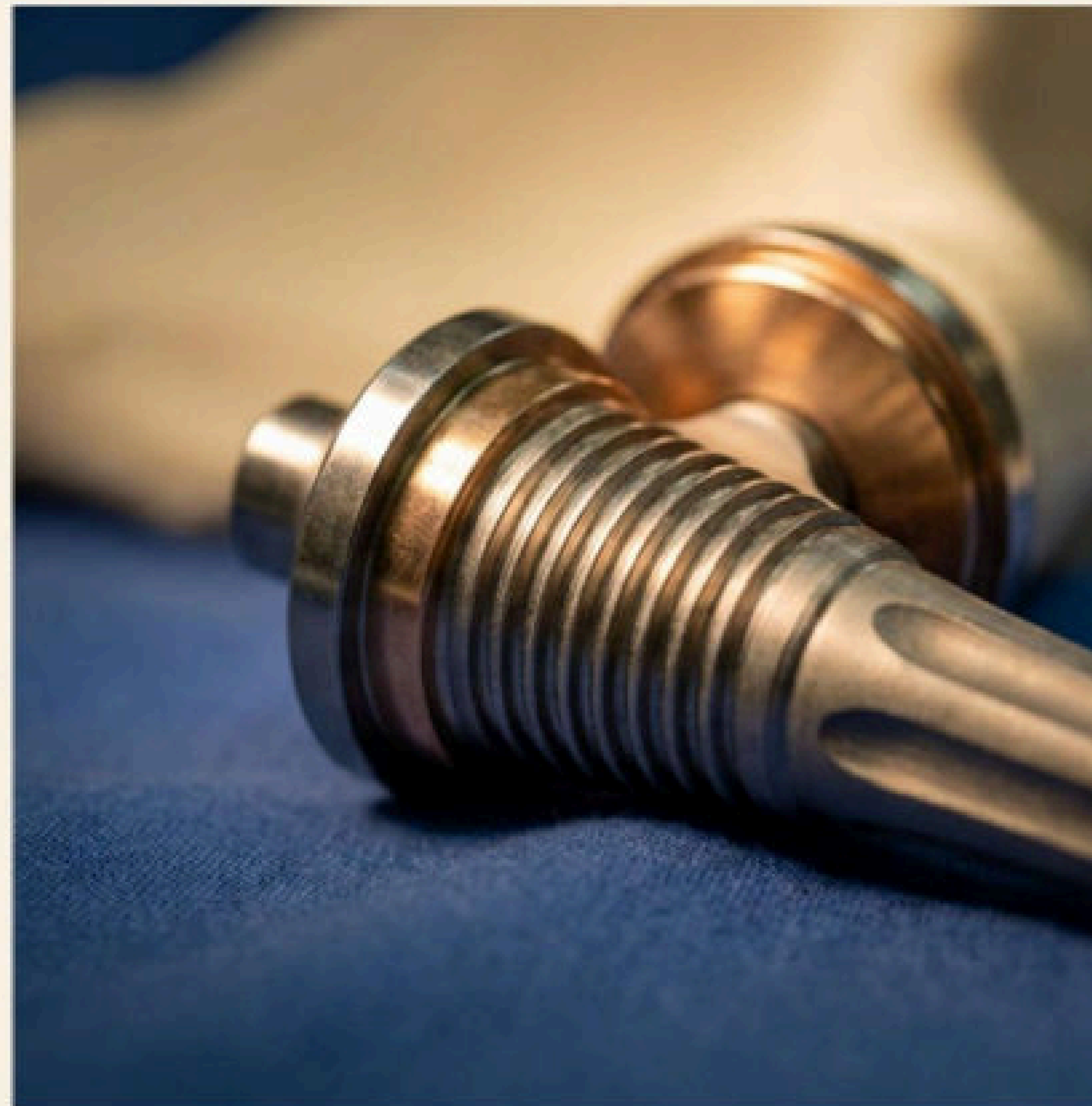


El dolor de cadera no es un diagnóstico, es un síntoma.

La molestia articular al caminar, bajar escaleras o durante el reposo es una señal de alerta del cuerpo, pero rara vez indica una sola enfermedad.

Entender su origen geográfico y mecánico es el primer paso hacia una estrategia de tratamiento informada y estructurada.

Identificar la causa real exige mirar más allá del sitio del dolor.



La artrosis no es el único destino del dolor articular.

Es común asumir que cualquier dolor prolongado en la cadera es sinónimo de desgaste irreversible. Pensemos en el dolor como la luz del tablero del auto que advierte sobre el motor: la luz es la misma, pero la falla puede ser desde falta de aceite hasta un filtro sucio.

