



Artículo de reflexión

¿Conoce la semiología de la cadera?

¿Do you know the semiology of the hip?

Hugo A. Rodríguez MD^a

^a Instructor Asociado. Clínica de la Cadera. Hospitales de San José, Hospital Infantil Universitario de San José. Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

La prevalencia de artrosis de cadera en personas mayores de 45 años es de 9.2% y 27% de ellos evidencian signos radiológicos de la enfermedad, siendo el dolor uno de los motivos de consulta más comunes de quienes acuden al médico general y al ortopedista. La historia clínica precisa y el examen físico adecuado pueden llevar al clínico a determinar el origen del dolor. Sin embargo, nuestra experiencia en la consulta es que la mayoría de los médicos generales no conocen cuáles son los síntomas de la patología de la cadera. El objetivo de este artículo es presentar una guía práctica de su evaluación clínica y la patología más común, que sea útil para el estudiante de medicina, el médico general y el especialista. El artículo se desarrollará en el orden en que se realiza la evaluación de la cadera para al final poder tener un diagnóstico claro.

Palabras clave: semiología, cadera, examen físico.

© 2022 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

ABSTRACT

The prevalence of osteoarthritis of the hip among people over 45 years of age is 9.2% and 27% of them show radiological signs of this joint disorder, with pain being one of the most common reasons for consultation of patients seen by general practitioners and orthopedic surgeons. An accurate clinical history and a proper physical examination can lead the clinician to determine the origin of the pain. However, our experience in office visits shows that most general practitioners are unaware of the symptoms of hip disorders. The purpose of this article is to present a practice guideline for clinical examination of the hip and the most common disorders, which is useful for the medical student, general practitioner and specialist. The article will outline the steps in which hip evaluation is performed to obtain a clear diagnosis in the end.

Key words: semiology, hip, physical examination.

© 2022 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: abril 20 de 2021
Fecha aceptado: julio 15 de 2021

Autor para correspondencia:
Dr. Hugo A. Rodríguez
harodriguez1@fucsalud.edu.co

DOI
10.31260/RepertMedCir.01217372.1124

INTRODUCCIÓN

La prevalencia de artrosis de cadera en personas mayores de 45 años es de 9.2% y 27% de ellos evidencian signos radiológicos de la enfermedad¹, siendo el dolor uno de los motivos de consulta más comunes. Nuestra experiencia en la consulta de cadera es que la mayoría de los médicos generales no conocen cuales son los síntomas de esta patología. En una encuesta realizada por el autor a 100 estudiantes de medicina e internos de nuestra facultad, encontramos que 75% no sabía cuál era el sitio donde con más frecuencia se manifiesta el dolor de la cadera. El objetivo de este artículo es presentar una guía práctica que se desarrolla en el orden en que se realiza la evaluación de la cadera, para llegar a un diagnóstico claro.

HISTORIA CLÍNICA

La primera pregunta es: ¿dónde duele la cadera? El verdadero dolor intraarticular se manifiesta en la ingle con irradiación al muslo hasta la rodilla, por lo regular no más distal. El dolor en las nalgas, la región sacra o el que se irradia por debajo de la rodilla suele provenir de la columna lumbar. Cuando aparece en la cara lateral de la pelvis casi siempre es secundario a bursitis del trocánter.²

Es importante el interrogatorio completo de los antecedentes personales y familiares, indagar si hay limitaciones para la vida diaria como al levantarse de una silla, ponerse las medias, subir o bajar de un automóvil. Recordemos que enfermedades como gota, artritis reumatoide, fracturas, luxación traumática de la cadera, displasia o luxación del desarrollo en la infancia, enfermedad de Perthes y el deslizamiento epifisiario capital femoral, son causa de artrosis de la cadera, así como algunas actividades que se asocian como fútbol, atletismo, ballet o artes marciales.³ El consumo de alcohol y/o esteroides, y los trastornos metabólicos o de los lípidos pueden causar osteonecrosis de la cabeza femoral.⁴

OBSERVACIÓN

Se debe observar la manera como el paciente ingresa al consultorio, si hay diferencia en la altura de los hombros o de las crestas iliacas, lo que nos hace pensar que hay discrepancia de longitud de las extremidades.⁴ Al valorar la marcha se busca cojera o marcha en Trendelenburg, que aparece por la debilidad del glúteo medio y ocasiona un movimiento exagerado de la pelvis hacia arriba y abajo conocida como la marcha de pato.⁵ Observar si hay marcha en progresión interna, que es cuando el paciente camina y los pies y rótulas miran hacia adentro debido a anteversión femoral aumentada. La anteversión es el grado de proyección hacia adelante del cuello femoral con relación

a los cóndilos, este ángulo al nacer en promedio es de 30° y en el adulto está entre 8° a 15°. Hay que valorar cualquier anormalidad de los contornos óseos y de los tejidos blandos como en la región glútea en busca de atrofia muscular, o si hay aumento de la lordosis lumbar por contractura en flexión de la cadera.

