

Diagnóstico y tratamiento del síndrome piriforme

Diagnosis and treatment of piriform syndrome

I. Martínez Bravo
D. Ruiz Maciá
P. A. Martínez Victorio
J. Alonso Ruiz
M. Clavel Sáinz

Servicio de Traumatología y Cirugía Ortopédica. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

RESUMEN

Objetivo. Recordar el diagnóstico y el tratamiento del síndrome piriforme y presentar una revisión de 10 casos.

Pacientes y métodos. Diez casos de síndrome piriforme asistidos en los últimos 2 años y medio: 6 varones y 4 mujeres. Se diagnosticaron con maniobras de Pace y Freiberg y con estudios de radiografía, tomografía computarizada (TC) y resonancia magnética. Todos se trataron con infiltración de un corticoide más un anestésico local guiada con TC. Tres necesitaron otra infiltración y 1 tuvo que ser intervenido quirúrgicamente para realizarle una neurlisis del nervio ciático.

Resultados. Todos los pacientes mejoraron inmediatamente con la infiltración, confirmando el diagnóstico, y tan sólo 1 precisó cirugía.

Conclusiones. El síndrome piriforme es una entidad infrecuente sin signos patognomónicos que aseguren el diagnóstico y que responde bien al tratamiento conservador mediante infiltraciones periciáticas dirigidas mediante TC.

ABSTRACT

Objective. To review the diagnosis and treatment of piriform syndrome and to present the examination of 10 cases.

Patients and methods. Ten cases of piriform syndrome attended over the last two and a half years were studied: 6 males and 4 females. They were diagnosed by means of Pace and Freiberg manoeuvres and X-ray, CT scanning and MRI studies. They were all treated with corticoid infiltration and local anaesthetic aided by CT scan. Three cases needed a second infiltration and another case required neurolysis of the sciatic nerve surgery.

Results. All the patients improved immediately after the infiltration, confirming the diagnosis, and only one required surgery.

Conclusions. Piriform syndrome is not very frequent and does not present any pathognomonic signs to confirm the diagnosis, the syndrome responds well to conservative treatment consisting of perisciatic infiltrations aided by a CT scan.

Palabras clave: Síndrome piriforme. Pseudociatalgia.

Key words: Piriform syndrome. Pseudosciatalgia.

Correspondencia: Dra. Inmaculada Martínez Bravo.
Navegante Macías del Poyo, 3, Edificio Magallanes, 3.ª Esc. 4.º J.
30007 Murcia. España.

INTRODUCCIÓN

El síndrome piriforme es un cuadro poco frecuente y de larga evolución, del cual se pone en duda su existencia. Se describió por primera vez por Yeoman en 1928.

Tiene una baja prevalencia e incidencia, y es más frecuente en el sexo femenino en una proporción de 6 a 1.

Se puede encuadrar dentro de los síndromes de los canales y desfiladeros, que se definen como el conjunto de manifestaciones neurológicas relacionadas con la compresión de un nervio cuando éste atraviesa un desfiladero anatómico; así el síndrome piriforme se incluye en los síndromes de los canales y desfiladeros del miembro inferior junto con otras patologías más frecuentes, como pueden ser la compresión del nervio ciático poplíteo externo en el cuello del peroné, el síndrome del túnel del tarso, la enfermedad de Morton, etc.

Este cuadro lo definimos como el producido por la compresión del nervio ciático en el canal subpiramidal que se forma entre los músculos piramidal (piriformis) y gémino superior (figs. 1 a 3).

