Semergen. 2016;42(Espec Congr 15):26

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

212/3161 - Síndrome piramidal: dándole nombre al dolor

A.M. Aragón Merino[a], M. Turégano Yedro[b], M.C. Romera Montero[c] y M.J. Jurado Mancheño[d]

[a]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Zona Centro. Cáceres. [b]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud San Jorge. Cáceres. [c]DCCU Rota. Rota. Cádiz. [d]Médico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Aldea Moret. Cáceres.

Resumen

Descripción del caso: Mujer, 42 años, sin antecedentes de interés, realiza ejercicio intenso semanalmente: refiere dolor en miembro inferior izquierdo (MII) que le dificulta su actividad deportiva diaria. La paciente describe un dolor a nivel glúteo de semanas de evolución, que le impide la deambulación, con necesidad de rotación interna como posición antiálgica.

Exploración y pruebas complementarias: Se evidencia MII más rotado hacia la parte externa, objetivando contractura que recorre oblicuamente el glúteo, y presenta puntos gatillos a nivel lumbar y centroglúteo, con limitación de los rotadores externos. Radiografía lumbar sin hallazgos.

Juicio clínico: Síndrome piramidal.

Diagnóstico diferencial: Patología discal, bursitis de cadera, tendinitis.

Comentario final: El síndrome piramidal no es muy común, pero representa una causa significativa y tratable de dolor en atención primaria. A menudo no se incluye en el diagnóstico diferencial del dolor lumbar, y es con frecuencia visto como un diagnóstico de exclusión. La familiaridad con los elementos comunes del síndrome debería facilitar diagnostico y tratamiento adecuado. Pasa por alto porque su presentación puede ser parecida a la de una radiculopatía lumbar o disfunción sacra. Se cree que representa el 6-8% del dolor de distribución ciática. Los síntomas y signos más comunes incluyen dolor glúteo que empeora al correr, caminar, subir escaleras y, sobre todo estar

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

mucho tiempo sentado, sensibilidad externa que se presenta como entumecimiento y hormigueo a lo largo del curso del nervio ciático. Los mecanismos causantes del síndrome incluyen el uso excesivo e hipertrofia del músculo piriforme y variaciones anatómicas entre el nervio ciático y el músculo piriforme, aunque una historia de traumatismo directo en la pelvis o el glúteo puede ser la causa de aproximadamente el 50% de los casos. El tratamiento se basa en terapia física, tratamiento analgésico, infiltraciones e incluso quirúrgico. En nuestro caso, se pautó Pazital® asociado a reposo relativo, con ejercicio rehabilitadores, con modificación de movimientos y posiciones "viciadas".

Bibliografía

1. Hopayan K. The clinical features of the piriformis syndrome. Surg Radiol Anat. 2012;34:671.
2. Natsis K, Totlis T, et al. Anatomical variations between the sciatic nerve and de piriformis muscle: A contribution to surgical anatomy in piriformis syndrome. Surg Radiol Anat. 2014;36:273-80.

Palabras clave: *Dolor piriforme. Analgesia.*

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.