Uno de los momentos cuando la cadera soporta más carga es al levantarse de una silla⁷, por esta razón los pacientes con patología de esta estructura no pueden hacerlo sin ayuda de las manos o incluso algunos prefieren no sentarse.

PALPACIÓN

La espina iliaca anterior y superior es un buen sitio para iniciar la palpación de la pelvis que es el sitio de inserción del musculo sartorio. En los adolescentes con dolor durante la actividad deportiva se sospechará una fractura por avulsión de la espina iliaca anterosuperior.⁵ A dos centímetros y medial a la espina iliaca anterior y superior está el nervio femorocutáneo, así las disestesias sobre esta zona hacen pensar en una entidad llamada meralgia parestésica, que ocurre por compresión del nervio y al percudir aparecen los síntomas.⁵

La estructura ósea más prominente de la cara lateral de la cadera es el trocánter mayor, el dolor a la palpación de esta zona por lo general se debe a inflamación de la bursa trocánterica. Otra entidad es la coxa saltans o cadera en resorte, que es un traquido en esa zona por resalto de la bandeleta iliotalar sobre el trocánter.⁸ El músculo piriforme se inserta en la fosita del mismo nombre, en la cara posterior del trocánter mayor, el dolor a la palpación sobre esta zona aparece cuando el paciente se encuentra acostado en decúbito lateral con la cadera en aducción y rotación, pudiendo originarse por tendinitis del piramidal.⁹

MOVILIDAD

La *movilidad anterior* en el plano sagital se define como flexión, que es la cadera normal varía entre 110 y 120°^{5,6} (**figura 1**). La *posterior* en el plano sagital es la extensión que en decúbito prono varía entre 0 a 15°^{5,6} (**figura 2**). La *abducción* corresponde a la separación de la extremidad de la línea media y varía entre 30 y 50°^{5,6} (**figura 3**). La *aducción* consiste en acercar la extremidad a la línea media y el rango normal es de 30°^{5,6} (**figura 4**). La rotación interna se puede medir en posición sentado o decúbito prono, el valor normal es de 30° a 40°. El incremento hacer considerar un aumento de la anteversión femoral^{5,6} (**figuras 5 y 6**). La *rotación externa* se puede medir en posición sentado o decúbito supino, el rango normal es de 40° a 60°. El incremento sugiere una retroversión femoral aumentada^{5,6} (**figuras 7 y 8**).



Figura 1. Movilidad anterior. Fuente: el autor.



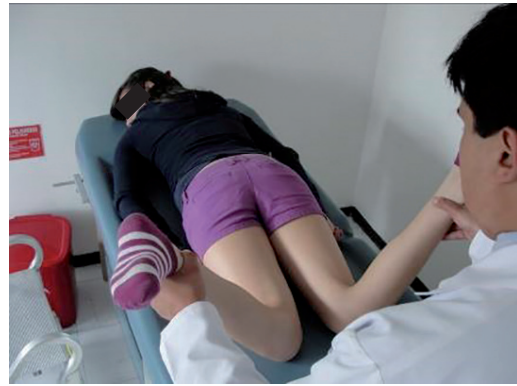
Figura 2. Movilidad posterior. Fuente: el autor.



Figura 3. Abducción de la cadera. Fuente: el autor.



Figura 4. Abducción. Fuente: el autor.



Figuras 5 y 6. Rotación interna. Fuente: el autor.



Figuras 7 y 8. Rotación externa. Fuente: el autor.



PRUEBAS ESPECIALES

Se considera que una prueba tiene exactitud diagnóstica si puede diferenciar un paciente sano de otro enfermo. Existen dos términos en epidemiología que calculan esta probabilidad, como son la especificidad y la sensibilidad. La primera es la capacidad de catalogar a los sanos y la sensibilidad es la de catalogar al enfermo.¹⁰ Pretendemos en esta parte mostrar la sensibilidad y especificidad de algunas pruebas.

Prueba de Ortolani y Barlow

En los lactantes el signo de Ortolani determina si la cadera del paciente se encuentra luxada. Se realiza con el paciente en decúbito supino, mientras el examinador flexiona las caderas y coloca los pulgares en la cara interna de las rodillas y los otros dedos en los glúteos, se hace abducción y presión sobre los trocánteres y aproximadamente a los 30° o 40° se siente un chasquido en el momento que la cadera se reduce siendo la prueba positiva⁶ (figura 9).



