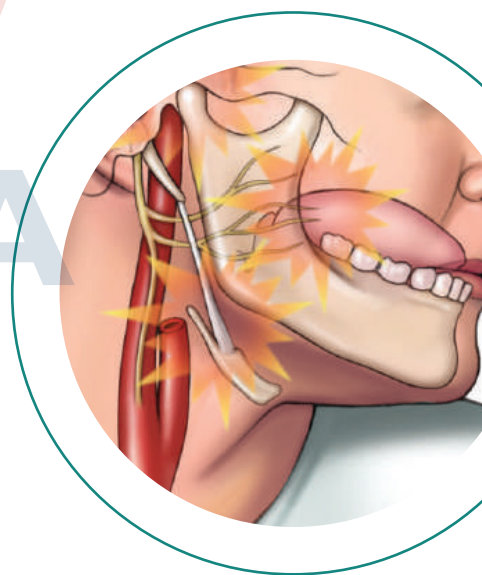
Presidente y profesor

Departamento de Humanidades y Bioética

Universidad de Misuri - Kansas City

Kansas City, Misuri

**4<sup>a</sup>**  
**EDICIÓN**



2023

  
**AMOLCA**

## SECCIÓN 1 Dolor de cabeza y síndromes de dolor facial

- 1 Dolor de cabeza de picahielo, 1
- 2 Neuralgia supraorbital, 3
- 3 Hemicránea paroxística crónica, 8
- 4 Hemicránea continua, 11
- 5 Síndrome de Charlin, 15
- 6 Dolor de cabeza sexual, 17
- 7 Dolor de cabeza por tos, 20
- 8 Cefalea neuralgiforme unilateral de breve duración con inyección conjuntival y lagrimeo, 23
- 9 Dolor de cabeza primario tipo trueno, 28
- 10 Dolor de cabeza hipnótico, 32
- 11 Dolor de cabeza numular, 35
- 12 Dolor de cabeza asociado con arteritis temporal, 37
- 13 Dolor de cabeza por punción posdural, 40
- 14 Síndrome de Ramsay Hunt, 43
- 15 Síndrome de Eagle, 47
- 16 Odontalgia atípica, 50
- 17 Síndrome de boca ardiente, 53
- 18 Neuralgia del nervio intermedio, 56
- 19 Síndrome de la oreja roja, 60
- 20 Neuralgia glossofaríngea, 62

## SECCIÓN 2 Síndromes de dolor de cuello y plexo braquial

- 21 Síndrome de cordoma clival, 67
- 22 Tortícolis espasmódica, 70
- 23 Bursitis interespinosa cervicotorácica, 73
- 24 Síndrome escapulocostal, 76
- 25 Síndrome de Parsonage-Turner, 78
- 26 Síndrome hioideo, 83
- 27 Síndrome omohioideo, 86
- 28 Tendinitis calcificante prevertebral aguda, 89
- 29 Síndrome cuello-lengua, 93
- 30 Síndrome esternohioideo, 95

## SECCIÓN 3 Síndromes de dolor de hombro

- 31 Tendinitis del supraespinoso, 99
- 32 Tendinitis del infraespinoso, 103
- 33 Síndrome de pinzamiento subacromial, 107
- 34 Síndrome de dolor os acromiale, 112
- 35 Tumor glómico del hombro, 116
- 36 Síndrome de desgarro del pectoral mayor, 118
- 37 Atrapamiento del nervio supraescapular, 122
- 38 Síndrome de chasquido escapular, 125
- 39 Síndrome del espacio cuadrilátero, 130

## SECCIÓN 4 Síndromes de dolor en el codo

- 40 Síndrome del pronador, 134
- 41 Bursitis cubital, 137
- 42 Anconeus epitrochlearis, 140
- 43 Dolor de codo relacionado con os supratrocLEAR, 143
- 44 Osteonecrosis de la articulación del codo, 145
- 45 Tendinitis del tríceps, 148
- 46 Síndrome del túnel radial, 151
- 47 Síndrome del túnel cubital, 154
- 48 Codo del conductor, 159
- 49 Síndrome interóseo anterior, 163

