



Diario El Heraldo, Concordia.

Artículo Nº 9

Dolor en cadera

El dolor en la cadera, nombre comúnmente aplicado para referirse al dolor originado en la unión del muslo con la pelvis, se corresponde al compromiso de la articulación coxofemoral. Esta unión del tronco con los miembros inferiores, es objeto de varias enfermedades: traumáticas, inflamatorias, degenerativas, infecciosas, etc, en forma similar a las descritas en la nota anterior para la rodilla. Es además una articulación grande, así que pequeñas afecciones generarán mucho dolor o limitación, y como elemento agregado, al ser una articulación profunda, los típicos signos de inflamación: enrojecimiento, calor e hinchazón, no son visibles en la superficie, entonces tenemos que sospecharlos y pesquisar la existencia de signos de que nos pongan en la pista que podemos estar ante un sufrimiento de cadera. Este punto es uno de los que más frecuentemente generan interpretaciones erróneas de los síntomas y por lo tanto el paciente retarda o difiere la consulta con el médico.

En nuestra consulta, la causa más frecuente de compromiso de la articulación coxofemoral, es la degenerativa o artrosis, en segundo lugar se ubica la inflamatoria debida a reuma, y en tercer lugar la traumática; quiero aclarar que esto no es más que nuestra casuística, y por lo tanto puede no coincidir con las estadísticas de una población más amplia.

El paciente típicamente llega al consultorio sabiendo que tiene una afección en la cadera, pero hay algunos que relatan una patología de la columna o la rodilla, y en el examen surge que la causa del cuadro clínico es una coxalgiá o dolor en la articulación de la cadera.

En esta situación, el paciente comienza de forma insidiosa, progresiva, con dolor en la cara lateral del muslo, en la parte alta, muy cercana al hueso de la cadera, lo que llamamos la cresta ilíaca y es lo que se palpa en la parte lateral del abdomen bajo, también puede presentarse con dolor en la zona glútea, en el costado del muslo, en la parte más superficial del fémur (el trocánter), o incluso correr por el costado del muslo y llegar a la rodilla, o doler ésta última como única manifestación. Todo esto ocurre porque los nervios que se encargan de la transmisión del dolor de todas estas zonas descritas, transcurren haciendo cuerpo con la articulación de la cadera, y dan, por lo tanto dolor referido a estas partes, que al examinarlas, se encuentra que no están afectadas. También el examen es categórico en determinar la capacidad funcional de esta articulación en cuanto a la flexión y la apertura del muslo sobre el tronco.

Lo más frecuente es que el paciente, luego de un esfuerzo no habitual, como puede ser caminar en forma más enérgica que lo habitual, o el inicio de un plan de entrenamiento físico, o al regresar de un viaje, comienza con dolor en la parte alta del muslo, que varía con los movimientos y cede con el reposo, esto es lo que se llama un dolor de tipo mecánico, lo que lo diferencia de un dolor de tipo inflamatorio, que duele en todo momento. Este dolor es máximo en la mañana al levantarse de la cama, o al incorporarse de una silla, o al salir del auto, que muchas veces compromete la zona inguinal, que le dificulta para agacharse a atarse los cordones o levantar algo del piso; además el dolor es progresivo, va aumentando con el correr de los días o semanas. Luego de un tiempo de evolución variable, el dolor también aparece en el reposo, y el paciente siente dolor estando acostado, con lo cual no logra descansar, ya que se duerme y el dolor lo despierta, tampoco encuentra una posición para dormir, ya que duele estando boca arriba (decúbito supino), duele cuando se coloca de costado (decúbito lateral) con la cadera en sufrimiento hacia abajo, es decir que no tolera el peso de su propio cuerpo, por lo que la posición es el decúbito lateral hacia el lado que no duele. En esta etapa, los calmantes habituales raramente surten efecto, o si lo hacen, la calma obtenida es de corta duración, y hay que tomarlos a dosis altas y por tiempos prolongados, por lo cual casi todos los pacientes presentan algún grado de intolerancia digestiva o directamente una gastritis, además del cuadro de angustia que se ve magnificado por la falta de sueño, la prolongación de la situación clínica y la falta de perspectivas en cuanto a su sufrimiento.



Queremos dejar en claro un punto que es motivo de gran angustia, incertidumbre y depresión: el dolor de cadera dura mucho tiempo, a veces bastante más de un año, por lo que en cualquier tratamiento que el paciente inicie, será necesaria una dosis de paciencia, ya que la ansiedad por calmarse, lleva a que éste comience y abandone varias opciones terapéuticas.

Es en esta etapa que casi todos los enfermos se plantean algún tipo de terapia alternativa u otro recurso que los pueda aliviar, allí se impone la apiterapia, una disciplina que ya tiene muchos pacientes tratados por este sufrimiento.

El tratamiento se basa en el reposo psicofísico, el paciente debe estar lo más tranquilo que pueda, apitoxina en forma de cremas en los sitios de dolor, subcutánea en forma de pequeñas inyecciones semanales, comprimidos para disolver debajo de la lengua, a lo que se suma el propóleo y la jalea real como otros complementos claves en la mejoría del paciente. En estas condiciones, y con una afección que no lleve mucho tiempo de evolución (más de 6 meses), el tratamiento comienza a ser efectivo desde las primeras semanas, con lo que el paciente logra reintegrarse a su vida activa precozmente, por eso siempre decimos que lo ideal es no diferir la consulta.

Hasta la próxima.

Para realizar cualquier tipo de consulta:

Clinica de Apiterapia: (desde Concordia): 0059873-23248, Salto, Uruguay.

Dr. Pablo Capdebila, médico especialista en Apiterapia.

Correo electrónico: apiterapiauruguay@hotmail.com