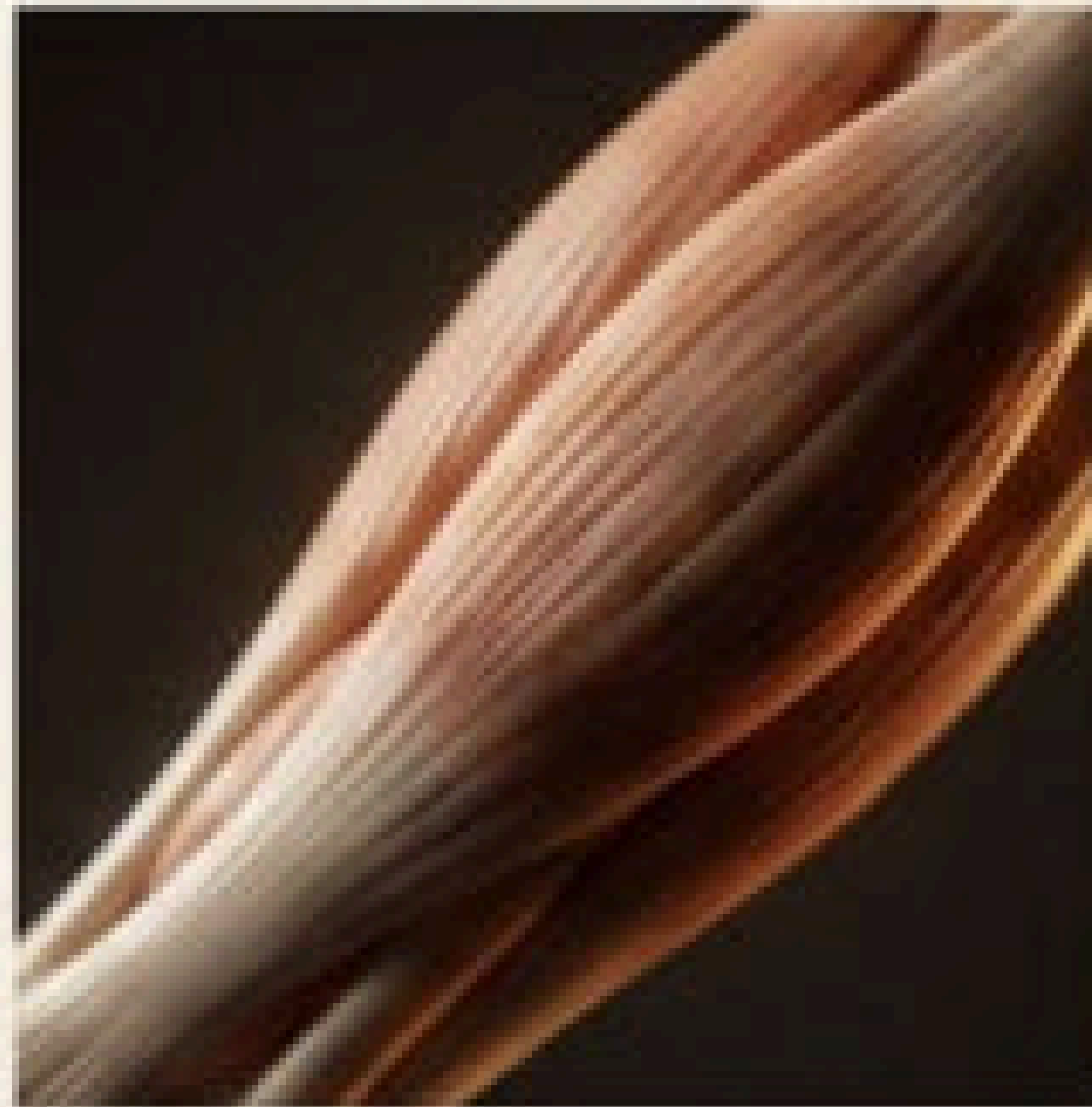
Estadísticamente, en pacientes de atención primaria, la radiografía confirma artrosis en apenas un 34% de los casos.

Más de la mitad de las molestias en esta región provienen de tejidos blandos o estructuras adyacentes.



La geografía del síntoma orienta la investigación médica.

El cuerpo humano opera como una estructura arquitectónica compleja. Para aislar el problema, primero debemos ubicar en qué parte del edificio ocurre la falla tensional o estructural:

		
Zona Inguinal / Profunda	Cara Lateral	Zona Glútea / Posterior
El engranaje central (Articulación pura).	Los cables tensores externos (Tendones y bursa).	El cableado eléctrico (Columna y nervios).