## SECCIÓN 5 Síndromes de dolor de muñeca y mano

- 50 Síndrome del túnel cubital, 167
- 51 Queiralgia parestésica, 171
- 52 Síndrome de Secretan, 174
- 53 Sinovitis por cuerpo extraño, 176
- 54 Tumor glómico de la mano, 179
- 55 Eritromelalgia, 182
- 56 Nudillo de boxeador, 186
- 57 Síndrome de desgarro del fibrocartilago triangular, 189
- 58 Síndrome de desgarro del ligamento escafolunar, 195
- 59 Síndrome de dolor de inestabilidad lunotriquetral, 199
- 60 Enfermedad de Kienböck, 203
- 61 Necrosis avascular del escafoides, 206
- 62 Tendinitis del extensor cubital del carpo, 209
- 63 Tendinitis del flexor radial del carpo, 212
- 64 Muñeca en gatillo, 215

## SECCIÓN 6 Síndromes de dolor torácico

- 65 Abrazo del diablo, 219
- 66 Síndrome esternoclavicular, 223
- 67 Dolor posmastectomía, 227
- 68 Síndrome esternal, 230
- 69 Dolor articular manubrioesternal, 233
- 70 Xifodinia, 237
- 71 Síndrome del músculo serrato anterior, 240
- 72 Síndrome de costilla deslizante, 243
- 73 Síndrome de la escápula alada, 245

## SECCIÓN 7 Síndromes de dolor abdominal e inguinal

- 74 Atrapamiento del nervio cutáneo anterior, 248
- 75 Porfiria aguda intermitente, 251
- 76 Enteritis por radiación, 255
- 77 Dolor de hígado, 259
- 78 Angina abdominal, 262

## SECCIÓN 8 Síndromes de dolor de columna lumbar y articulación sacroilíaca

- 79 Absceso epidural, 265
- 80 Mieloma múltiple, 269
- 81 Síndrome de Foix-Alajouanine, 273
- 82 Enfermedad de Paget, 278
- 83 Hiperostosis esquelética idiopática difusa, 281
- 84 Espondilolistesis, 284
- 85 Espondilitis anquilosante, 287
- 86 Síndrome de atrapamiento del nervio cluneal superior, 291
- 87 Síndrome de dolor miofascial lumbar, 294
- 88 Síndrome compartimental paraespinal lumbar, 297

## SECCIÓN 9 Síndromes de dolor pélvico

- 89 Síndrome de dolor del glúteo mayor, 300
- 90 Síndrome del glúteo medio, 304
- 91 Bursitis glútea, 307
- 92 Clunealgia, 310
- 93 Síndrome de cascanueces, 316
- 94 Orquialgia, 322
- 95 Priapismo del clítoris, 326
- 96 Vulvodinia, 331
- 97 Prostatodinia, 336
- 98 Síndrome de dolor del elevador del ano, 341
- 99 Proctalgia fugaz, 344
- 100 Trastorno de dolor extremo paroxístico, 347

## SECCIÓN 10 Síndromes de dolor de cadera y extremidades inferiores

- 101 Necrosis avascular de la cadera, 350
- 102 Osteoporosis regional transitoria, 354
- 103 Bursitis del psoas, 357
- 104 Ruptura del tendón iliopsoas, 360
- 105 Neuropatía femoral, 363

- 106 Neuralgia safena, 365
- 107 Neuralgia del obturador, 368
- 108 Tendinitis de aductores, 371
- 109 Bursitis iliopectínea, 374
- 110 Síndrome de cadera en resorte, 377

## SECCIÓN 11 Síndromes de dolor de rodilla

- 111 Síndrome de dolor tibiofibular, 382
- 112 Rodilla de saltador, 385
- 113 Síndrome de inserción del semimembranoso, 388
- 114 Tensión del ligamento coronario, 392
- 115 Rodilla de *breaststroker*, 394
- 116 Síndrome de expansión del cuádriceps, 397
- 117 Rodilla del corredor, 399
- 118 Síndrome de la pata de ganso chasqueante, 402
- 119 Tumor glómico de rodilla, 405
- 120 Bursitis de la banda iliotibial, 408
- 121 Síndrome de fabela, 411
- 122 Tendinitis de los isquiotibiales, 415
- 123 Bursitis de la pata de ganso, 418

## SECCIÓN 12 Síndromes de dolor de tobillo y pie

- 124 Dolor articular subtalar, 422
- 125 Dolor articular mediotarsiano, 425
- 126 Tendinitis tibial posterior, 428
- 127 Bursitis de Aquiles, 432
- 128 Síndrome de dolor talofibular anterior, 435
- 129 Síndrome de dolor navicular accesorio, 437
- 130 Síndrome de dolor fibulocalcáneo, 441
- 131 Síndrome de dolor del hueso trígono, 444
- 132 Dolor de bunionette (juanete de sastrero), 447
- 133 Sesamoiditis, 449
- 134 Metatarsalgia, 452
- 135 Bursitis adventicia submetatarsiana, 454

