

## SITUACION CLÍNICA

# Lumbalgia de evolución tórpida

E. de la Peña Parra\*, Y. Calle Romero, V.C. García Sánchez y B. Sanz Pozo

Medicina de Familia y Comunitaria, Centro de Salud Las Américas, Parla, Madrid, España

Recibido el 16 de enero de 2012; aceptado el 16 de julio de 2012

Disponible en Internet el 13 de septiembre de 2012

### PALABRAS CLAVE

Lumbalgia;  
Síndrome del músculo  
piriforme;  
Diagnóstico

**Resumen** Presentamos el caso de un paciente con lumbalgia crónica de tórpida evolución a pesar del tratamiento farmacológico pautado que manifestó sintomatología relacionada con la compresión del nervio ciático en una zona atípica: su paso a través del músculo piriforme, diagnosticándose de síndrome del músculo piriforme.

Este diagnóstico se basa en las manifestaciones clínicas y en la realización de determinadas pruebas, siendo las pruebas de imagen en general absolutamente normales.

El tratamiento fundamentalmente es con antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares y ejercicios de estiramiento de este músculo.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### KEYWORDS

Low back pain;  
Piriformis muscle  
syndrome;  
Diagnosis

### Low back pain of unfavourable progression

**Abstract** We present the case of a patient with chronic low back pain with an unfavourable progression despite the prescribed pharmacological treatment. The patient had symptoms associated with compression of the sciatic nerve in an atypical area. As it passed through the piriformis muscle, it was diagnosed as piriformis muscle syndrome.

This diagnosis was based on the clinical signs and symptoms and the determination of the tests performed, with the imaging tests being absolutely normal.

Treatment is basically with non-steroidal anti-inflammatory drugs, muscle relaxants and stretching exercises of this muscle.

© 2012 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

El síndrome del músculo piramidal o piriforme es un cuadro clínico caracterizado por dolor en la región glútea y la cara posterior de muslo. Su origen se halla en la contractura o espasmo del músculo piriforme, dando lugar a una irritación del nervio ciático en su trayecto bajo dicho vientre muscular. El diagnóstico diferencial es amplio pero debemos

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(E. de la Peña Parra\).](mailto:hastaelinfinitoymasalla@hotmail.com)

familiarizarnos con esta entidad dada su frecuencia y fácil resolución, una vez identificado, desde nuestra consulta de atención primaria.

## Exposición del caso

Varón de 34 años, sin alergias medicamentosas conocidas, ni hábitos tóxicos y con hiperuricemia asintomática como único antecedente de interés. Refiere lumbalgia no irradiada de 3 semanas de evolución aproximadamente, para la cual no ha llegado a seguir ningún tratamiento específico. Niega haber realizado sobresfuerzos o traumatismos en esa localización. Aporta una radiografía de columna lumbar en la que no se aprecian lesiones óseas significativas.

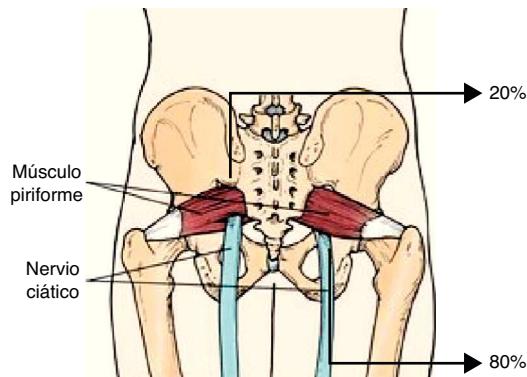
En la exploración física su aspecto general es bueno, pero presenta claro dolor a la palpación de la musculatura paravertebral lumbar y glútea, sin apofisalgias, sin pérdida de fuerza o sensibilidad, con reflejos osteotendinosos normales y signos de Lasègue y Bragard negativos. Ante la sospecha de una lumbalgia mecánica en relación con una contractura muscular se decide pautar tratamiento con ibuprofeno cada 8 h, diazepam cada 24 h y calor seco local. Además se da al paciente la incapacidad temporal hasta nueva valoración.

