

Síndrome piramidal refractario a tratamiento. A propósito de un caso

Martínez González A¹, Villarreal Salcedo I¹, Parra Soto CE¹, Acosta Rueda J¹, Moreno Díaz J²

¹Servicio de Medicina Física y Rehabilitación. Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza. España

²Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Miguel Servet. Zaragoza. España

Recibido: 26/09/2016

Aceptado: 05/12/2016

En línea: 30/12/2016

Citar como: Martínez González A, Villarreal Salcedo I, Parra Soto CE, Acosta Rueda J, Moreno Díaz J. Síndrome piramidal refractario a tratamiento. A propósito de un caso. Rev Esp Casos Clin Med Intern (RECCMI). 2016 (Dic); 1(1): 19-21.

Autor para correspondencia: Ana Martínez González. anamart15@hotmail.com

Palabras clave

- ▷ Neuropatías por atrapamiento
- ▷ Síndrome piramidal

Resumen

El síndrome piramidal forma parte de las neuropatías por atrapamiento, en el que se ve comprimido el nervio ciático a su paso a través de la escotadura isquiática.

Mujer de 40 años diagnosticada de síndrome piramidal y radiculopatía L5-S1 como consecuencia de accidente de tráfico.

Se trata de una patología infradiagnosticada, probablemente debido a su complejidad diagnóstica y a la superposición de síntomas comunes a otras patologías. El retraso diagnóstico conlleva una cronificación de la sintomatología y una dificultad en el manejo terapéutico. La combinación de una analgesia adecuada, tratamiento rehabilitador y técnicas invasivas suele ser el tratamiento de elección.

Keywords

- ▷ Entrapment neuropathies
- ▷ Pyramidal syndrome

Abstract

Pyramidal syndrome is part of the entrapment neuropathies in which the sciatic nerve meets compressed across the sciatic notch. We present a 40-year-old woman diagnosed of pyramidal syndrome and radiculopathy L5-S1 as a result of traffic accident. It is an underdiagnosed pathology, probably due to its diagnostic complexity and overlap of symptoms common to other pathologies. Delayed diagnosis leads to chronicity of symptoms and difficulty in therapeutic management. The combination of adequate analgesia, rehabilitation treatment and invasive techniques is usually the treatment of choice.

Puntos destacados

- ▷ Se trata de una neuropatía por atrapamiento debido a la compresión del nervio ciático por el músculo piramidal.
- ▷ Es una patología infradiagnosticada debido a la complejidad diagnóstica.
- ▷ Se recomienda tratamiento precoz para evitar la cronificación de la clínica.

Introducción

Se trata de una patología incluida dentro de las neuropatías por atrapamiento. Se produce una compresión del nervio ciático por el músculo piramidal a su paso a través de la escotadura isquiática¹. La etiología no está clara y como posibles causas se habla de variantes anatómicas del músculo piramidal así como de hipertrofia y contractura de dicha musculatura. Este síndrome se manifiesta como un dolor inicialmente en región glútea que puede irradiar-

se a extremidad inferior. El dolor puede alterar la marcha y provocar como consecuencia una lumbalgia o un dolor en región sacroiliaca o en cadera. En ocasiones se puede confundir la clínica con una radiculopatía lumbar o incluso puede coexistir una radiculopatía con el atrapamiento del nervio ciático a nivel de musculatura de piramidal, ocasionando el "atrapamiento doble". Para realizar un diagnóstico correcto, se debe llevar a cabo una adecuada anamnesis y exploración física. Es necesario solicitar pruebas complementarias que descarten otras etiologías. Será la técnica de infiltración en la región del nervio ciático, a la altura del músculo piramidal, la que va a servir como maniobra diagnóstica y tratamiento, pues las otras pruebas no son patognomónicas^{2,3}.

El tratamiento inicial del dolor y la pérdida de funcionalidad asociada, se abordarán mediante analgesia oral y tratamiento rehabilitador. Se combinará con técnicas invasivas mediante infiltración de anestesia-analgésica o toxina botulínica en aquellos casos en los que el dolor sea refractario. Se puede plantear opción quirúrgica mediante la liberación del nervio

ciático en aquellos casos en los que las intervenciones anteriores hayan fracasado^{2,4}.

Historia clínica

Antecedentes. Mujer de 40 años alérgica a látex y pirazonas. Antecedentes médicos de duodenitis, psoriasis y trastorno adaptativo; intervenida de apendicectomía, *hallux valgus*, atrapamiento cubital y safenectomía. Síndrome piramidal derecho crónico y radiculopatía L5-S1, diagnosticada en 2002 como consecuencia de accidente de tráfico.