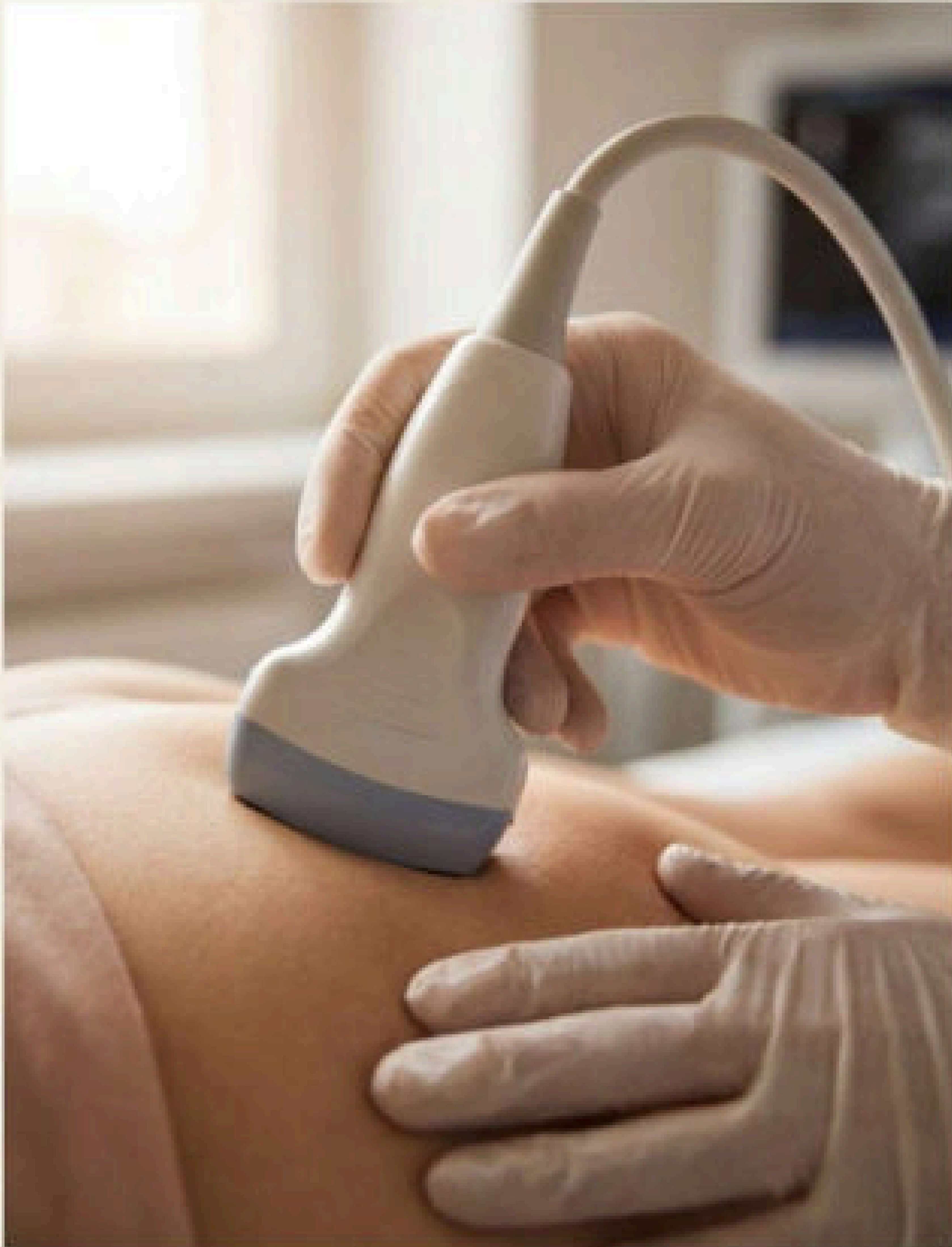
Antes de ordenar estudios, sus propias manos señalando el dolor aportan la primera clave diagnóstica.

Dolor profundo e inguinal: alteraciones intraarticulares.

Cuando la molestia se siente en el pliegue de la ingle y aumenta al rotar la pierna o salir del auto, el origen suele ser **intraarticular**.

Mecánicamente, es como si la bisagra principal de una puerta pesada comenzara a rozar por pérdida de lubricación (**coxartrosis**) o por un contacto prematuro entre sus bordes (**pinzamiento femoroacetabular**), afectando la distribución de la carga.