Figura 9. Prueba de Ortolani. Fuente: el autor.

El signo de Barlow determina que la cadera es luxable. El paciente se encuentra decúbito supino mientras el examinador flexiona las caderas a 90° y las rodillas a 120°. Cada cadera se valora por separado. Se colocan los pulgares en la cara interna de las rodillas y los otros dedos en los glúteos mientras con la otra mano se estabiliza la pelvis, se hace abducción y presión sobre los trocánteres y si con la maniobra se logra luxar la cadera, la prueba es positiva⁶ (figura 10).



Figura 10. Signo de Barlow. Fuente: el autor.

Prueba de Trendelenburg

Con el paciente de pie se le pide que se sostenga en una pierna y luego en la otra. Lo normal es que al levantar la pierna la pelvis del lado levantado no se caiga, si esto ocurre se considera un signo positivo.¹¹ La sensibilidad es 73% y la especificidad 77%¹¹ (figuras 11 y 12).



Figura 11. Trendelenburg normal. Fuente: el autor.



Figura 12. Trendelenburg anormal. Fuente: el autor.

Prueba de Ober

Con el paciente en decúbito lateral se hace flexión de la rodilla de 90° y extensión de la cadera. El examinador deja que la gravedad acerque el muslo a la camilla. Si hay contractura de la bandeleta iliotalar, el muslo permanecerá en abducción y no llegará a la camilla.⁶ (figura 13).



Figura 13. Prueba de Ober. Fuente: el autor.

Prueba de Thomas

Valora la contractura en flexión de la cadera. El paciente permanece en decúbito supino, se flexiona una de las caderas y se lleva la rodilla al pecho para aplanar la columna lumbar, el paciente sostiene el muslo contra el tórax. Si no hay contractura, la cadera que se valora (la pierna recta) se separa de la mesa y el ángulo que forme con esta serán los grados de contractura.⁶ (figura 14).



Figura 14. Prueba de Thomas. Fuente: el autor.

Prueba IROP

La prueba IROP (por sus siglas en inglés internal rotation over pressure) tiene la mayor sensibilidad cuando se valora patología intrarticular de la cadera.¹² Con el paciente en decúbito supino se hace flexión de la cadera y de la rodilla de 90°, se rota internamente la cadera y se hace compresión axial sobre el fémur. Se considera positiva si produce dolor en la cadera.¹² La sensibilidad del signo es de 88% y la especificidad de 17%¹² (figura 15).



Figura 15. Prueba de IROP. Fuente: el autor.

Prueba Stinchfield

Frank Stinchfield fue un renombrado ortopedista norteamericano. Presidente de la Sociedad Americana de Cirujanos Ortopedistas, fundador de la Hip Society y ha enseñado en la Clínica Mayo por años.¹³ Tiene la mayor especificidad cuando se valora patología intrarticular de la cadera.¹² Con el paciente en decúbito supino, se solicita al examinado que levante la pierna flexionando la cadera sin flexionar la rodilla, mientras el examinador ejerce resistencia. Se considera positiva si produce dolor en la cadera.¹² La sensibilidad del signo es de 59% y la especificidad de 32%¹² (figura 16).



Figura 16. Prueba de Stinchfield. Fuente: el autor.

Prueba de Patrick o FABER

La prueba de Patrick o FABER (por sus siglas en inglés flexion, abduction, external rotation) suele diagnosticar patología de la articulación sacroiliaca y de la cadera. Con el paciente en decúbito supino se hace flexión, abducción y rotación externa de la cadera mientras la cara lateral del tobillo se coloca justo proximal a la rodilla. El examinador presiona la rodilla hacia la camilla. Si hay dolor sobre la sacroiliaca se considera positiva para sacroileitis. Si produce dolor en ingle muslo o rodilla, se considera positiva para patología de la cadera.¹¹ La sensibilidad del signo es de 82% y la especificidad de 25%¹² (figura 17).



Figura 17. Prueba de Patrick o FABER. Fuente: el autor.

Prueba FADIR

La prueba FADIR (por sus siglas en inglés flexion, adduction, internal rotation) se explora con el paciente en decúbito supino haciendo flexión, aducción y rotación interna máxima de la cadera. Se considera positiva si produce dolor en la cadera.¹² La sensibilidad del signo es 78% y la especificidad 10%.¹¹ (figura 18).



