

El Síndrome del Piriforme

Puesta a punto de tests específicos

Aspectos clínicos y tratamiento

Jean-Claude GOUSSARD

Service de Rééducation Fonctionnelle et Médecine Orthopédique

Hôtel-Dieu de Paris

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Algunos dolores glúteos o de punto de partida glútea pueden tener origen en el músculo piriforme de la pelvis. Son consecuencia de la afectación del mismo músculo o de una compresión permanente o intermitente del tronco del nervio ciático en esa zona. Los signos, a veces, son equívocos o poco evocadores; y atribuir los dolores a causa muscular a menudo presenta dificultades. De nuevo el examen preciso y metódico del paciente aparece con todo su valor. Test simples o específicos permiten llegar al diagnóstico. Son los test que pretendemos desarrollar aquí.

Recuerdo anatómico

El piriforme de la pelvis, músculo alargado, aplanado, y triangular, se extiende desde la cara anterior del sacro al borde superior del trocánter mayor. Situado en parte en la pelvis, en parte en la región glútea, justo debajo del glúteo menor y en su mismo plano. Desde su origen sacro, se dirige abajo y hacia afuera. Atraviesa la gran escotadura ciática y limita este orificio en dos partes : el canal supra-piriforme por el cual el pedículo vásculo-nervioso superior penetra en el glúteo; y el canal sub-piriforme limitado por debajo por la espina ciática y el pequeño ligamento sacro-ciático, en el que asienta el pedículo vásculo-nervioso inferior de la región glútea.

Este músculo presenta relaciones muy estrechas con ciertas formaciones nerviosas. El plexo sacro está aplacado contra la pared posterior de la pelvis, en el compartimento del piriforme, y sobre el músculo situado por detrás. El nervio del piriforme, en la cara anterior del músculo, proviene de la cara posterior de las raíces de S1 y S2.

El pedículo vásculo-nervioso inferior, que en particular comprende el nervio ciático, penetra en el glúteo pasando justo por debajo del borde inferior del piriforme; y en este canal, es aplicado estrechamente contra el borde cortante de la espina ciática y del pequeño ligamento sacro-ciático.

Recuerdo fisiológico

El piriforme forma parte de un grupo de seis músculos rotadores externos del muslo (piriforme, gemelo superior e inferior, obturador interno y externo, cuadrado femoral). Interviene igualmente en la abducción y la extensión del muslo. Como los otros peri-trocantéreos tiene un papel importante en el ajuste antero posterior de la pelvis.

Se valora en sus funciones de rotador externo y abductor de la cadera, con el sujeto sentado en el borde de la camilla y las piernas colgando. Una contrapresión se ejerce simultáneamente en la cara externa de la extremidad inferior del muslo y en la cara interna de la pierna por encima del tobillo. Siendo indisociables los pelvitrocantéreos, se trata más de un test funcional que de un balance analítico.

Etiopatogenia de los dolores del músculo piriforme

Pueden evocarse múltiples mecanismos.

La presencia de cordones miálgicos en los músculos glúteos es una constante en las afecciones de la charnela lumbosacra, sean agudas o crónicas. En el piriforme traducen el sufrimiento del segmento S1. Aparecen en las radiculalgias de S1 y en los episodios de lumbalgia de origen lumbosacro. La persistencia de estos cordones más allá del episodio agudo puede ser responsable de dolores residuales, uni o bilaterales, localizados en el glúteo o de inicio en la zona glútea, irradiando al miembro inferior con un trayecto pseudoradicular, siempre incompleto. En este caso el examen del raquis lumbar es normal y no permite catalogar este dolor como de una radiculalgia típica persistente o recidivante. El examen del miembro inferior puede localizar otros cordones miálgicos en el territorio S1 (parte inferior del bíceps crural, gemelo externo), testimonios de esta antigua dolencia.

La posibilidad de una compresión o de una irritación del nervio ciático mayor también se ha descrito. En el canal Infra-piriforme el nervio está íntimamente aplicado contra el borde cortante de la espina ciática. La presión sobre el nervio se acentúa con la hiperactividad de los músculos rotadores externos (en particular del piriforme) y la rotación interna del muslo. El síndrome del canal infra-piriforme es la traducción de una irritación del nervio ciático en su salida de la pelvis. Lo más frecuente es que se manifieste en sujetos sin antecedentes lumbociáticos. El examen clínico despierta los dolores y sus eventuales irradiaciones durante la percusión del glúteo en la proyección cutánea de la salida del nervio (signo de Tinel). Aumentan con la rotación interna del muslo. Gelmers describe (entre los jockeys) el estiramiento del nervio contra la espina ciática durante el movimiento disociado de flexión de cadera y lordosis del

raquis (postura del jinete), y la compresión del nervio entre la silla de montar y el reborde cortante de la parte inferior fibromuscular del canal infra-piriforme.

