

Síndrome piriforme: una controvertida neuropatía por atrapamiento

Dra. [Sara Muñoz Ch.](#)
Médico Radiólogo, [Diagnósticos por imágenes](#),
Clínica Las Condes

Resumen

El Síndrome Piriforme es una debatida causa de coxalgia, parestesias y dolor en la nalga y muslo. Correspondería a una neuropatía por atrapamiento de la extremidad inferior frecuente en mujeres jóvenes y en deportistas. El nervio ciático podría comprimirse en la región glútea por el músculo piriforme ya que desde el punto de vista anatómico se relacionan estrechamente.

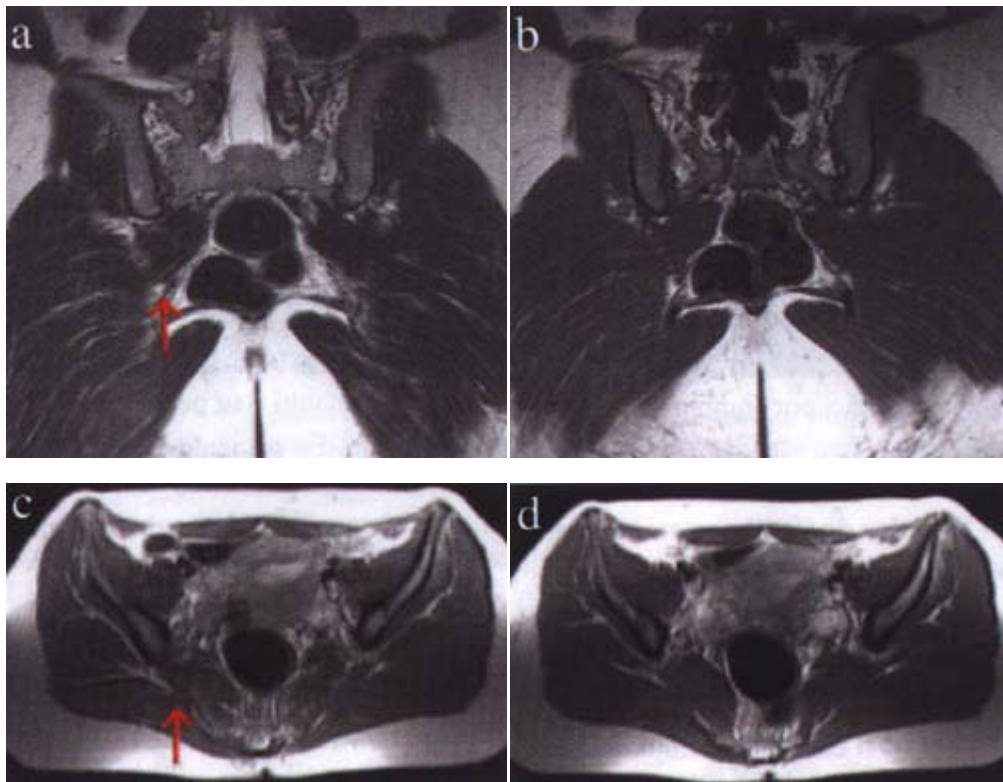
Se han descrito variantes anatómicas del músculo piriforme, como así también hipertrofia asimétrica como causantes del síndrome. También se ha planteado que en la región glútea, por ser un área anatómicamente compleja, se gatillaría un "Síndrome doloroso glúteo profundo" por compresión de otras estructuras además del nervio ciático o bien por la simple contractura del músculo.

Para algunos autores, el diagnóstico del Síndrome Piriforme es completamente clínico, ya que no hay exámenes radiológicos, de laboratorio y electromiográficos que lo sustenten categóricamente.