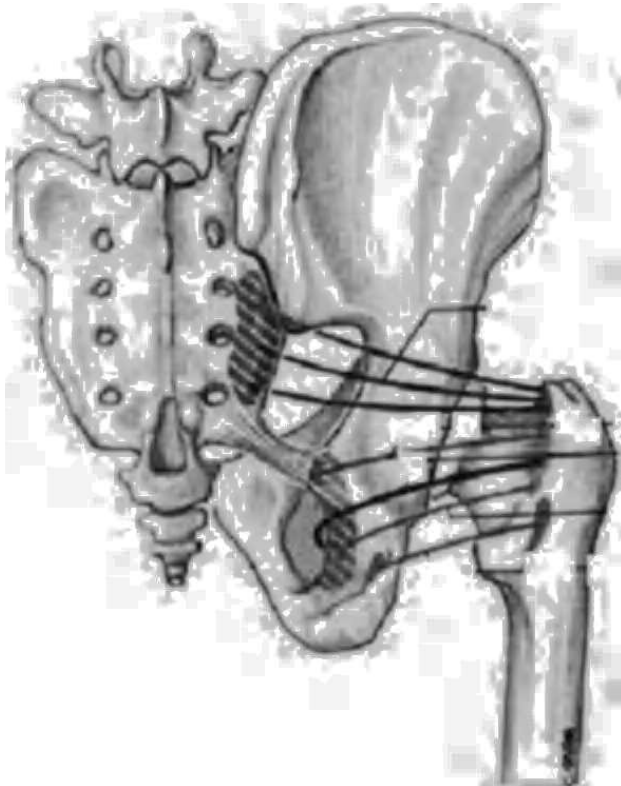


Fig. 1.

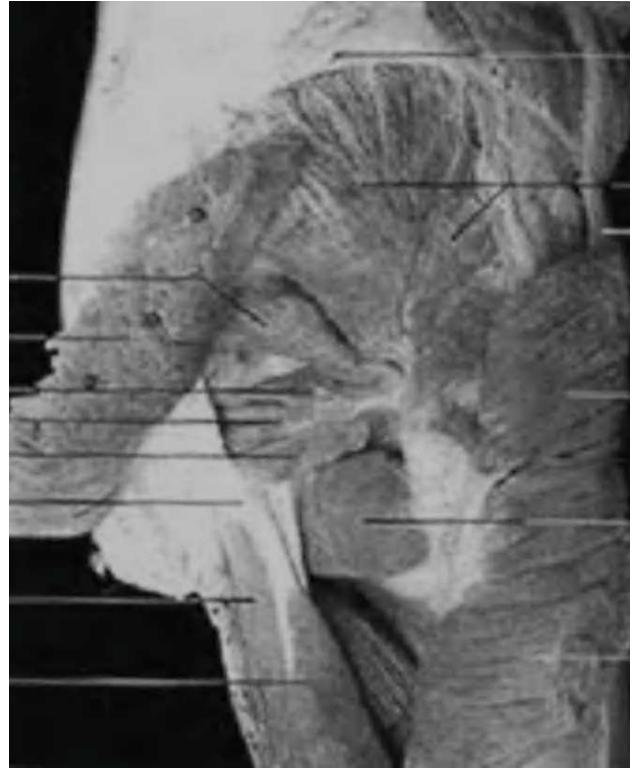


Fig. 2.

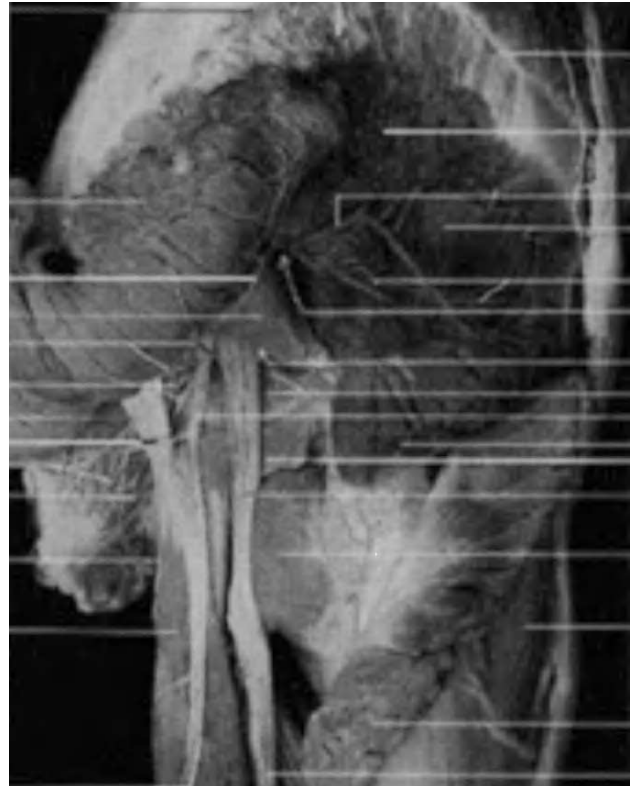


Fig. 3.