La eventualidad de un síndrome intrapiriforme por paso del nervio a través del músculo no se puede excluir. Que sepamos, no ha sido demostrado. Podrían resultar de ello dolores intermitentes favorecidos por ciertas posturas que pusieran el músculo en tensión. O por la presencia de cordones miálgicos durante o después de lumbalgias o lumbociáticas de S1.

Tests de examen

Proponemos algunas maniobras apropiadas para precisar el examen clínico haciendo la prueba del origen muscular local de los dolores. Deben hacerse de forma comparativa.



Fig. 1 paciente de pie, miembros inferiores en rotación externa.

Con el paciente en bipedestación, utilizamos los test de flexión anterior del tronco en tres posiciones: pies rectos, paralelos al eje anteroposterior, después con las puntas de los dedos hacia adentro y hacia afuera (rotación interna, luego externa de los miembros inferiores) (Fig. 1). Si el dolor tiene relación con el piriforme se reproduce precozmente cuando los miembros inferiores están en rotación interna, punta de los dedos hacia adentro (por puesta en tensión previa del músculo), y más tardíamente (o totalmente ausente) cuando los miembros inferiores están en rotación externa (relajación del músculo). Este test se objetiva con la medición de la distancia de los dedos al suelo cuando aparecen los dolores.

En decúbito prono, efectuamos las maniobras siguientes:

a) Paciente tumbado, piernas extendidas. El médico sujeta los tobillos del paciente e imprime una rotación interna pasiva de los miembros inferiores (Fig. 2).

En el lado afecto la amplitud está limitada por el dolor que aparece a veces. Esta disminución de movimiento se corresponde con la presencia de cordones miálgicos en el piriforme.

b) La elevación de la pierna estirada también se realiza en las tres distintas posiciones de rotación del miembro inferior. El dolor aparece más rápido cuando el miembro inferior está en rotación interna. Hay que anotar el ángulo en el que aparece el dolor antes y después del tratamiento (Fig. 3).

c) Muslo flexionado a 90° sobre la pelvis. A partir de esta posición (Fig. 4) la aducción pasiva del muslo revela el dolor, y la amplitud del movimiento está disminuida con respecto al otro lado (Fig. 5). Es posible sensibilizar esta maniobra imprimiendo una rotación externa del muslo que aumentará la tensión del piriforme (Fig. 6).



Fig. 2 - Rotation interne des membres inférieurs



Fig. 3 - Elevation jambe tendue, ici le membre inférieur est en rotation interne



Fig. 4



Fig. 5 - Mise en adduction de la cuisse



Fig. 6 - Adduction et rotation externe de cuisse mettant en tension maximale le muscle pyramidal



Fig. 7 - Rotation interne passive de cuisse.



Fig. 8 - Rotation interne passive de la cuisse préalablement placée en adduction.



Fig. 9 - Rotation externe de cuisse contre résistance.

En **decúbito prono**, la rotación interna pasiva del muslo con la rodilla a 90° despierta el dolor glúteo y la disminución de la amplitud del movimiento (Fig. 7).

Se puede aumentar la tensión previa del músculo partiendo de la posición del muslo en adducción (Fig. 8).

La contracción resistida del piriforme puede también desvelar el dolor que espontáneamente siente el paciente. El muslo se coloca en rotación interna pasiva y la resistencia se aplica en la cara interna de la pierna, por encima del tobillo (Fig. 9).

Durante estos dos últimos test, es muy fácil palpar el cuerpo del músculo o su porción externa.

Esto aporta un argumento suplementario al origen de los dolores cuando esta maniobra despierta los dolores habituales.

Discusión

Existen afecciones locales o loco-regionales que hay que conocer:

- Una coxopatía (en particular artrósica) que será eliminada fácilmente con el interrogatorio, el examen clínico, y las pruebas complementarias.
- Una auténtica radiculalgia S1 no se escapará al examen atento del raquis y el miembro inferior.
- Durante la maniobra de elevación de la pierna en extensión, puede aparecer un dolor en la cara posterior del muslo si los isquiotibiales están retraídos (se ha de practicar el examen comparativo y medición del ángulo poplíteo). Este dolor puede ser de origen muscular, relacionado con la puesta en tensión de estos músculos, o irradiado por la sollicitación de la charnela lumbosacra. No varía con las rotaciones del miembro inferior. Puede tratarse también de una tendinitis de los isquiotibiales; en cuyo caso el dolor se reproduce al estirar los músculos.