## Síndrome de cadera en resorte

ICD-10 CODE M65.80

### SÍNDROME CLÍNICO

El síndrome de cadera en resorte, que también se conoce como *coxa saltans*, es una constelación de síntomas que incluye una sensación de chasquido en la cadera lateral asociada con un dolor repentino y agudo en el área del trocánter mayor. La sensación de chasquido y el dolor son el resultado de la subluxación del tendón iliopsoas sobre el trocánter mayor o la eminencia iliopectínea (Figura 110.1). Los síntomas del síndrome de cadera en resorte ocurren con mayor frecuencia cuando el paciente se levanta de una posición sentada a una posición de pie, o cuando camina rápidamente. A menudo, la bursitis trocantérea coexiste con el síndrome de cadera en resorte, lo que aumenta aún más el dolor y la discapacidad del paciente. La bolsa trocantérea se encuentra entre el trocánter mayor y el tendón del glúteo medio y el tracto iliotibial (Figuras 110.2 y 110.3).

### SIGNOS Y SÍNTOMAS

El examen físico revela que el paciente puede recrear el chasquido y el dolor al pasar de una posición sentada a una posición de pie y aducir la cadera (Figura 110.4). El punto de sensibilidad sobre la bolsa trocantérea indica que la bursitis trocantérea también suele estar presente. Si el paciente tiene un componente significativo de bursitis trocantérea, tiene una prueba de liberación de abducción con resistencia positiva. Esta prueba se realiza haciendo que el paciente asuma la posición lateral con la pierna no afectada hacia abajo. El examinador agarra de manera firme el muslo lateral del paciente y le hace abducir la cadera contra la resistencia del examinador (Figura 110.5A). El examinador libera de repente la resistencia contra la abducción activa del paciente (véase Figura 110.5B). Esta liberación repentina de resistencia aumenta de manera notable el dolor sobre el trocánter mayor si el paciente tiene bursitis trocantérea.

### PRUEBAS

Las radiografías simples están indicadas en todos los pacientes con dolor que se cree que emana de la cadera, para descartar procesos patológicos óseos ocultos y tumores. Según la presentación clínica del paciente, se pueden indicar pruebas adicionales, que incluyen recuento sanguíneo completo, antígeno prostático específico, velocidad de sedimentación globular y pruebas de anticuerpos antinucleares. La imagen por resonancia magnética (IRM) y la ecografía de la cadera afectada están indicadas si se sospecha masa oculta o necrosis aséptica, y para ayudar a confirmar el diagnóstico. La siguiente técnica de inyección sirve como maniobra diagnóstica y terapéutica.

### DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

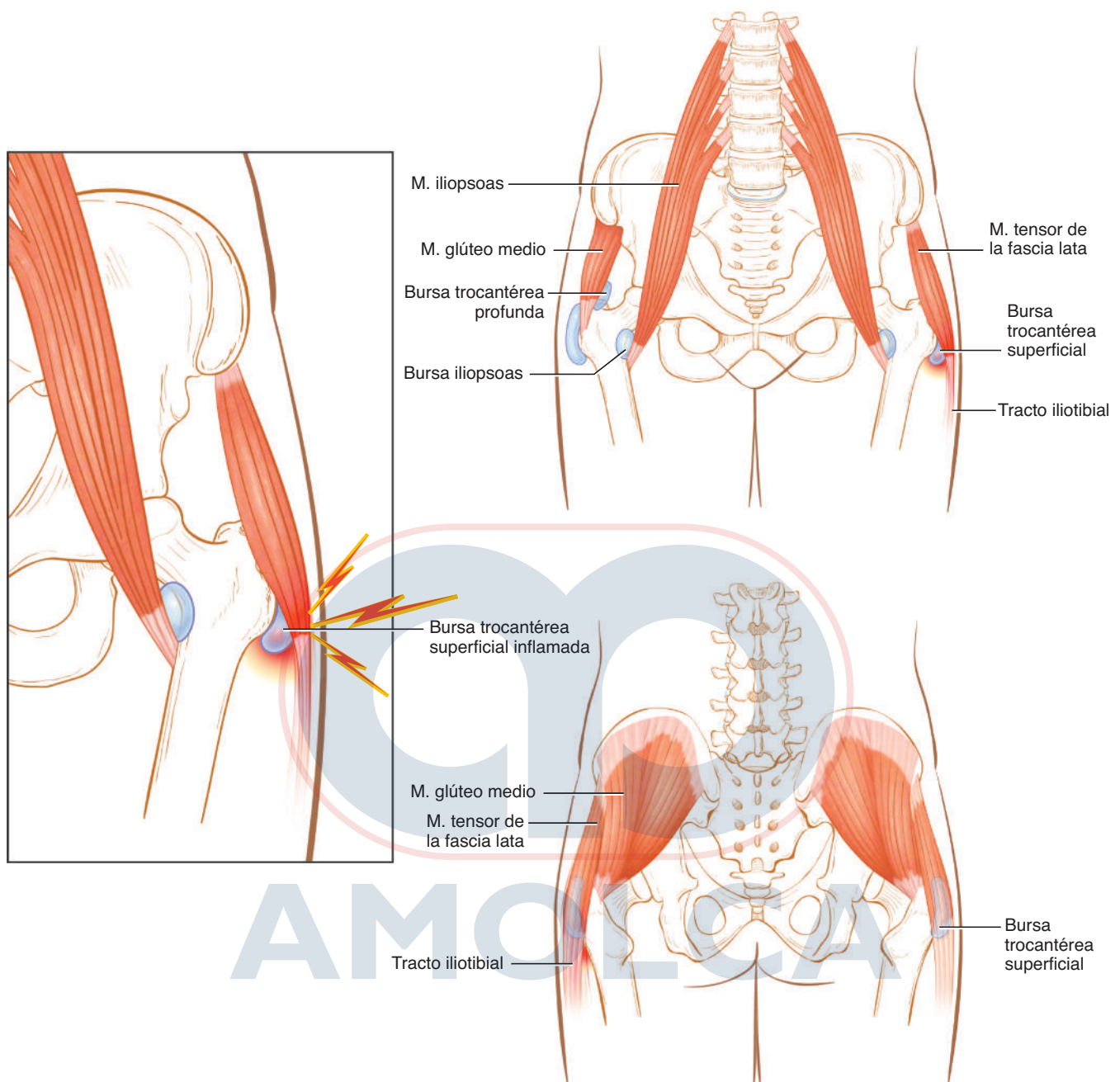
El síndrome de cadera en resorte con frecuencia coexiste con bursitis trocantérea y artritis de la cadera, lo que puede requerir un tratamiento específico para aliviar el dolor y recuperar la función. En ocasiones, el síndrome de cadera en resorte se puede confundir con la meralgia parestésica, porque ambos se manifiestan con dolor en el muslo lateral. Los dos síndromes se pueden distinguir por el hecho de que los pacientes con meralgia parestésica no tienen ninguno de los hallazgos físicos mencionados anteriormente asociados con el síndrome de cadera en resorte y tienen una disminución de la sensibilidad en la distribución del nervio cutáneo femoral lateral (Figura 110.6). La electromiografía ayuda a resolver presentaciones clínicas confusas. El médico debe considerar el potencial de tumores primarios o secundarios de la cadera en el diagnóstico diferencial del síndrome de cadera en resorte.

### TRATAMIENTO

Un curso corto de terapia conservadora que consiste en analgésicos simples, medicamentos antiinflamatorios no esteroideos (AINE) o inhibidores de la ciclooxigenasa-2 (COX-2) es un primer paso razonable en el tratamiento de pacientes con síndrome de cadera en resorte. Se debe indicar al paciente que evite la actividad repetitiva que puede ser responsable del desarrollo del síndrome de cadera en resorte, como correr en la arena. Si el paciente no experimenta una mejora rápida, la siguiente técnica de inyección es un próximo paso razonable.

El paciente se coloca en decúbito lateral con el lado afectado hacia arriba. Se identifica el punto medio del trocánter mayor. Se lleva a cabo una preparación adecuada con una solución antiséptica de la piel que recubre este punto. Una jeringa que contiene 2 ml de bupivacaína sin conservantes al 0,25 % y 40 mg de metilprednisolona se une a una aguja de calibre 25 y 3½ pulgadas.