Un mes después, y a pesar de haber seguido correctamente el tratamiento recomendado, acude de nuevo a nuestra consulta refiriendo ausencia de clara mejoría y aparición de parestesias en el territorio sensitivo de la raíz S1 (cara posterior de pierna y muslo derecho), por lo que se decide solicitar una tomografía computarizada (TC) de columna lumbar, que resultó ser normal. Ante la persistencia de la sintomatología y la normalidad en las pruebas complementarias se decide derivar al paciente a la consulta de traumatología. Por motivos personales el paciente no llega a acudir a la consulta del especialista, y cuando por fin lo hace, un año y medio después de su primera visita al médico de atención primaria, sigue presentando manifestaciones clínicas y exploración física similares. Se decide entonces repetir de nuevo la radiografía de columna lumbar y realizar una resonancia magnética (RM), en la que tan solo se observa una lesión inespecífica en pala ilíaca derecha, próxima a la articulación sacroilíaca que podría corresponder a una geoda. Se pauta seguidamente tratamiento con metamizol, tramadol y gabapentina y se solicita electromiograma preferente. Dicha prueba no mostró signos de neuropatía alguna.

Unos meses después, y sufriendo las manifestaciones clínicas descritas desde hacía ya más de 2 años, el paciente regresa a nuestra consulta del centro de salud refiriendo haber observado que cuando realiza ciertas maniobras y estiramientos con su pierna derecha nota una sensación de chasquido en el glúteo que se acompaña de importante alivio del dolor. Ante este dato de la anamnesis se sospecha un posible síndrome del músculo piriforme, por lo que se decide explicar al paciente algunos ejercicios y estiramientos para este músculo, y potenciar el tratamiento fisioterápico. Después de 2 años y medio y tras numerosas pruebas y visitas al especialista, el paciente refiere la remisión total del dolor y se reincorpora a su vida cotidiana.

## Discusión

El síndrome piramidal o del músculo piriforme es más frecuente entre los 40 y los 50 años, algo más en mujeres (6:1)



**Figura 1** Variaciones anatómicas del músculo piriforme (disponible en: [www.juanluismaestroleon.com](http://www.juanluismaestroleon.com)).

por los biomecanismos asociados al ángulo Q (ángulo entre las líneas que unen el centro de la rótula con la espina ilíaca anterosuperior y la tuberosidad tibial anterior), y frecuente en cualquier tipo de profesión o actividad física.

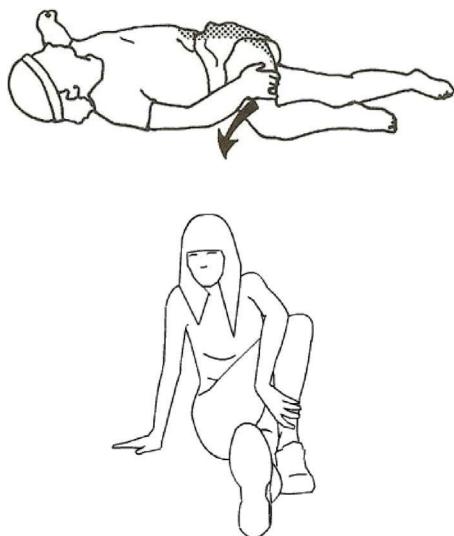
La existencia del síndrome sigue siendo controvertida. En una encuesta realizada en Estados Unidos solo 21 de cada 29 médicos físicos y rehabilitadores confiaban en la definición de esta entidad<sup>1</sup>. Es un diagnóstico infravalorado<sup>2</sup>.

El músculo piriforme se origina en el sacro y sale de la pelvis por el agujero sacrociático mayor, dirigiéndose hacia abajo por detrás del glúteo hasta insertarse en el trocánter mayor. La prevalencia de anomalías o variaciones en el piramidal y el ciático ronda el 1,5-35,8% en cadáveres disecados<sup>3</sup>. Aunque se han descrito hasta 6 formas de variaciones anatómicas en el paso del nervio ciático junto al músculo piriforme, en la mayoría de casos se encuentra un nervio único que pasa entre el músculo y el borde del agujero ciático mayor, pero en algunas ocasiones el nervio perfora el vientre del piramidal (fig. 1), existiendo una predisposición a presentar la entidad que se trata en este caso clínico. El nervio ciático inerva la cara posterior del muslo y parte de la pierna y el pie, y el músculo piramidal es el principal rotador externo de la cadera. Además es abductor y rotador interno en ciertas posiciones.

El síndrome del piramidal o piriforme es una entidad caracterizada por una contractura o espasmo del músculo del mismo nombre, dando lugar a una irritación del nervio ciático a su paso por debajo. La mayoría de pacientes presentan dolor y parestesias en el área glútea y ciática y experimentan dificultad al andar y sentarse, incluso durante cortos períodos de tiempo. Según Durrani y Winnie<sup>4</sup>, la reproducción del dolor ante la palpación profunda, bien por vía rectal, bien glútea, es diagnóstica. La ciática se reprodujo en un 92% de los pacientes al presionar el glúteo y en un 100% al acceder por vía rectal. Otros signos fueron útiles pero no consistentes.