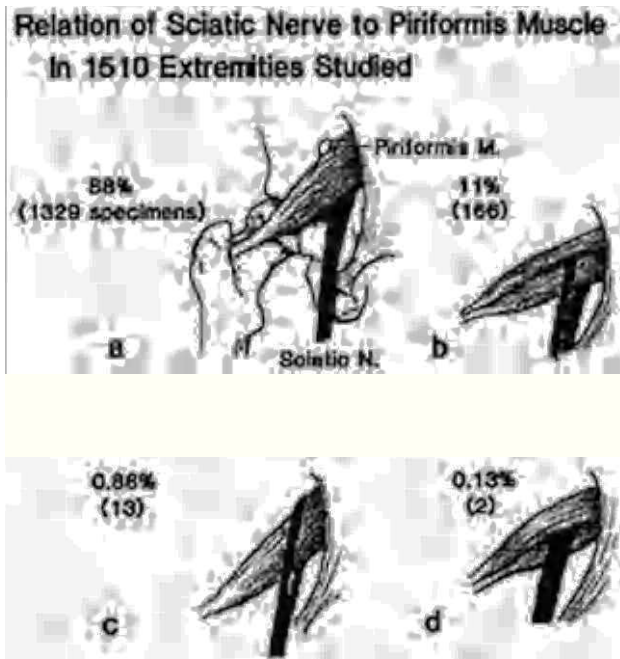


Fig. 4.

Puede producirse por modificaciones del músculo piriforme¹, como hipertrofias, traumatismos directos, etc., o bien por anomalías anatómicas de la salida del propio nervio (6,15% de los casos) (fig. 4).

Se manifiesta como una ciatalgia localizada en el tercio inferior de la nalga, y puede irradiar a zona lumbar baja y miembro inferior; no se trata de un cuadro constante sino que se pone de manifiesto con diferentes maniobras, como son la sedestación prolongada, el subir y bajar escaleras, la realización del acto sexual, etc.².

En cuanto a la exploración física no hay ninguna prueba patognomónica. El signo de Lasegue suele ser negativo, puesto que es una compresión dinámica.

Se puede reproducir el dolor con diferentes maniobras como son la palpación profunda del músculo piriforme, la maniobra de Pace, que sería la más específica (abducción contra resistencia más rotación externa del muslo) (fig. 5) y la maniobra de Freiberg (rotación interna del muslo con la cadera extendida)³.

Dentro de las pruebas complementarias que se deberán solicitar se encuentra la radiografía simple para descartar patología lumbar y ósea local. La ecografía visualiza en tiempo real la compresión del nervio por el músculo. La EMG sólo en los



Fig. 5.

casos evolucionados será positiva. La tomografía computarizada (TC) y la resonancia magnética (RM) en algunos casos muestran la inflamación del nervio ciático^{4,5}.

El diagnóstico diferencial deberá realizarse con los cuadros de ciatalgias y/o lumborradiculalgias, así como con seudorradiculalgias (sacroileítis, bursitis trocántéricas, etc.).

PACIENTES Y MÉTODOS

Desde hace 2 años y medio se han estudiado 10 casos en nuestro centro. La edad máxima ha sido de 62 años y la mínima de 34 (media = 47). Cuatro mujeres y 6 varones. En la mayoría de los casos el lado afectado era el derecho.

A todos ellos se les realizó radiografía simple, RM y TC; en estas últimas pruebas 5 de ellos mostraron signos inflamatorios periciáticos en comparación con el lado sano (figs. 6 y 7).

En un primer momento se optó por un tratamiento conservador, y dentro de las diferentes opciones se eligió la inyección periciática con corticoides guiada por TC.

La infiltración se realizó con el paciente en decúbito prono y la zona elegida era el punto medio entre la espina ciática y el trocánter mayor⁶. A todos ellos se les inyectó 10 ml de mepivacaína clorhidrato al 2% sin vasoconstrictor más 1 ml de acetato de metilprednisolona 4 mg/ml (fig. 8).