Como posible causa asociada de dolor en región de musculatura piramidal, se realizó en dos ocasiones embolización de varices pélvicas en 2013, sin mejoría clínica. Ante hallazgo en RM pélvica de útero en retroversión con compresión de músculo piramidal, se propone a la paciente tratamiento quirúrgico, realizando histerectomía con doble anexectomía en 2014, sin mejoría del cuadro de dolor.

Motivo de consulta. Clínica de lumbociatalgia derecha con parestesias ocasionales desde accidente de tráfico sufrido en 2002, valorada y tratada en el Servicio de Rehabilitación en ocasiones anteriores con muy leve mejoría funcional.

Es remitida a consultas externas de Rehabilitación desde Clínica del Dolor por evolución tórpida de lumbociatalgia derecha, que ha requerido múltiples ingresos por mal control del dolor para tratamiento analgésico intravenoso. Durante los ingresos ha sido valorada en varias ocasiones por Neurología, sin encontrar causa orgánica del dolor. Desde el momento del accidente, ha recibido tratamiento multidisciplinar en función de la sintomatología y hallazgos clínicos encontrados.

La paciente refiere en este momento dolor lumbar irradiado a extremidad inferior derecha hasta tobillo, con parestesias ocasionales que dificultan la marcha, con empeoramiento al realizar apoyo de la extremidad. Puntuación del dolor con la escala visual analógica (EVA) de 8-9/10.

Exploración física

- Se objetiva postura antiálgica, con extremidad inferior derecha con flexión de rodilla y rotación interna de cadera. Asimetría en la exploración de plano posterior de raquis con ángulo iliocostal derecho menor que izquierdo. Palpación de apófisis lumbares dolorosas de manera inespecífica. Dolor a la palpación de musculatura paravertebral derecha. Glúteo derecho con dolor. Trocánter derecho doloroso. Balance articular (BA) de columna lumbar muy limitado en todos los rangos de movimiento.
- Exploración de articulación coxofemoral derecha: flexión con intenso dolor, rotación externa y rotación interna disminuidas, y con dolor intenso. Balance muscular de extremidades inferiores no valorable por dolor. Al explorar BA activo de cadera, se observa temblor en musculatura de EID que cede con el reposo.
- ROT'S: rotulianos 2/4 bilateral. Aquileo 2/4. No clonus. Sensibilidad: hipoestesia e hipoalgesia en L4-L5-S1 derecha. Marcha con dos bastones ingleses.

Pruebas complementarias

- *Radiografía abdominal (2014)*. Imagen compatible con embolización de varices pélvicas (**Figura 1**).



Figura 1. Embolización de varices pélvicas

- *Neurofisiología (2014)*. Estudio de los músculos de extremidad inferior derecha, que muestra déficit de reclutamiento en músculo tibial anterior y pedios derechos, y en este último, actividad de denervación (fibrilaciones), con leve polifagia en ellos. Estudio que sigue mostrando afectación de raíces L5 y S1 derecha, actualmente con actividad de denervación en territorio S1.
- *RM coxofemoral (marzo 2015)*. Imágenes compatibles con bursitis trocánter-bilateral y ligero adelgazamiento de músculo piramidal (**Figura 2**).

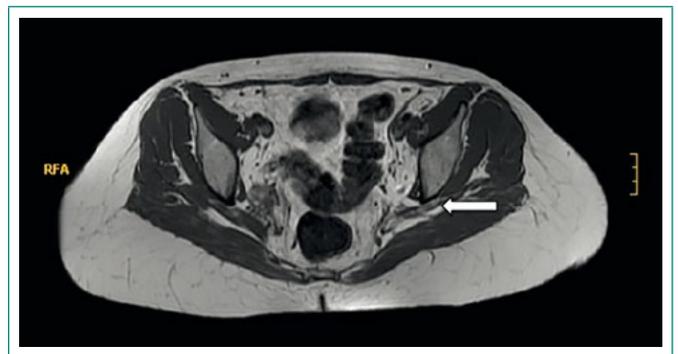


Figura 2. Adelgazamiento de musculatura piramidal

- *RM de columna lumbar (julio 2015)*. RM raquídea lumbosacra con secuencias habituales. Discreta deshidratación discal L5-S1 con leve protrusión discal difusa.

Evolución y tratamiento

Se inició tratamiento con tramadol/paracetamol 37,5 mg/325 mg cada 8 horas que produjo intolerancia digestiva, así como se probó tratamiento posteriormente con oxicodona/haloxona, con cuadro de hiperreactividad bronquial; finalmente se decide mantener tratamiento con fentanilo transdérmico con mejoría parcial.