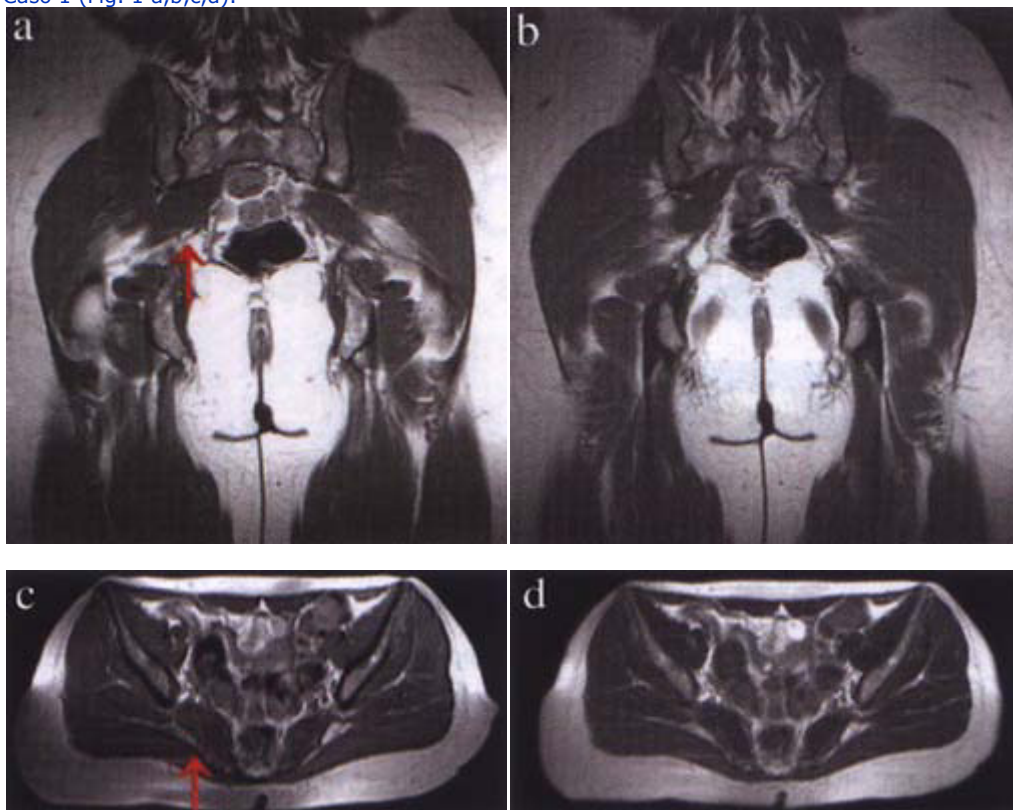
Se reportan tres casos con clínica de Síndrome Piriforme estudiados con Resonancia Magnética que demostró hipertrofia del músculo en el lado sintomático.

Los estudios fueron realizados con Resonador Siemens 1,5 T, con protocolo que incluyó secuencias SE y GE potenciadas en T1, DP, T2 y STIR en los planos axial, coronal, coronal oblicuo y sagital, intentando descartar además otras causas de coxalgia y dolor en el muslo.