Figura 18. Prueba de Fadir. Fuente: el autor.



Figura 19. Prueba de percusión patelar. Fuente: el autor.

Prueba de percusión patelar

Esta muy útil porque tiene buena sensibilidad y especificidad, y permite al médico diagnosticar fracturas

de cadera con un simple fonendoscopio si no dispone de un equipo de rayos X. Con el paciente en decúbito supino el examinador percute cada patela, una a la vez mientras se ausculta la sínfisis púbica con un estetoscopio. La prueba se considera positiva cuando hay disminución en la percusión en el lado afectado. La sensibilidad del signo es 85% y la especificidad 70%¹⁴ (figura 19).

CONCLUSIÓN

En conclusión, el sitio de dolor más común de la cadera es la ingle, el muslo y la rodilla. Los dolores de la región glútea o de la parte posterior suelen originarse en la columna. Hay que observar la marcha del paciente o si tiene dificultad para levantarse de una silla. La estructura ósea más prominente de la cara lateral de la cadera es el trocánter mayor, el dolor a la palpación por lo general se debe a bursitis del trocanter. El signo más sensible para patología intraarticular de la cadera es el IROP y el más específico el Stinchfield. La prueba de percusión patelar permite diagnosticar fracturas de la cadera sin radiografía con alta sensibilidad y especificidad.

REFERENCIAS

1. Lespasio MJ, Sultan AA, Piuizzi NS, Khlopas A, Husni ME, Muschler GF, Mont MA. Hip Osteoarthritis: A Primer. *Perm J.* 2018;22:17-084. <https://doi.org/10.7812/TPP/17-084>
2. Redmond JM, Chen AW, Domb BG. Greater Trochanteric Pain Syndrome. *J Am Acad Orthop Surg.* 2016;24(4):231-40. doi: 10.5435/JAAOS-D-14-00406.
3. Mas Martinez J, Sanz-Reig J, Verdu Roman C, Bustamante Suarez de Puga D, Martinez Gimenez E, Morales Santos M. Recreational Sports and Intra-articular Hip Injuries in Patients Undergoing Hip Arthroscopy for Femoroacetabular Impingement. *Arthrosc Sports Med Rehabil.* 2020;2(4):e321-e328. doi: 10.1016/j.asmr.2020.04.005.
4. Lespasio, MJ, Sodhi N, Mont MA. Osteonecrosis of the Hip: A Primer. *Perm J.* 2019;23:18-100. <https://doi.org/10.7812/TPP/18-100>
5. Martteli J. Pelvis, hip and Thigh en: Reider B. ed .The Orthopaedic Physical Examination. Philadelphia, PA: Elsevier Saunders:1999:161-200.
6. Magee DJ. Cadera en: Magee DJ ed. *Ortopedia.* Philadelphia, PA: Saunders: 1994. p. 332-370.
7. Bergmann, G., Bender, A., Dymke, J., Duda, G., & Damm, P. Standardized Loads Acting in Hip Implants. *PLoS One.* 2016;11(5):e0155612. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155612>.
8. Potalivo G, Bugiantella W. Snapping hip syndrome: systematic review of surgical treatment. *Hip Int.* 2017;27(2):111-121. doi: 10.5301/hipint.5000464.

9. Probst D, Stout A, Hunt D. Piriformis Syndrome: A Narrative Review of the Anatomy, Diagnosis, and Treatment. *PM R.* 2019;11(Suppl 1):S54-S63. doi: 10.1002/pmrj.12189.
10. Rothschild BM. Statistical and clinical significance, sensitivity, specificity and cost-benefit analysis in clinical practice. *Rheumatology (Oxford).* 2020;59(11):3563. doi: 10.1093/rheumatology/keaa197
11. Cleland JA, Koppenhaver S .Hip and pelvis en: Cleland JA, Koppenhaver S *Netters Orthopaedic Clinical Examination an evidence based approach.* PA: Elsevier Saunders:2011:244-282.
12. Maslowsky E, Sullivan W, Forster J, et al .The Diagnostic validity of hip provocation maneuvers to detect intra-articular hip pathology. *PM R.* 2010;2(3):174-81. doi: 10.1016/j.pmrj.2010.01.014
13. Mcgrory B. Stinchfield Resisted Hip Flexion Test. *Hospital Physician.*1999:41-42.
14. Smeets SJM, Vening W, Winkes MB, Kuijt GP, Slooter GD, van Eerten PV. The patellar pubic percussion test: a simple bedside tool for suspected occult hip fractures. *Int Orthop.* 2018;42(11):2521-2524. doi: 10.1007/s00264-018-4036-2.