Antes de colocar la aguja, se debe recomendar al paciente que diga «¡Ahí!» tan pronto como sienta una parestesia en la extremidad inferior, lo que indica que la aguja ha afectado el nervio ciático. Si ocurre una parestesia, la aguja debe retirarse de inmediato y reposicionarse más lateralmente. La aguja se moviliza con cuidado a través del punto previamente identificado en ángulo recto con la piel, directamente hacia el centro del trocánter mayor. La aguja se moviliza de manera lenta para evitar traumatismos en el nervio ciático hasta que golpea el hueso (Figura 110.7). La aguja se retira del periostio, y después de una aspiración cuidadosa de sangre y, si no hay parestesia, se inyecta suavemente el contenido de la jeringa. Debe haber una resistencia mínima a la inyección. La guía de ultrasonido puede mejorar la precisión de la colocación de la aguja y disminuir la incidencia de complicaciones relacionadas con la aguja.



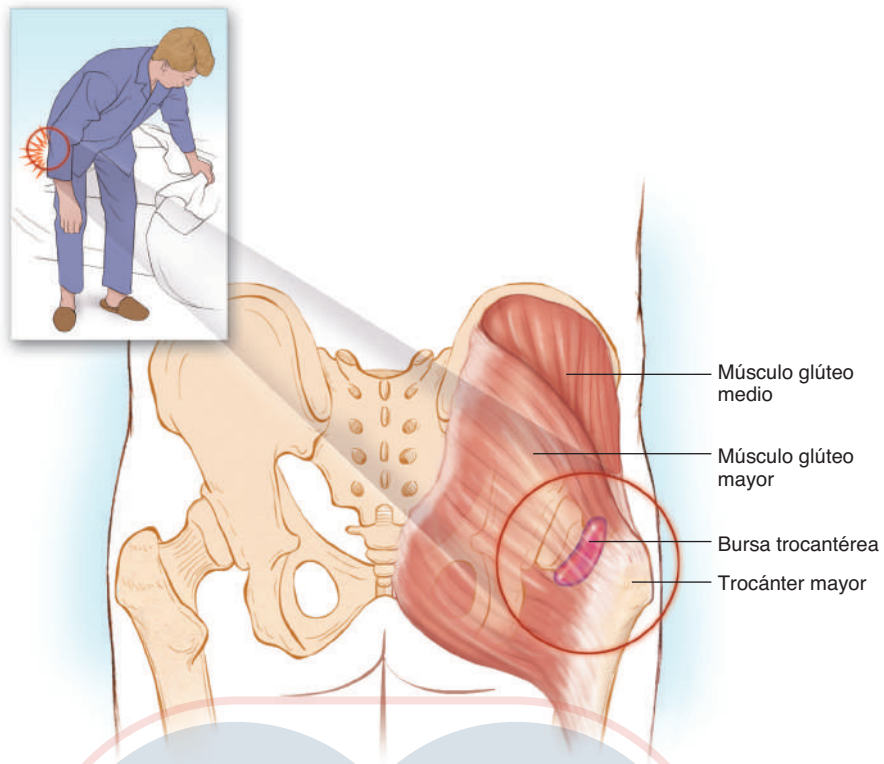
**Figura 110.1.** La sensación de rotura y el dolor son el resultado de la subluxación del tendón iliopsoas sobre el trocánter mayor o la eminencia iliopéptica.