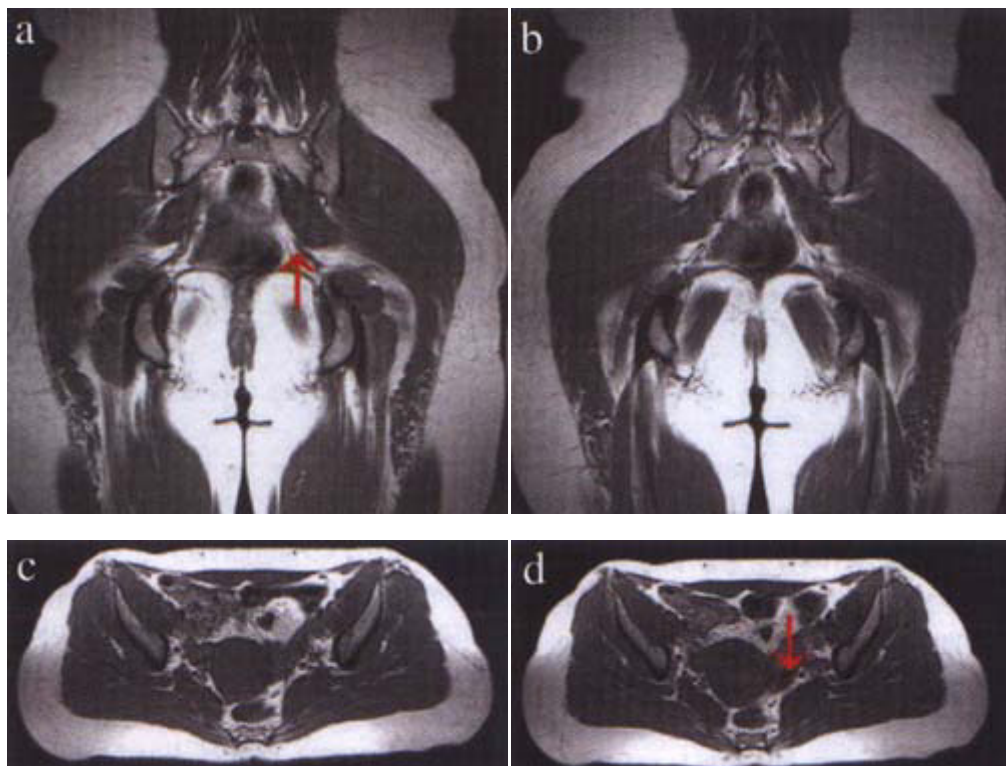
Las tres pacientes son mujeres jóvenes no sedentarias, una de ellas deportista aficionada.



Caso 1 (Fig. 1 a,b,c,d).



Caso 2 (Fig. 2 a,b,c,d).



Caso 3 (Fig. 3 a,b,c,d).

Discusión

Ya en 1924 Yoemans habló del Síndrome Piriforme, él mencionó al músculo piriforme como una causa de ciática. En 1937, Freiberg-Freiburg y Vinke expandieron la descripción y propusieron un test clínico usando rotación interna de la cadera para demostrar dolor originado en el piriforme. Más tarde, en 1938 Beaton y Anson reportaron un Síndrome ciático secundario a alteraciones en el músculo piriforme, basados en disecciones anatómicas.

En 1947, Robinson describió dos casos clínicos, introduciendo por primera vez el término "Síndrome Piriforme".

Se le ha considerado una condición rara cuyo cuadro clínico se caracteriza por dolor profundo y parestesias localizadas en la nalga con irradiación a la raíz del muslo de localización más comúnmente unilateral.

Estos síntomas empeoran con la abducción y rotación interna de la cadera, como así también con la palpación o contracción del músculo. Es muy infrecuente encontrar déficit neurológico verdadero. Las mujeres afectadas se quejan generalmente de dolor en las localizaciones descritas con la actividad sexual. Puede acompañarse de dolor lumbar. En deportistas suele asociarse a la práctica de carreras en bajada.

Al examen clínico es posible encontrar sensibilidad a la palpación en el músculo piriforme o en el examen rectal.

Aunque se considera que el diagnóstico es clínico, se suelen solicitar exámenes imagenológicos con el fin de estudiar la zona desde el punto de vista anatómico y para descartar otras causas de coxalgia.

La Rx simple tiene poco que aportar ya que en ella sólo se representan con claridad los elementos óseos. La ecografía presenta limitaciones por la complejidad del área anatómica de interés, no disponiéndose siempre de una ventana adecuada para la exploración. Son más útiles la Tomografía Computada y la Resonancia Magnética (RM), especialmente esta última que tiene mayor resolución espacial y de contraste que cualquiera de las otras técnicas, con lo cual se logra una excelente definición de los tejidos blandos.