RESULTADOS

De los 10 pacientes tratados todos mostraron una mejoría inmediata de los síntomas, confirmándose así el diagnóstico. Tres requirieron una nueva infiltración en el plazo de unas 3 semanas por rea-

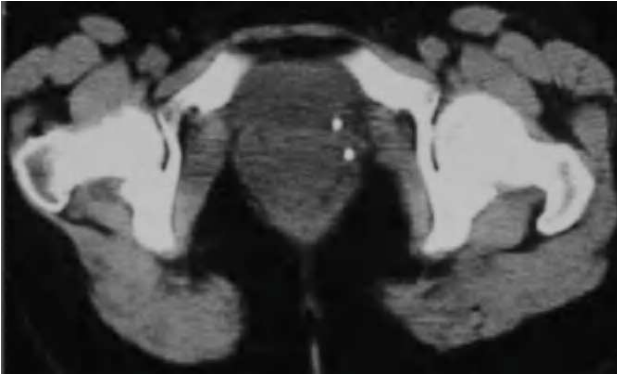


Fig. 6.

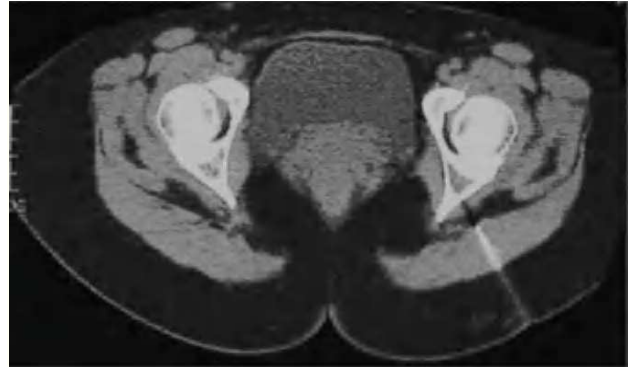


Fig. 8.

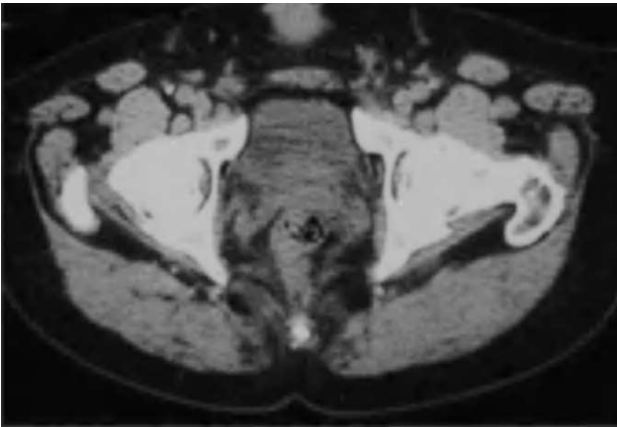


Fig. 7.

parición de la clínica y 1 requirió cirugía, practicándose neurólisis del nervio ciático y sección de la unión musculotendinosa del músculo piriforme.

DISCUSIÓN

Gracias a nuestro estudio, se puede afirmar que los mejores resultados con el tratamiento conservador se obtienen, como cabía esperar, en los pa-

cientes con alteraciones morfológicas diagnosticadas por la TC.

El tratamiento consistente en la infiltración periciática guiada por neuroestimulador o TC presenta los mejores resultados dentro de las medidas conservadoras frente a otras propuestas, dentro de las cuales hay que destacar la infiltración con toxina botulínica en el músculo piriforme; ya que a pesar de ser éste un procedimiento más sencillo tiene un mayor coste económico y la reducción del dolor es de menor duración⁷.

CONCLUSIONES

Se puede decir que se trata de un síndrome de diagnóstico tardío por su baja frecuencia, dificultad en el diagnóstico diferencial y gran desconocimiento. No hay ninguna prueba diagnóstica patognomónica.

En un primer momento, se debe intentar el tratamiento conservador. Nosotros recomendamos la infiltración guiada por TC ya que es una prueba diagnóstica y terapéutica de fácil realización.

BIBLIOGRAFÍA

1. Uchio Y, Nishikawa U, Ochi M, Shu N, Takata K. Bilateral piriformis syndrome after total hip arthroplasty. Arch Orthop Trauma Surg. 1998;117:177-9.
2. Silver JK, Leadbetter WB. Piriformis syndrome: assessment of current practice and literature review. Orthopedics. 1998;21:1133-5.