### COMPLICACIONES Y DIFICULTADES

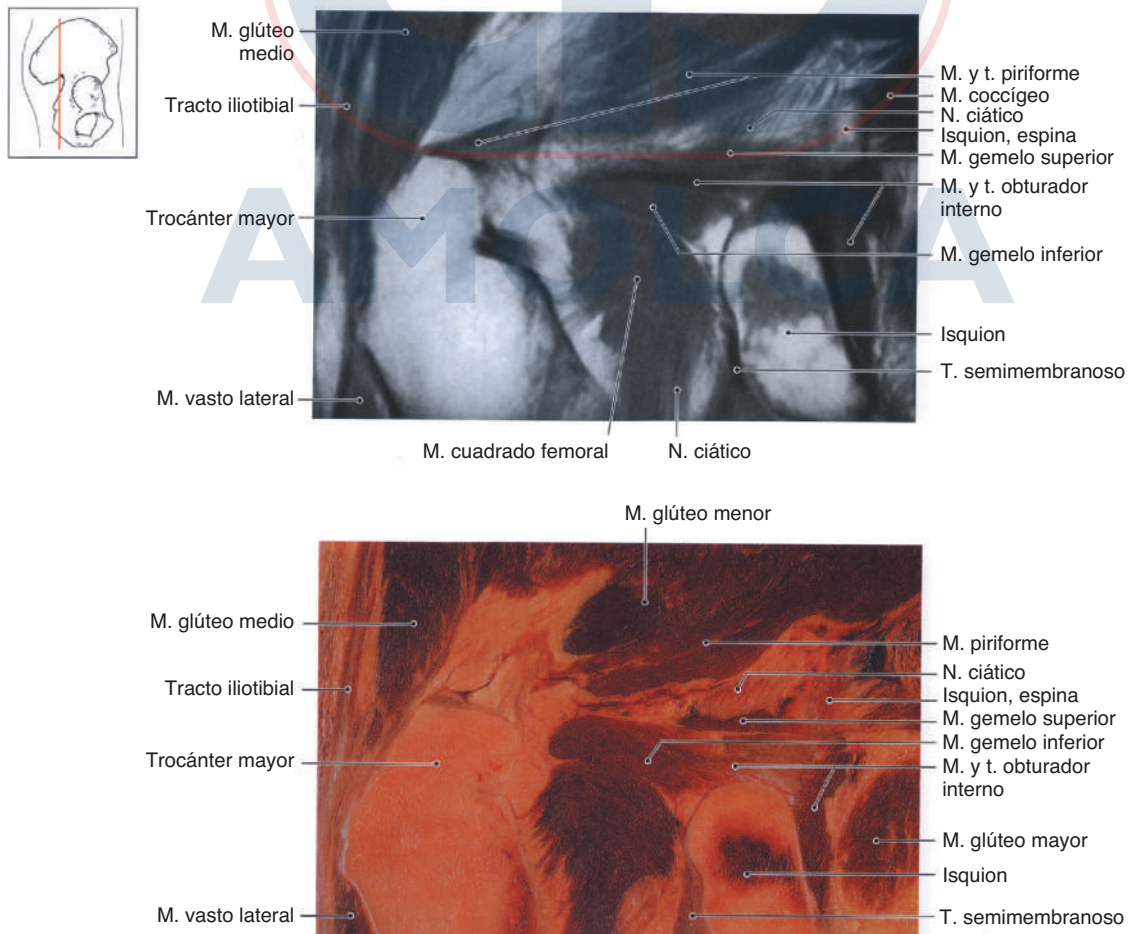
Se debe tener cuidado de descartar otras afecciones que pueden imitar el dolor del síndrome de cadera en resorte. El principal obstáculo del bloqueo nervioso descrito es la proximidad al nervio ciático, lo que hace imperativo que este procedimiento sea realizado solo por médicos bien versados en la anatomía regional y con experiencia en la realización de técnicas de inyección. Muchos pacientes informan un aumento transitorio del dolor después de esta técnica de inyección. La infección, aunque es rara, puede ocurrir, y se debe prestar atención a la técnica estéril.

**DATOS CLÍNICOS RELEVANTES** El síndrome de cadera en resorte con frecuencia coexiste con bursitis trocantérea y artritis de la cadera, lo que puede requerir un tratamiento específico para aliviar el dolor y recuperar la función. Esta técnica de inyección es extremadamente efectiva en el tratamiento del síndrome de cadera en resorte. Es un procedimiento seguro si se presta especial atención a la anatomía clínicamente relevante en las áreas a inyectar. La mayoría de los efectos secundarios de esta técnica de inyección están relacionados con el trauma inducido por la aguja en el sitio de inyección y los tejidos subyacentes. Se debe tener especial cuidado para evitar traumatismos en el nervio ciático.

El uso de modalidades físicas, que incluyen calor local y ejercicios de estiramiento suaves, debe introducirse varios días después de que el paciente se someta a esta técnica de inyección. Deben evitarse los ejercicios vigorosos porque exacerbarían los síntomas. Los analgésicos simples, los AINE y los agentes antimiotónicos se pueden usar de manera simultánea con esta técnica de inyección.

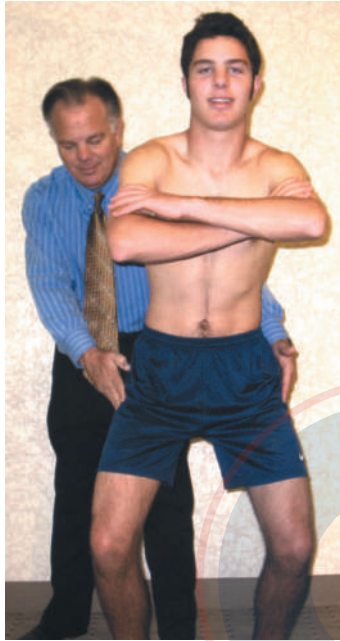


**Figura 110.2.** Los síntomas del síndrome de cadera en resorte se producen con mayor frecuencia cuando el paciente se levanta de una posición sentada o de pie, o cuando camina rápidamente. A menudo, la bursitis trocantérea coexiste con el síndrome de cadera en resorte, lo que aumenta aún más el dolor y la discapacidad del paciente. El tipo de dolor a menudo imita la ciática. (De Waldman SD. *Atlas of Common Pain Syndromes*. 3rd ed. Philadelphia: Saunders;2012:297).