El manejo temprano del pinzamiento busca optimizar la mecánica antes de que el cartílago sufra desgaste.



El falso culpable: dolor lateral y tensión trocantérica.

El Síndrome de Dolor Trocantérico Mayor (bursitis o tendinopatía glútea) se manifiesta al dormir de lado o cruzar las piernas. Pensemos en una cuerda que roza repetidamente contra el borde de un muro; la fricción inflama el tejido.

Clinicamente, este cuadro es el que más frecuentemente se confunde con el desgaste articular, llevando a estrategias terapéuticas ineficaces.

La rehabilitación activa, no el simple reposo, es la clave para restaurar la capacidad de carga del tendón.

El eco neurológico: cuando el dolor viene de la espalda.

La irritación en las raíces nerviosas lumbares (L3, L4, L5) puede enviar señales erráticas hacia la cadera o el muslo. Es el equivalente a un cortocircuito en el enchufe de la pared que hace parpadear el foco del techo; el problema real no radica en el foco, sino en el origen de la corriente eléctrica.

En estos escenarios, tratar la cadera sin valorar la columna resulta clínicamente estéril.

Los cambios de intensidad según la postura al sentarse son un indicador fuerte de dolor lumbar referido.



La influencia del tiempo en la biomecánica articular.

Aunque cada paciente es único, el desgaste y las tensiones del sistema musculoesquelético siguen patrones temporales identificables que dirigen nuestra sospecha diagnóstica:



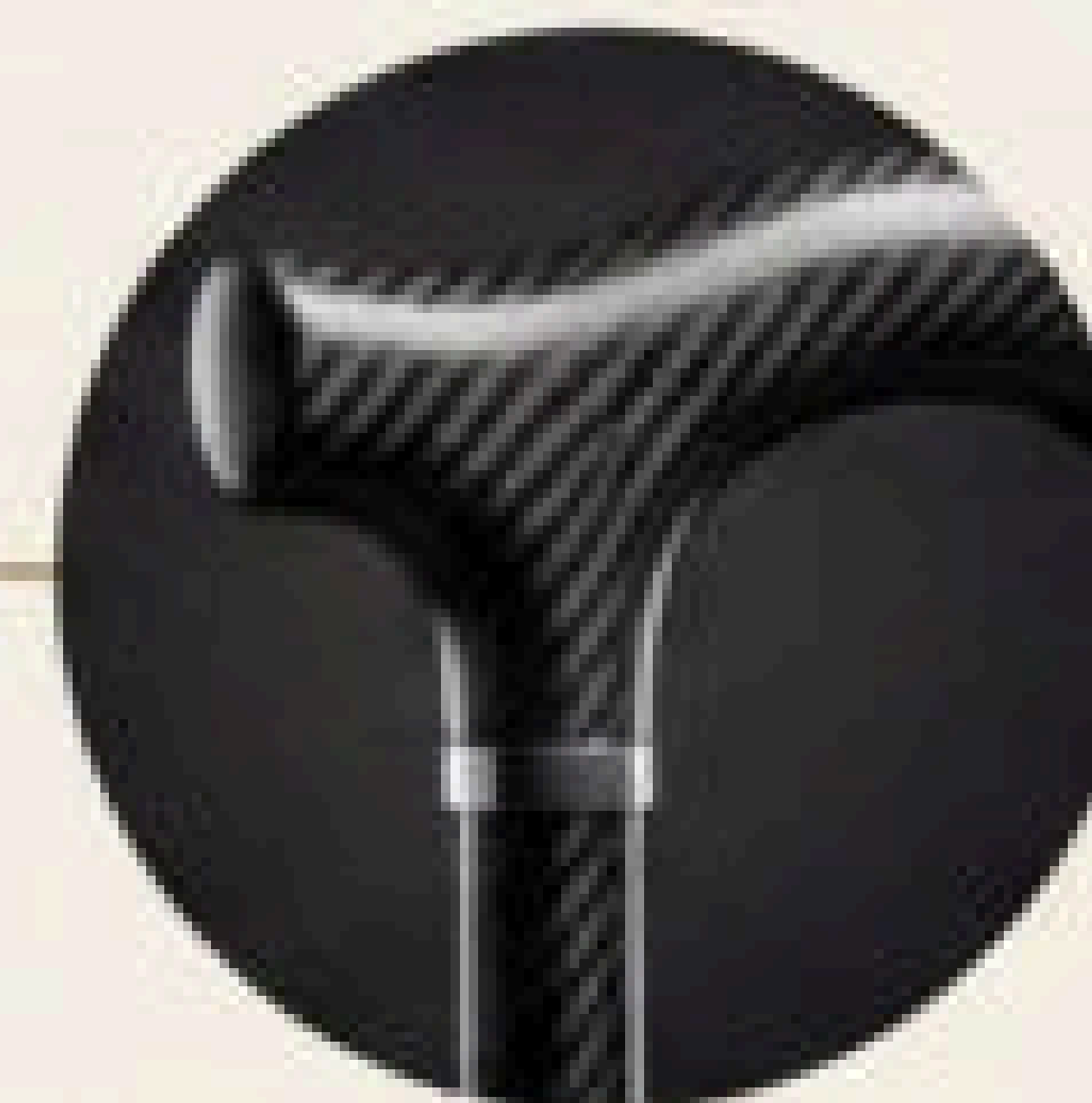
20-45 años

Pinzamiento femoroacetabular (FAI) y lesiones de origen deportivo.



40-60 años

Síndrome de dolor trocantérico y tendinopatía glútea (prevalencia en mujeres).



60+ años

Coxartrosis progresiva (desgaste del cartilago) y reducción del espacio articular.

La edad no es una condena, es una variable que nos ayuda a enfocar los estudios de imagen.

La radiografía muestra la estructura; la clínica evalúa la función.

Un hallazgo de desgaste en una placa no significa automáticamente que esa sea la fuente del dolor. Una radiografía es como la fotografía satelital de una ciudad: nos muestra la disposición de las calles, pero no nos revela si hay tráfico o problemas de flujo. El diagnóstico real exige correlacionar esos mapas con pruebas de movilidad articular precisas.



La **Resonancia Magnética** puede visualizar el daño en tejidos blandos que la placa de rayos X omite.

Dr. Armando Cárdenas (Ortopedista) · Cédula 2930543 · Torre Cenit, Mérida · WhatsApp 999-635-9889

radiofrecuenciaarticular.com.mx

Arquitectura del tratamiento: un protocolo progresivo.

El abordaje de alta especialidad no salta directamente a la cirugía. Se fundamenta en una escalada terapéutica calculada y probabilística. Como al restaurar un edificio histórico, primero reforzamos los cimientos no invasivos, luego aplicamos intervenciones localizadas, y solo reconstruimos estructuralmente cuando la integridad del sistema lo exige.

La gran mayoría de las causas responde favorablemente a un tratamiento estructurado en el primer nivel.