Se han propuesto cuatro mecanismos para explicar el Síndrome Piriforme:

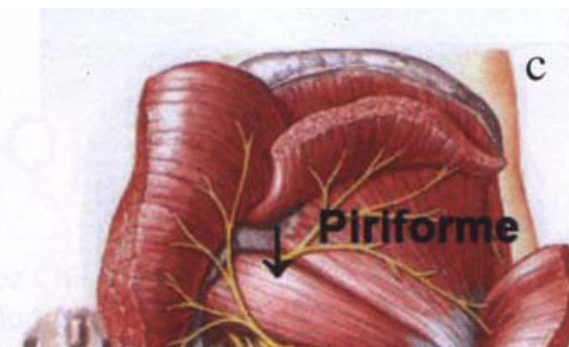
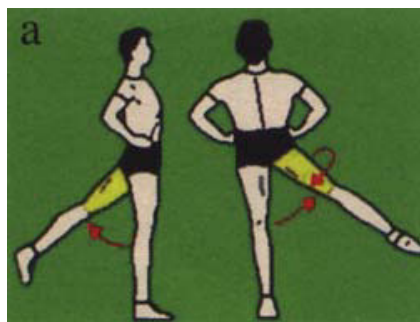
1. Si la fascia del músculo piriforme está inflamada, usualmente secundaria a traumatismo, el nervio ciático se comprimiría entre las fibras musculares inflamadas y la pelvis ósea, llevando a una neuropatía por atrapamiento (Teoría inflamatoria).
2. El nervio ciático, al pasar por la porción tendinosa del músculo piriforme, se comprimiría cuando el músculo se contrae durante la rotación interna del muslo (Teoría de variantes anatómicas).
3. La hiperirritabilidad del músculo piriforme, usualmente causada por traumatismo, determinaría un área de gatillamiento provocando un síndrome doloroso.
4. El nervio se comprimiría por la hipertrofia del músculo piriforme.

El músculo piriforme es abductor y rotador externo de la cadera mientras que actúa como flexor de la cadera durante la marcha.

Se inserta en los pedículos de la tercera y cuarta vértebra sacra, pasa por el agujero ciático mayor y se inserta en el trocánter mayor a través de un tendón redondo. Está en contacto con el ligamento anterior de la articulación sacroilíaca y la raíz del primero, segundo y tercero nervio sacro. Su borde inferior está estrechamente relacionado con el tronco del nervio ciático.

Existen variaciones anatómicas en esta zona en importante porcentaje de la población. En la mayoría de la población, el nervio ciático sale de la pelvis por el agujero sacro-ciático mayor en íntimo contacto con el músculo piriforme, sin embargo, existen variaciones en cuanto a la relación de estas estructuras. El ciático puede también presentarse como dos troncos separados a nivel del piriforme (tibial y peroneo) y pasar uno de ellos a través del vientre muscular o bien un tronco por delante y el otro por detrás. Como tercera posibilidad, el ciático, como tronco único, puede salir entre los vientres del músculo.

En los tres casos presentados, el tratamiento fue médico basado principalmente en kinesioterapia, con lo cual se logró remisión de los síntomas.