Para mejorar la clínica de la radiculopatía de la paciente, se inició tratamiento neuromodulador con gabapentina y pregabalina, si bien fue mal tolerado.

En el contexto de crisis de dolor asociado a trocateritis descrita en RM, se realizó infiltración ecoguiada de músculo piramidal bilateral y trocánter derecho con mejoría franca posterior.

Tras varias adaptaciones de la analgesia prescrita por Clínica del Dolor, en el momento actual la paciente está con tapentadol 100 mg/12 h y lornoxicam 8 mg.

Además del tratamiento médico, se pautó como tratamiento rehabilitador específico electroterapia analgésica y cinesiterapia con los objetivos de mejoría funcional.

En la revisión, al finalizar dicho tratamiento rehabilitador, la paciente refiere una leve mejoría funcional si bien podía realizar una marcha más estable, precisando un solo bastón como ayuda técnica. El dolor había disminuido hasta una puntuación 6-7/10 en escala EVA. Actualmente sigue controles cada 2-3 meses en Clínica del Dolor.

Diagnóstico clínico

- Síndrome piramidal derecho.
- Radiculopatía L5-S1 derecha.

Discusión

El síndrome piramidal es una causa de dolor en la zona lumbar o incluso puede provocar una clínica de radiculopatía. Los síntomas y signos más comunes incluyen dolor en región glútea que empeora al correr, caminar, subir escaleras y, sobre todo, estar mucho tiempo sentado; además produce alteración en la sensibilidad en el tercio proximal del muslo y, en ocasiones, parestesias en territorio ciático⁵.

Se trata de una patología infradiagnosticada, probablemente debido a su complejidad diagnóstica y a la superposición de síntomas comunes a otras patologías. El retraso diagnóstico conlleva una cronificación de la sintomatología y una dificultad en el manejo terapéutico⁶.

Una vez realizado el diagnóstico, el objetivo principal de cualquier clínico es el manejo del dolor y para ello prescribirá el tratamiento que mejor se adap-

te a su clínica. Inicialmente se recomienda un tratamiento con fármacos antiinflamatorios, analgésicos y relajantes musculares. Junto con el tratamiento farmacológico se recomiendan medidas de higiene postural y un programa de rehabilitación. En aquellos casos en los que el dolor se cronifique o sea de intensidad muy elevada, valoraremos utilizar opioides mayores junto con infiltraciones locales⁷. En los casos de fracaso de las medidas anteriores, o cuando hay documentada una variación anatómica, se debe considerar la exploración quirúrgica del nervio ciático y la liberación piramidal con una disección muscular parcial o total^{6,8}.

Conclusiones

La combinación de un tratamiento analgésico adecuado, tratamiento rehabilitador y técnicas invasivas, suele ser la elección para el abordaje de dolores osteomusculares y neuropáticos de difícil manejo. Como resultado obtendremos una mejoría clínica y funcional precoz frente a la elección de las distintas opciones terapéuticas de forma aislada.

Bibliografía

1. Ortiz VE, Charco LM, Soria A, Zafrilla E, Hernández F. Síndrome piramidal y variaciones anatómicas como causa de dolor ciático insidioso. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2014 Nov; 61(9): 521-4.
2. Martínez I, Ruiz D, Martínez MA, Alonso J, Clavel M. Diagnóstico y tratamiento del síndrome piriforme. *Rev. S. And. Traum. y Ort.* 2005; 24-25: 18-23.
3. Ruiz JL, Alfonso I, Villalón J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnóstico y tratamiento. Presentación de 14 casos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol.* 2008; 52: 359-65.
4. Muñoz Ch S. Síndrome piriforme: una controvertida neuropatía por atrapamiento. *Revista Médica Clínica Condes.* 2004; 15(2): 58-60.
5. Waldman SD. Atlas de síndromes dolorosos frecuentes. Madrid. Elsevier, 2003.
6. Torres LM. Tapentadol retard en el dolor crónico intenso. *Rev Soc Esp Dolor.* 2011; 18(5): 283-90.
7. Ortiz Sánchez VE, Charco Roca LM, Soria Quiles A, Zafrilla Disla E, Hernández Mira F. Síndrome piramidal y variaciones anatómicas como causa de dolor ciático insidioso. *Rev Esp Anestesiología Reanim.* 2014; 61(9): 521-24.
8. Hopayan K. The clinical features of the piriformis syndrome. *Surg Radiol Anat.* 2012; 34: 671.