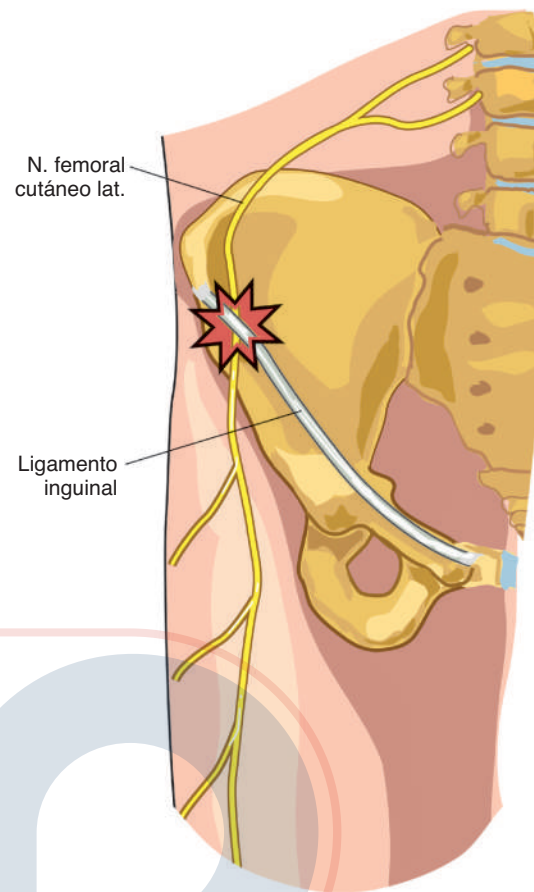


**Figura 110.3.** La bolsa trocantérea se encuentra entre el trocánter mayor y el tendón del glúteo medio y el tracto iliotibial. *Inf.*, inferior; *m.*, músculo; *n.*, nervio; *t.*, tendón. (De Kang HS, Ahn JM, Resnick D, eds. *MRI of the Extremities*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2002:221).