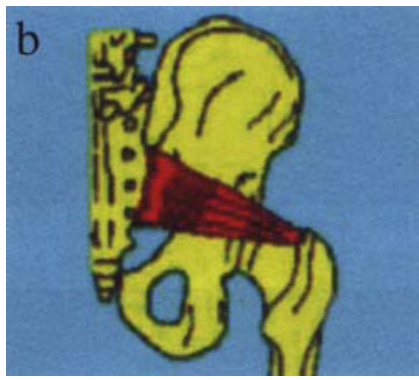


Fig. 4 a,b,c

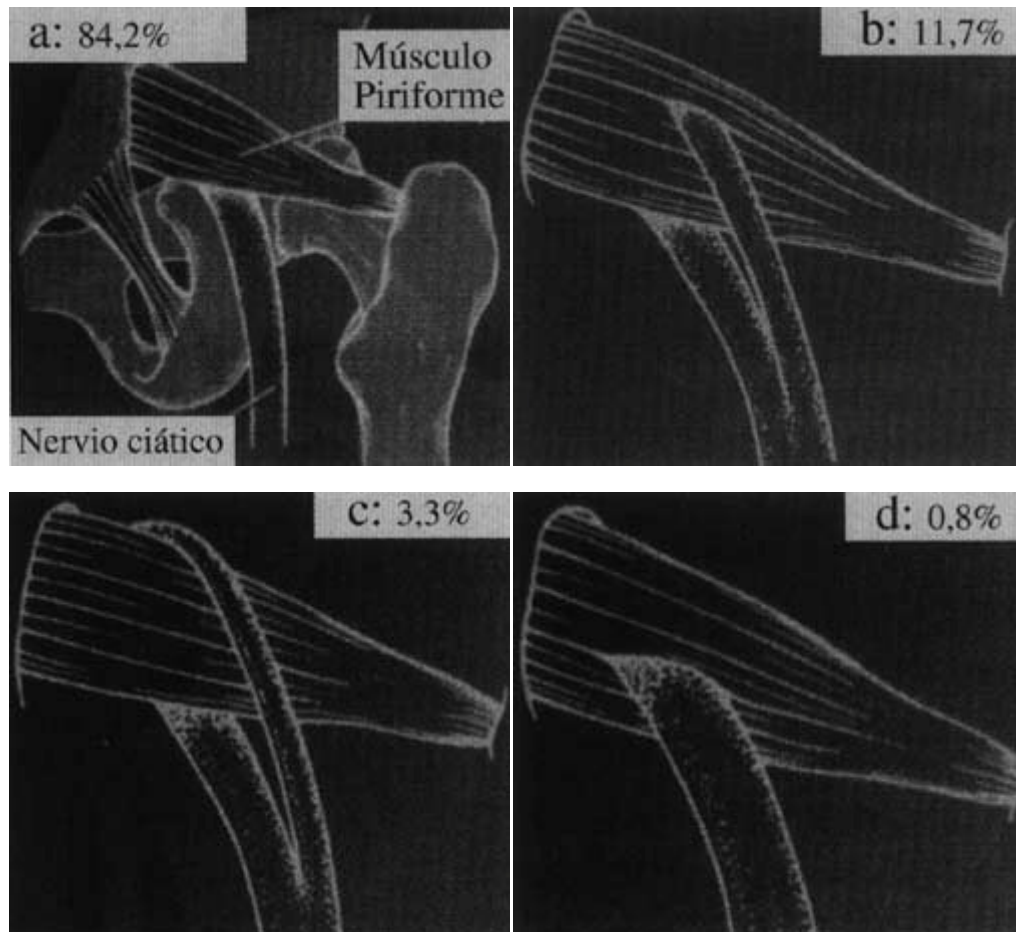


Fig 5 a,b,c,d

Bibliografía

1. *Parziale JR, Hudgins TH, Fishman LM. "The Piriformis Syndrome". Am J Orthop. 1996 Dec; 25(12):819-23.*
2. *Hui Wn Park, Jun Seop Jahng, Woo Hyeong Lee. "Piriformis Syndrome" Yonsei Medical Journal Vol 1. 32, N°1, 1991.*
3. *Rossi P, Cardinali P, Serrao M, Parisi L, Bianco F, De Bac S. "Magnetic Resonance imaging findings in piriformis syndrome: a case report. Arch Phys Med Rehabil 2001 Apr; 82(4):519-21.*
4. *Jankiewicz JJ, Hennrikus WL, Houkom JA. "The apperance of the piriformis muscle in computed tomography and magnetic resonance imaging. A case report and review of the literature. Clin Orthop 1991 Jan; (262):205-9.*