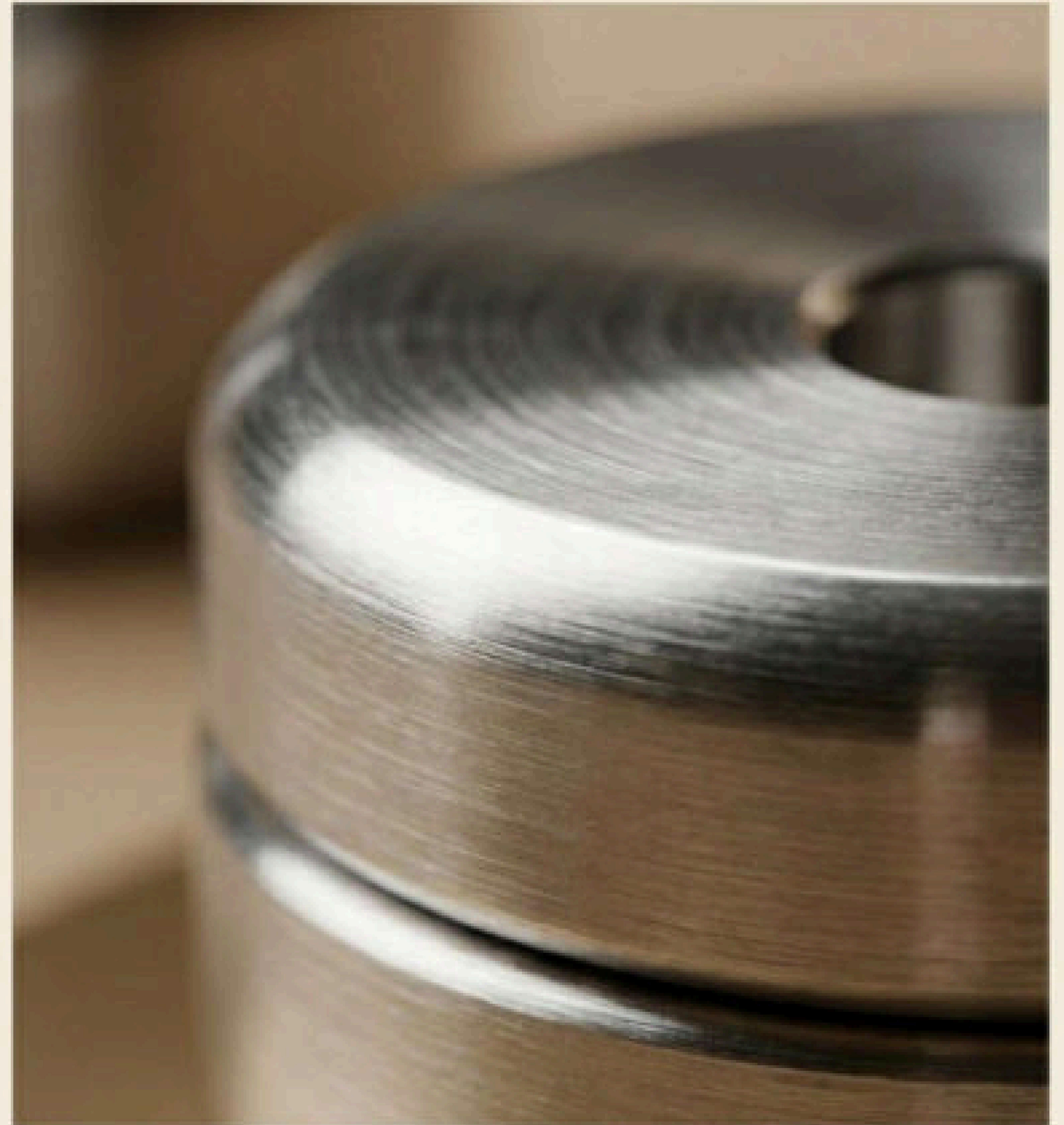


Primer escalón: optimización biomecánica dirigida.

La rehabilitación activa supera al reposo pasivo. Mediante el fortalecimiento focalizado del glúteo medio, la modificación de cargas (control de peso) y ajustes en la actividad diaria, el cuerpo utiliza su propio andamiaje para reducir el estrés mecánico sobre cartílagos y tendones.

No se trata de “hacer ejercicio general”, sino de una prescripción de movimiento milimétrica.

El 60.5% de los pacientes con dolor lateral reportan resolución sostenida enfocándose en fisioterapia específica.



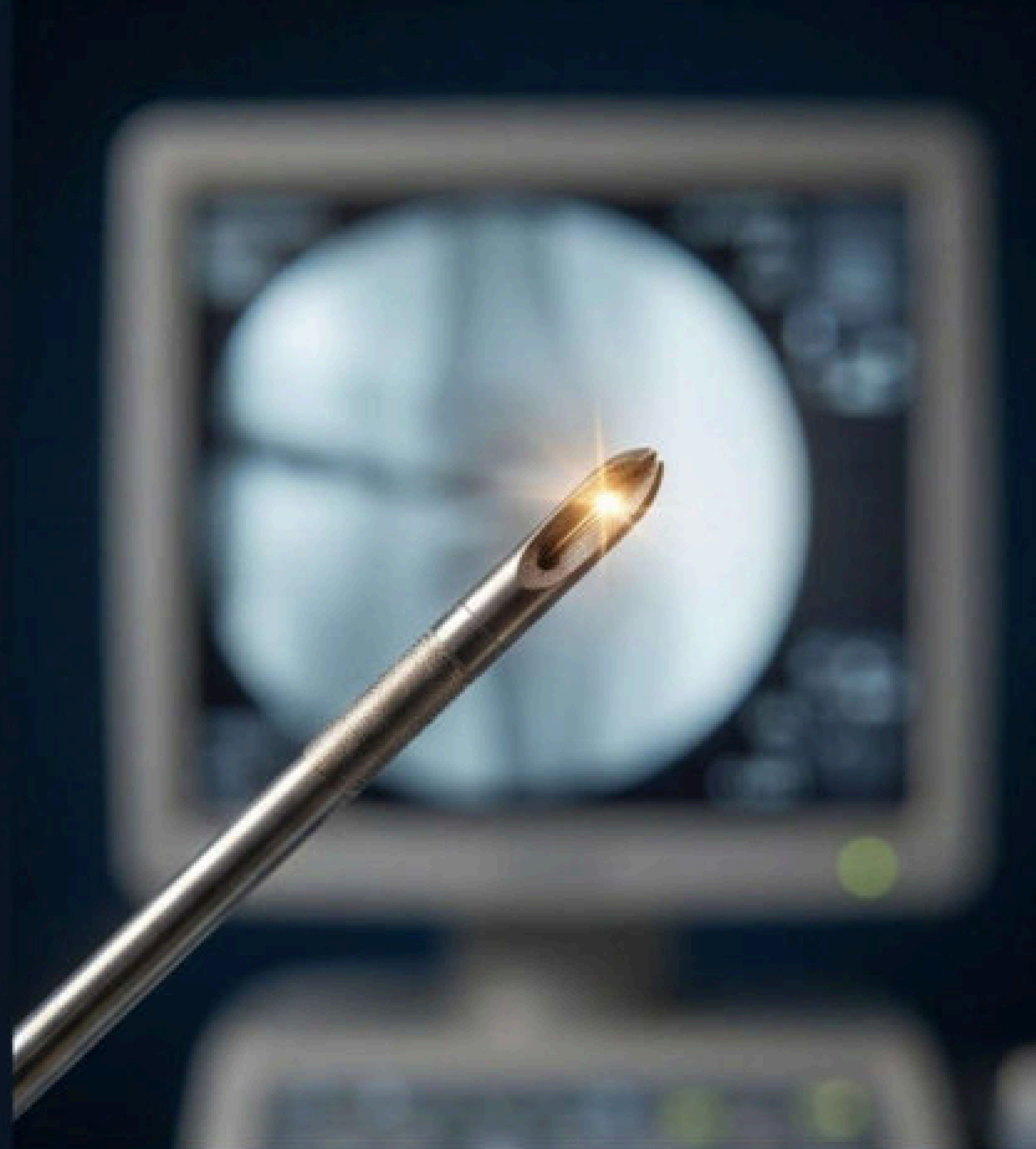
Segundo escalón: neuromodulación e infiltración de precisión.

