

DOLOR GLÚTEO EN EL PUERPERIO TRAS UN PERIODO ASINTOMÁTICO: A PROPÓSITO DE 2 CASOS.

Fernando Trell Lesmes*,Alfonso Utrillas Compaired**,Mónica Martínez Maside***, Montserrat Molina Guerrero***. *Hospital Universitario Puerta de Hierro.**Hospital Universitario Guadalajara.***Hospital Universitario Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN:

El dolor sacro-glúteo atraumático es un motivo frecuente de consulta, siendo la orientación diagnóstica según edad y el sexo. Durante el embarazo y el parto, están descritas entidades patológicas causantes de dolor, pero no es tan frecuente la sintomatología tras el puerperio con un periodo asintomático previo.

OBJETIVOS:

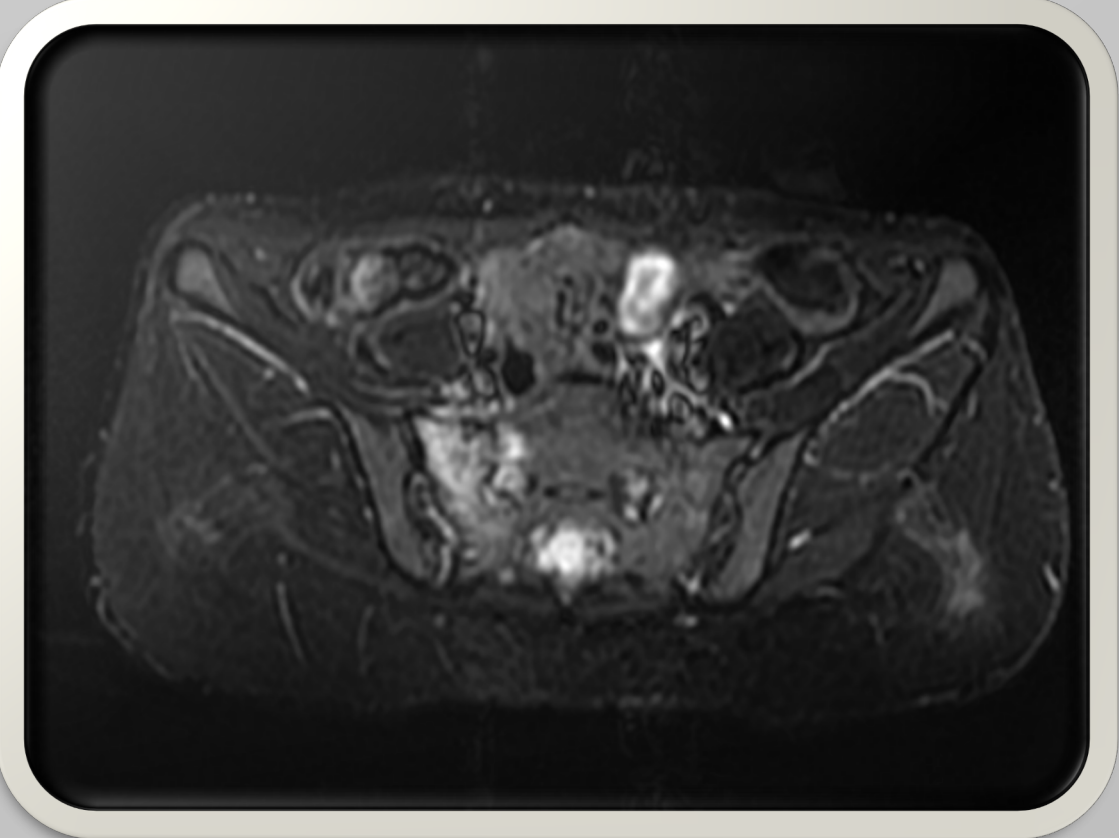
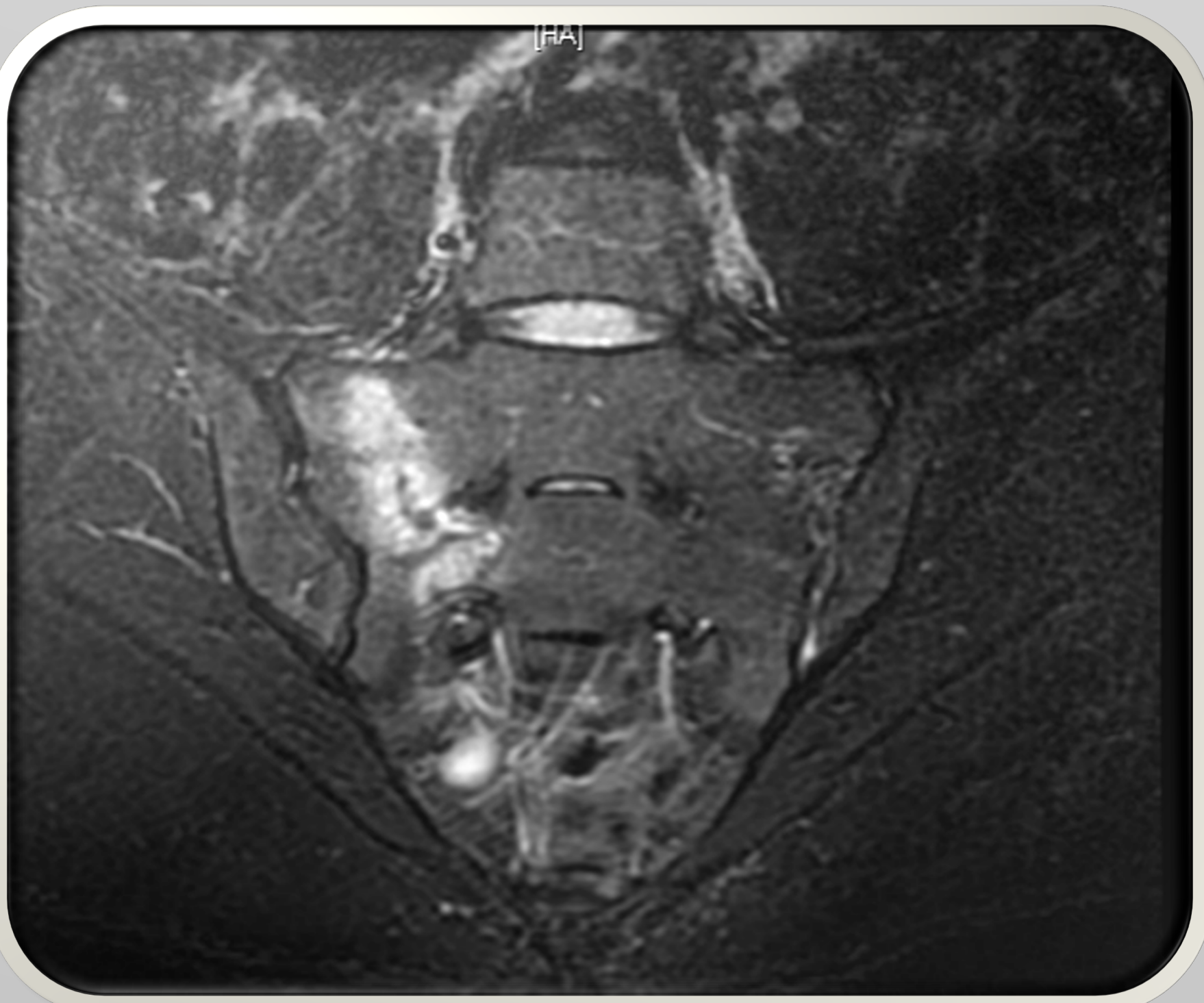
Presentar 2 casos de dolor glúteo en el periodo de puerperio y realizar diagnóstico diferencial y tratamiento.