3. Rodrigue T, Hardy RW. Diagnosis and treatment of piriformis syndrome. *Neurosurg Clin N Am.* 2001;12:311-9.
4. Fishman LM, Zybert PA. Electrophysiologic evidence of piriformis syndrome. *Arch Phys Med Rehabil.* 1992;73:359-64.
5. Jankiewicz JJ, Hennrikus WL, Houkom JA. The appearance of the piriformis muscle syndrome in computed tomography and magnetic resonance imaging. A case report and review of the literature. *Clin Orthop Relat Res.* 1991;262:205-9.
6. 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.
7. Porta M. A comparative trial of botulinum toxin type A and methylprednisolone for the treatment of myofascial pain syndrome and pain from chronic muscle spasm. *Pain.* 2000;85:101-5.

Diagnosi e trattamento della sindrome piriforme

RIASSUNTO

Obiettivo. Ricordare la diagnosi e il trattamento della Sindrome Piriforme e presentare una revisione di dieci casi.

Pazienti e metodi. Dieci casi di Sindrome Piriforme trattati negli ultimi due anni e mezzo. Sei uomini e quattro donne. Sono stati diagnosticati con manovre di Pace e Freiberg e con Rx, TAC ed RMN e trattati tutti con infiltrazione di un corticoide più un anestetico locale guidata con TAC. In tre casi è stata necessaria un'altra infiltrazione e in un caso si è dovuto intervenire chirurgicamente per realizzare una neurolisi del nervo sciatico.

Risultati. Tutti i pazienti sono migliorati immediatamente con l'infiltrazione, confermando la diagnosi, e soltanto per uno è stato necessario l'intervento chirurgico.

Conclusioni. La sindrome piriforme è una patologia rara senza segni patognomici che garantiscono la diagnosi e risponde bene al trattamento conservativo mediante infiltrazioni perisciatiche guidate con TAC.

Diagnostic et traitement du syndrome piriforme

RÉSUMÉ

Objectif. Rappeler le diagnostic et le traitement du Syndrome piriforme et présenter une révision de dix cas.

Patients et méthodes. Dix cas de Syndrome piriforme soignés pendant les deux dernières années et demie. Six hommes et quatre femmes. Ces cas furent diagnostiqués par des manœuvres de Pace et Freiberg et des études de RX, TDM et IRM. Tous furent traités par une infiltration d'un corticoïde plus un anesthésique local, infiltration réalisée sous contrôle TDM. Trois d'entre eux eurent besoin d'une seconde infiltration et un seul dut subir une intervention chirurgicale consistant en une neurolyse du nerf sciatique.

Résultats. Tous les patients bénéficièrent d'une amélioration immédiate avec l'infiltration, ce qui confirmait le résultat, et seulement l'un d'eux dut subir une intervention chirurgicale.

Conclusions. Le syndrome piriforme est une pathologie peu fréquente sans signes pathognomoniques qui garantissent le diagnostic et qui répond bien au traitement conservateur au moyen d'infiltrations péri sciatiques guidées par TDM.

Diagnose und Behandlung des Piriformis-Syndroms

ZUSAMMENFASSUNG:

Ziel. Aufzeichnung von Diagnose und Behandlung des Piriformis-Syndroms und Vorstellung einer Prüfung von zehn Fällen.

Patienten und Verfahren. Zehn Fälle von assistierten Piriformis-Syndromen in den vergangenen zweieinhalb Jahren. Sechs Männer und vier Frauen. Die Diagnose erfolgte nach Pace- und Freiberg-Tests und durch Röntgenuntersuchungen, CT und MR. Alle Patienten wurden mit CT-geführter Infiltration eines Kortikoids mit Gabe eines Loka-

lanästhetikums behandelt. Bei drei Patienten war eine erneute Infiltration notwendig, und bei einem Patient wurde ein chirurgischer Eingriff notwendig, bei dem eine Neurolyse des Ischiasnervs vorgenommen wurde.

Ergebnisse. Bei allen Patienten trat nach der Filtration unverzüglich eine Besserung ein, welche die Diagnose bestätigte. Nur bei einem Patient wurde ein chirurgischer Eingriff notwendig.

Schlussfolgerungen. Das Piriformis-Syndrom ist ein mit geringer Häufigkeit auftretendes Syndrom ohne pathognomonische Anzeichen für eine sichere Diagnose. Das Syndrom schlägt gut auf die konservative Behandlungsform mit per CT dirigierter Infiltration des Hüftbereichs.