Cuando la biomecánica no es suficiente para apaciguar la señal inflamatoria, intervenimos el sistema.

- **Infiltraciones articulares:** Calman la alarma aguda. Su alivio puede durar hasta 3 meses, abriendo una ventana sin dolor para facilitar la fisioterapia.

- **Viscosuplementación y Radiofrecuencia:** Estrategias avanzadas para mejorar la lubricación del engranaje articular o modular eléctricamente los nervios que transmiten el dolor profundo, sin alterar la anatomía.

Estas terapias no buscan encubrir el daño, sino crear el entorno propicio para la recuperación funcional.



Tercer escalón: precisión quirúrgica y reconstrucción funcional.

La intervención quirúrgica se considera cuando la estructura ha agotado sus márgenes de adaptación y el dolor compromete la calidad de vida.

- **Artroscopia de cadera:** Reparación de lesiones de labrum mediante cámaras milimétricas (mínima invasión en pacientes activos).
- **Reemplazo total:** Sustitución del tejido desgastado por implantes de titanio y polietileno altamente reticulado, diseñados para restaurar la cinemática natural de la pelvis en artrosis avanzada.

Las decisiones quirúrgicas se toman tras agotar las estrategias conservadoras, evaluando individualmente cada perfil.



Indicadores clínicos que requieren valoración prioritaria.

Aunque el dolor de cadera suele permitir un abordaje metódico y pausado, el cuerpo puede emitir señales que demandan atención ortopédica sin demora para prevenir complicaciones mayores:

- Dolor nocturno intenso que interrumpe el sueño.
- Incapacidad súbita para cargar peso en la pierna.
- Fiebre concurrente con el inicio del dolor articular.
- Alteraciones sensitivas (hormigueo) hacia el pie.