MATERIAL Y METODOLOGÍA

Presentamos 2 casos de dos mujeres de 36 y 40 años, que tras estar asintomáticas tras el parto y esperar unas semanas de recuperación, comienzan con actividad física progresiva, consistente en “running”. Ambas pacientes sanas sin antecedentes de interés, comienzan con molestias en zona sacro-glútea que se convierten en dolor, limitando la deambulaci3n, la bipedestaci3n mantenida, el apoyo monopodal y la sedestaci3n. Solo se aliviaba con el dec3bito. La palpaci3n de la zona sacro-glútea era dolorosa. No tenían radiculopatía. La radiografía simple no presentaba hallazgos relevantes. Una de las pacientes fue estudiada con una gammagrafía con captaci3n en zona sacra y ante la insistencia de los síntomas se realizó una RMN cuyas imágenes mostraron un trazo vertical en el sacro con edema de médula ósea en la zona circundante.

RESULTADOS:

Ambas fueron diagnosticadas de fracturas de stress sacra siendo tratadas con reposo, sedestaci3n en superficies acolchadas, ayuda de la deambulaci3n con muletas, fármacos analgésicos ocasionales y rehabilitaci3n con magnetoterapia y control del dolor con TENS. En este tipo de pacientes que están en época de dar lactancia, el uso de fármacos debe ser limitado. Tras 4 semanas se procedió a la retirada progresiva de muletas. La incorporaci3n deportiva debe realizarse tras 2 semanas de periodo sin dolor y siempre de forma progresiva sin presentar síntomas. En estas pacientes iniciaron a los 3 meses ejercicio en el agua para progresar y volver a realizar “running” a los 6 meses.



CONCLUSIONES:

Las fracturas de stress ocurren debido a una sobrecarga mecánica y el hueso se ve sobrepasado en su proceso de reparaci3n. Son mas frecuentes en las extremidades inferiores y pelvis. Se presentan cada vez con más frecuencia en pacientes que practican deportes del tipo carrera continua de forma intensa. En la mayoría de las ocasiones la densidad ósea no se encuentra alterada o está en los límites de la normalidad. La localizaci3n sacra no es infrecuente y pueden presentarse en pacientes jóvenes, durante la gestaci3n o en el puerperio. En el último trimestre del embarazo puede existir una osteoporosis, que puede afectar al fémur proximal, sacro o cuerpos vertebrales ocasionando en ocasiones fracturas. En esta época también se produce una serie de cambios biomecánicos con la modificaci3n del centro de gravedad, una hiperlordosis lumbosacra, una sobrecarga mecánica que junto con las alteraciones hormonales y el momento del parto pueden hacer esta zona más vulnerable al someterla a la solici3n mecánica. Debe existir un diagnóstico de sospecha ante todo dolor lumbar bajo o glúteo en estas circunstancias. En el diagnóstico diferencial entran patologías como la lumbociática, patología discal, patología sacroilíaca, patología de la musculatura abductora, de los rotadores externos/síndrome del piramidal o musculatura isquiotibial. Una adecuada anamnesis y exploraci3n física puede orientar el diagnóstico. En estos casos el estudio con Rx tiene una baja sensibilidad (menos de un 10% en las primeras semanas) . La gammagrafía tiene una alta sensibilidad (74-100%) pero menor especificidad (68%) . Es la RMN el patr3n *gold-standard* para el diagnóstico con sensibilidades entre el 80-100% y especificidad del 100%. El control del dolor y la protecci3n de la carga en las fases iniciales suelen resolver la sintomatología.