En el diagnóstico pueden ser de ayuda varias pruebas:

- Lasègue y Bragard: restricción a la elevación de la pierna en extensión y dolor a la flexión dorsal del pie previa elevación del miembro.
- Freiberg: rotación interna pasiva de la cadera.
- Pace: con el paciente en lateral con el lado afectado hacia arriba, la cadera flexionada unos 60° y la rodilla flexionada entre 60 y 90°. El examinador rota internamente y aduce



**Figura 2** Ejercicios de estiramiento del músculo piriforme (disponible en: [www.foroindoor.com](http://www.foroindoor.com) y [www.terapeutamasajesya.blogspot.com](http://www.terapeutamasajesya.blogspot.com)).

la cadera aplicando una presión hacia debajo de la rodilla, mientras el paciente resiste al examinador hacia la rotación externa y la abducción de la cadera. Alternativamente, la prueba puede ser realizada con el paciente en supino o sentado, con la rodilla y la cadera flexionada y la cadera rotada medialmente. La prueba es positiva si reproduce los síntomas de la ciática.

- Beatty: en decúbito lateral sobre el lado sano y con la cadera flexionada se realiza una abducción del muslo afectado, manteniendo esa posición unos segundos. Si los síntomas son recreados, la prueba es positiva.

Algunas pruebas de imagen de utilidad, para descartar otros procesos patológicos con sintomatología similar, son la radiografía en carga, la RM, TC, ecografía y electromiograma, cuyo resultado en el caso del síndrome piriforme es normal para la musculatura proximal y una posible alteración en la distal.

El diagnóstico diferencial es amplio y debe comprender la trocanteritis, bursitis isquioglútea, patología de la articulación sacroilíaca, síndrome de los isquiotibiales y radiculopatías.

El 79% de los pacientes mejoran de manera importante con el uso de antiinflamatorios no esteroideos, relajantes musculares, crioterapia y reposo.

La fisioterapia, realizando ejercicios de estiramiento de este músculo, es muy útil (fig. 2).

En casos resistentes ha resultado útil la infiltración de corticoides periciática, epidural caudal e incluso la descompresión a través de la cirugía<sup>5</sup>.

La osteopatía, la acupuntura y, recientemente, la inyección de toxina botulínica han demostrado también ser útiles. Hoy en día el uso de la toxina botulínica como tratamiento

del síndrome piramidal ha ganado mucha popularidad. Su propósito es reducir la compresión del nervio ciático y el propio dolor causado por la contractura del músculo. Se utiliza cada vez más en síndromes miofasciales y algunos estudios han demostrado mayor eficacia que los corticoides infiltrados<sup>6</sup>.

## Conclusión

El síndrome del músculo piriforme está caracterizado como hemos podido observar por un cuadro clínico de lumbalgia, extremadamente frecuente en la consulta de atención primaria. Si lo incluimos dentro de nuestro diagnóstico diferencial e identificamos su existencia a tiempo podremos tratar de inmediato al paciente con antiinflamatorios y estiramientos musculares, evitando derivaciones a especialistas innecesarias e incapacidades temporales de larga duración, consiguiendo así ahorrar gasto y tiempo tanto del paciente como del propio médico.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes y que todos los pacientes incluidos en el estudio han recibido información suficiente y han dado su consentimiento informado por escrito para participar en dicho estudio.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

## Bibliografía

1. Hopayian K, Song F, Riera R, Sambandan S. The clinical features of the piriformis syndrome: a systematic review. Eur Spine J. 2010;19:2095–109.
2. Parziale JR, Hudgins TH, Fishman LM. The piriformis syndrome. Am J Orthop (Belle Mead NJ). 1996;25:819–23.
3. Smoll NR. Variations of the piriformis and sciatic nerve with clinical consequence: a review. Clin Anat. 2010;23:8–17.
4. Durrani Z, Winnie AP. Piriformis muscle syndrome: an under-diagnosed cause of sciatica. J Pain Symptom Manage. 1991;6:374–9.
5. Hanania M, Kitain E. Perisciatic injection of steroid for the treatment of sciatica due to piriformis syndrome. Reg Anesth Pain Med. 1998;23:223–8.
6. Kirschner JS, Foye PM, Cole JL. Piriformis syndrome, diagnosis and treatment. Muscle Nerve. 2009;40:10–8.