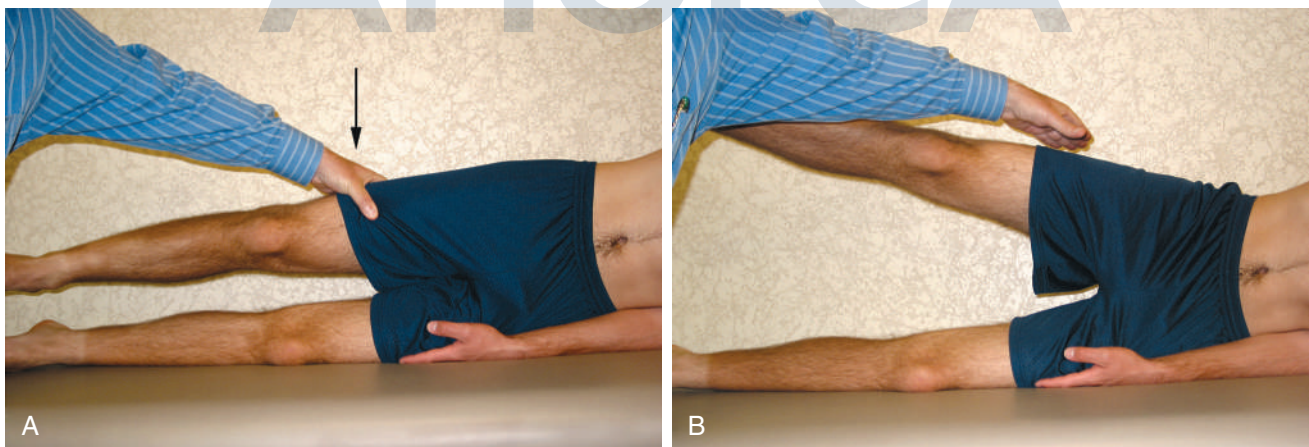




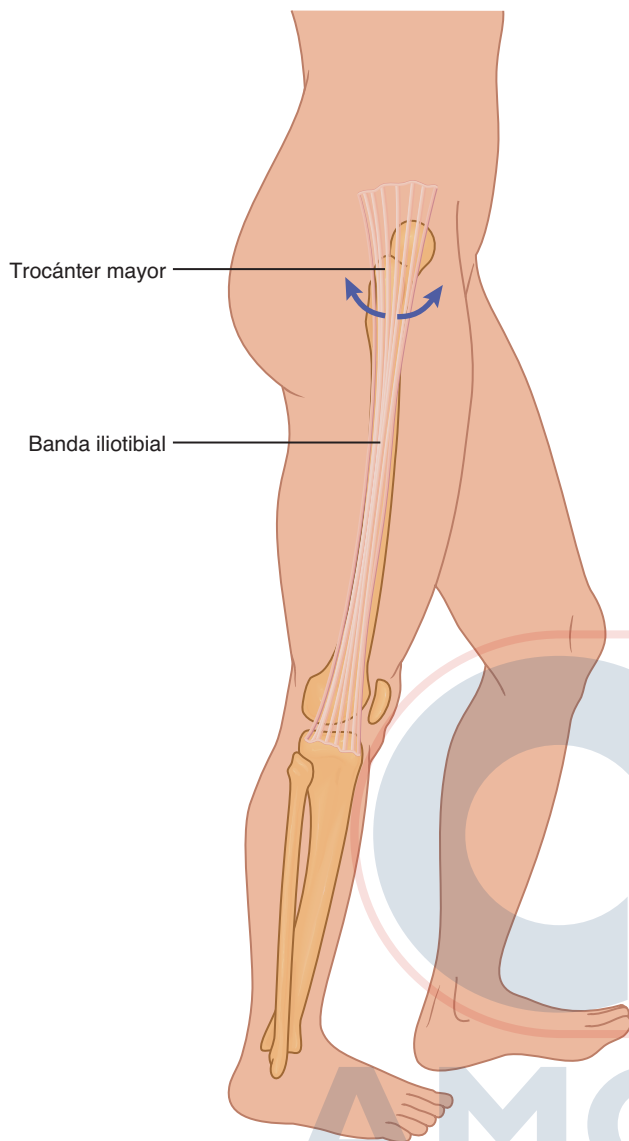
**Figura 110.4.** El examen físico revela que el paciente puede recrear el chasquido y el dolor al pasar de una posición sentada a una posición de pie y aducir la cadera. (De Waldman SD. *Physical Diagnosis of Pain: An Atlas of Signs and Symptoms*. Philadelphia: Saunders; 2006:320).



**Figura 110.6.** En ocasiones, el síndrome de cadera en resorte puede confundirse con meralgia parestésica porque ambos se manifiestan con dolor en el muslo lateral. (De Waldman SD. *Physical Diagnosis of Pain: An Atlas of Signs and Symptoms*. Philadelphia: Saunders; 2006:279).



**Figuras 110.5.** La prueba de liberación de abducción resistida se realiza haciendo que el paciente asuma la posición lateral con la pierna no afectada hacia abajo. (A) El examinador agarra de manera firme el muslo lateral del paciente y le hace abducir la cadera contra la resistencia del examinador. (B) El examinador de repente libera la resistencia contra la abducción activa del paciente. (De Waldman SD. *Physical Diagnosis of Pain: An Atlas of Signs and Symptoms*. Philadelphia: Saunders; 2006:316).



## LECTURAS SUGERIDAS

- Arévalo Galeano N, Santamaría Guinea N, et al. Extra-articular hip impingement: a review of the literature. *Radiología (English Edition)*. 2018;60(2):105–118.
- Flannery O, Green C, Harmon D, Masterson E. Chronic painful conditions of the hip. *Orthop Trauma*. 2011;25(3):223–229.
- Karrasch C, Lynch S. Practical approach to hip pain. *Med Clin North Am*. 2014;98(4):737–754.
- Petchprapa CN, Bencardino JT. Tendon injuries of the hip. *Magn Reson Imaging Clin N Am*. 2013;21(1):75–96.
- Rastogi A, Cross S, Gademsetty C, et al. Imaging of the hip and groin. *Orthop Trauma*. 2014;28(4):256–275.
- Waldman SD. Snapping hip. In: Waldman SD, Campbell RSD, eds. *Imaging of pain*. Philadelphia: Saunders; 2011:365–366.

**Figura 110.7.** Técnica de inyección para aliviar el dolor del síndrome de cadera en resorte. (De Waldman SD. *Atlas of Pain Management Injection Techniques*. 2nd ed. Philadelphia: Saunders; 2007:368).