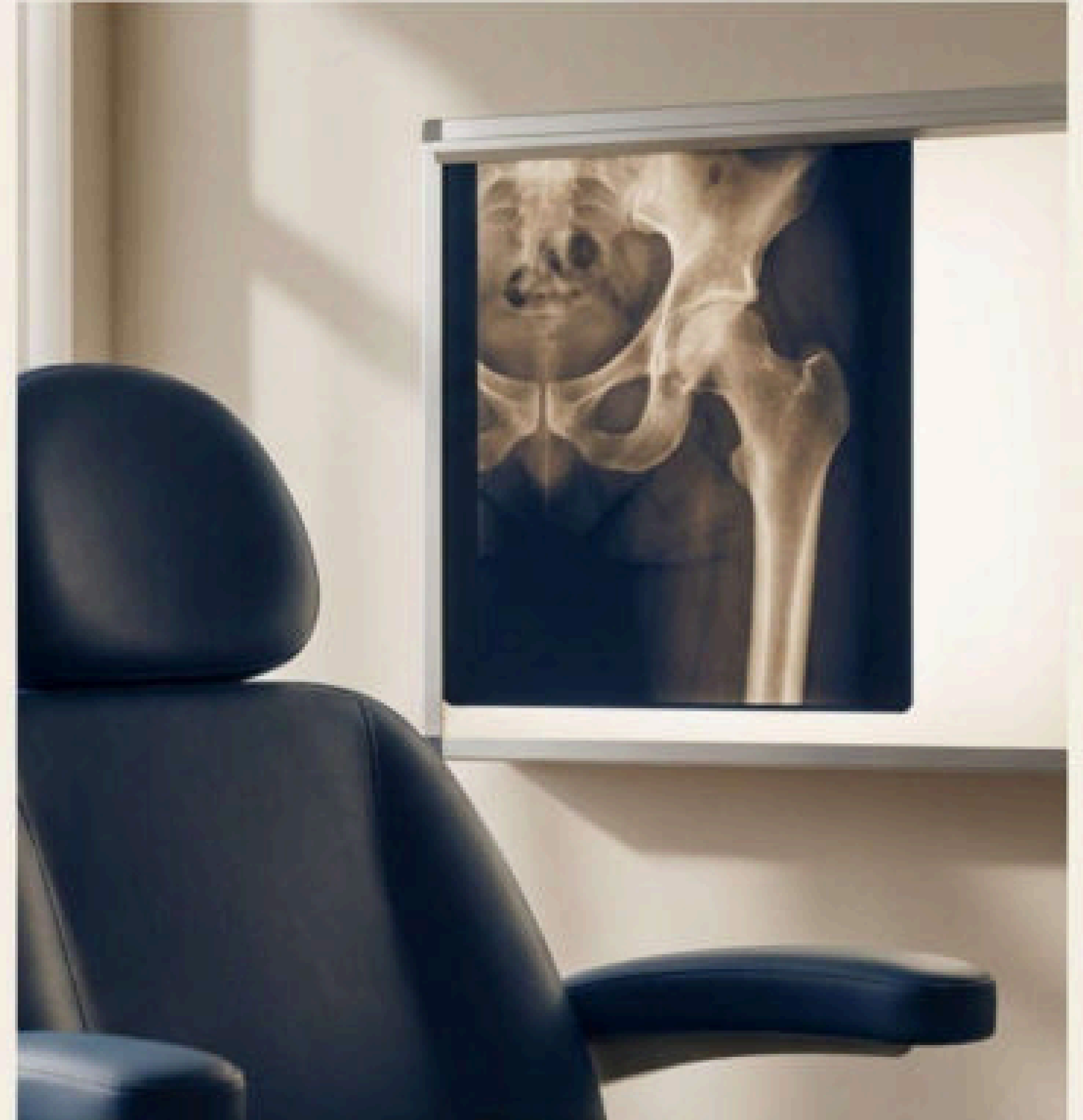
Reconocer estos signos tempranamente protege la integridad del sistema nervioso y articular.

La claridad diagnóstica comienza con una evaluación presencial.

El dolor de cadera no tiene respuestas únicas, pero sí tiene protocolos probados. El diagnóstico real y la **proyección de cualquier estrategia de tratamiento de alta especialidad** requieren ineludiblemente una revisión clínica meticulosa en consultorio, integrando su historia, su biomecánica y sus estudios de imagen.

Agenda tu cita aquí: WhatsApp 999-635-9889

Su movilidad no debe detenerse ante un diagnóstico no resuelto.



Dr. Armando Cárdenas (Ortopedista) · Cédula 2930543 · Torre Cenit, Mérida · WhatsApp 999-635-9889

radiofrecuenciaarticular.com.mx

Respaldo científico y literatura médica de referencia.

1. Metcalfe D, et al. Does This Patient Have Hip Osteoarthritis?: The Rational Clinical Examination Systematic Review. JAMA. 2019;322(23):2323-2333.
2. Barratt PA, et al. Conservative treatments for greater trochanteric pain syndrome: a systematic review. British journal of sports medicine. 2017;51(2):97-104.
3. Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud (CENETEC). Guía de Práctica Clínica — Diagnóstico y tratamiento de la osteoartrosis de cadera en el adulto. México: 2015.

(La información no sustituye una valoración médica personalizada. Resultados individuales sujetos a evaluación).

Investigación y Dirección Clínica: Dr. Armando Cárdenas (Ortopedista).

Dr. Armando Cárdenas (Ortopedista) · Cédula 2930543 · Torre Cenit, Mérida · WhatsApp 999-635-9889
radiofrecuenciaarticular.com.mx