Semergen. 2018;44(Espec Congr 6): 10

Medicina de Familia. SEMERGEN

http://www.elsevier.es/semergen

# 341/10 - EL SECRETO DE LA PIRÁMIDE. SÍNDROME DEL PIRIFORME O LA FALSA CIÁTICA.

*M. Sánchez González[1]; E. Del Pino Jiménez[2].*

*[1]Médico de Unidades Móviles. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Sevilla.;[2]Enfermera Unidades Móviles. Dispositivo de Cuidados Críticos y Urgencias. Sevilla.*

## Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años, corredora de fondo, con antecedentes personales de episodios de lumbalgia ocasional que nunca se ha estudiado. Acude a Urgencias por dolor de cuatro días de evolución en nalga izquierda irradiado al miembro inferior ipsilateral por la cara posteroexterna, hasta el primer dedo del pie. El dolor que describe “como un bocado” o “una corriente eléctrica” es continuo pero con exacerbaciones con determinadas posturas, punzante y lancinante. A veces, asocia parestesias y debilidad. Mejora al anteroflexionar el tronco, y empeora con la sedestación, la deambulación, conducir, separar o cruzar las piernas, al subir y bajar escaleras y con la extensión del MII.

Exploración y pruebas complementarias: No hay afectación del estado general y las constantes son normales. En la exploración: las maniobras de Lasségue y Bragard son débilmente positivas, en MII a 45º,hay hipoestesia en dorso del pie y primer dedo(L5)y cara posterior hasta talón y borde interno del pie (S1)izquierdo, reflejo rotuliano conservado y aquíleo izquierdo alterado, presenta dificultad para caminar de puntillas y sobre talones. Las maniobras de Freiberg(rotación interna forzada con muslo extendido) y Mirkin(palpación glútea con flexión anterior del tronco y rodillas extendidas)son positivas. EVA: 8/10.Se pauta un tratamiento con diclofenaco y paracetamol, calor local y reposo deportivo. Evolución: acude a urgencias, casi a diario, por presentar un dolor intenso EVA:10/10, continuo y le impide conciliar el sueño. Se solicita una radiografía lumbo-sacra, no observándose alteraciones. Se le añade tramadol y, a pesar de ello, no mejora, por lo que se remite a la Unidad del Dolor. Allí se confirma la sospecha: es diagnosticada de dolor agudo mixto (neuropático/nociceptivo) compatible con síndrome del músculo piramidal o piriforme. A pesar del tratamiento farmacológico(todos los escalones de la OMS, asociados a coadyuvantes),TENS y ejercicios de estiramiento suaves, no se observa mejoría tras un mes. Se realiza una radiografía con contraste de la articulación sacroilíaca izquierda, apreciándose captación a nivel del piramidal. Se realiza bloqueo del músculo con anestésico y corticoide depot que alivia la sintomatología.

Juicio clínico: Síndrome del Piramidal

Diagnóstico diferencial: Lesiones que comprimen nervio ciático(infecciones, tumores),quiste de grasa en el sacro, hernia discal, trocanterirtis, bursitis, síndromes facetarios y sacroileitis.

Comentario final: En una gran mayoría de las personas aquejadas de ciática no se detecta un problema discal, en muchos casos son provocados por síndrome piramidal u otro tipo de problemas por la compresión del nervio ciático en la pelvis. Saber reconocerlo ahorrará tiempo y pruebas complementarias innecesarias. El

síndrome del piramidal es debido a la compresión o pinzamiento del nervio isquiático, por hipertrofia o contractura del músculo piriforme, que rota cadera hacia afuera y abduce muslo. Es una zona muy requerida en zancadas amplias y en los impactos que, por irregularidades del terreno o por fuerte ritmo de entrenamiento, sufre el corredor de fondo. En la palpación, encontramos invariablemente: gran contractura en la nalga y un "punto gatillo”, desencadenante de los síntomas; también se puede producir dolor durante la exploración pélvica o rectal. Esta "pseudociática" del músculo piramidal es menos molesta y dolorosa que la verdadera ciática(por hernia discal lumbar)y es reversible. Cuando no responde a tratamientos puede requerir inyección de toxina botulínica.

## Bibliografía

Papadopoulos EC, Korres.DS, Papachristou G, Efstathopoulos N. Piriformis syndrome.Orthopedics,27(2004),pp.797-9

Correa González N, Macías Corbacho A. Síndrome piramidal. A propósito de un caso.SEMERGEN.2008;34(3):156-9

Ruiz JL, Alfonso I, Villalón J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.2008;52:359-65.

1138-3593 / © 2018 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.