En el caso de un auténtico síndrome canalar anatómico (o de una predisposición anatómica particular), se pueden invocar dos factores en la génesis de estos dolores:

- La presencia de cordones miálgicos en el seno del músculo piriforme, o una hipertonicidad residual pueden servir como « reveladores ». El dolor puede aparecer durante ciertas posiciones que ponen al músculo en tensión (inclinarse hacia adelante con las piernas estiradas).
- La asociación de lordosis lumbar con flexión-adducción-rotación interna del muslo (posición del jockey) puede indicar esta predisposición, asociada o no a la presencia de cordones musculares miálgicos.

Tratamientos

Se puede intervenir eficazmente en el factor posicional (modificación de la postura, adecuación del material) y en el factor muscular (tratamientos manuales, fisioterápicos, o farmacológicos).

A) TRATAMIENTOS MANUALES

Mientras sea posible, los tratamientos manuales han de ser ejecutados de primera intención. Su gran eficacia no hay que demostrarla. Describiremos las maniobras que nosotros utilizamos regularmente.



Fig. 10 - Manoeuvre de contract-relax du piramidal.



Fig. 11



Fig. 12 - Massage transverse du piramidal.



Fig. 13 - Infiltration du tendon du piramidal.



Fig. 14 - Ondes courtes localisées sur le muscle piramidal.

Primera maniobra: Paciente en decúbito prono, muslo a tratar en aducción, rodilla a 90°. El terapeuta se coloca al otro lado.

Con una mano imprime un ligero movimiento de rotación interna del muslo hasta notar la puesta en tensión del músculo. Entonces solicita del paciente que efectúe el movimiento inverso contra el que se resiste. La contracción se mantiene durante 10 segundos. Con la relajación completa, el terapeuta estira de nuevo el músculo durante el mismo tiempo (10'). La maniobra se repite de 4 a 6 veces (Fig. 10).

Segunda maniobra: Con el paciente en decúbito prono, muslo flexionado a 90°, el terapeuta en el lado contrario bloquea la rodilla bajo su axila. Con una mano imprime lentamente un movimiento de aducción hasta sentir la sensación de tensión del músculo. Con la otra mano lleva el pie al exterior hasta sentir una nueva sensación de tensión (Fig. 11). Así el piriforme está en tensión máxima relativa. A partir de esta posición el terapeuta pide al paciente que efectúe una aducción del muslo, en contracción isométrica contra resistencia durante 10 segundos. Al relajar, el terapeuta aumenta pasivamente la aducción y la rotación interna de la cadera hasta percibir de nuevo la tensión. Se repite 5 veces.

Masajes y estiramientos: Se ha descrito los masajes y estiramientos transversales del piriforme. Su ejecución es delicada y los resultados inconstantes por la profundidad del músculo. Solo las maniobras en su porción externa y su tendón distal son realizables y eficaces. Describiremos la técnica de compresión contra la cara posterior del cuello del fémur. Paciente en decúbito prono, rodilla flexionada 90°, pie adaptado en la axila del terapeuta, que está de pie en el lado a tratar. Esto permite imprimir movimientos de rotación pasiva en el muslo y modificar la tensión del piriforme. Los estiramientos transversales pueden asociarse a las puestas en tensión pasiva o a las contracciones isométricas que devolverán el sentido kinestésico al

paciente en esta región.

La intensidad y duración de las maniobras han de adaptarse a las reacciones del paciente y a los resultados obtenidos (Fig. 12).

B) INFILTRACIONES

En razón a la profundidad en el seno de la masa glútea, la infiltración de la masa muscular a veces es de difícil realización.

Las infiltraciones del tendón distal son de más fácil ejecución, por dentro del trocánter mayor ^(Fig. 13).

C) ELECTROTERAPIA

Las ondas magnéticas pulsantes o los ultrasonidos a menudo dan buen resultado en las contracturas musculares persistentes. Generalmente se precisan de 5 a 10 sesiones ^(Fig. 14).

Conclusión

Los dolores glúteos, a menudo son engañosos, y relacionarlos con una causa muscular local en el piriforme es, a veces difícil, y fuente de errores.

Es fundamental un examen preciso y metódico. Proponemos test específicos y reproducibles, que en nuestra experiencia permiten centrar mejor el problema y evidenciar la afectación muscular o canalar local.

Lo más frecuente es la presencia de cordones miálgicos en el seno del cuerpo muscular en relación a lumbalgias agudas o crónicas o antecedentes de ciática de S1.

Se han descrito los factores posicionales y los de disposiciones anatómicas particulares.

El tratamiento manual adaptado, las infiltraciones locales o la fisioterapia constituyen nuestro arsenal terapéutico.