

Síndrome del glúteo profundo encubierto

María Mancho Sagüés, Alba Edo Olucha, Alez Etxezarreta, Iker Ayestarán Calero,
Ester Rodríguez García, Iñigo Orradre Burusco



HOSPITAL UNIVERSITARIO DE NAVARRA (HUN)

INTRODUCCIÓN

El dolor crónico es una realidad que afecta a diario a la calidad de vida de una gran cantidad de personas, siendo su origen multicausal y sin embargo frecuentemente infravalorado.

El objetivo de este trabajo es mostrar un caso clínico de dolor crónico cuya etiología fue difícil determinar hasta finalmente demostrar un atrapamiento del nervio ciático por el músculo piramidal.

HISTORIA CLÍNICA

Mujer de mediana edad que presenta cuadro de ciatalgia izquierda de 13 años de evolución tras traumatismo sobre hemicuerpo izquierdo en contexto de accidente de tráfico. Presenta dolor glúteo izquierdo continuo, sordo y profundo (EVA 10/10) irradiado hasta el pie por territorio del nervio ciático.

A la exploración física destaca marcada hiperalgesia al tacto en glúteo izquierdo, maniobras de piramidal positivas, ausencia de déficit motor y/o sensitivo en EII con reflejos osteotendinosos conservados.

Destacan como antecedentes personales : LES, Síndrome de Sjögren y Fibromialgia.

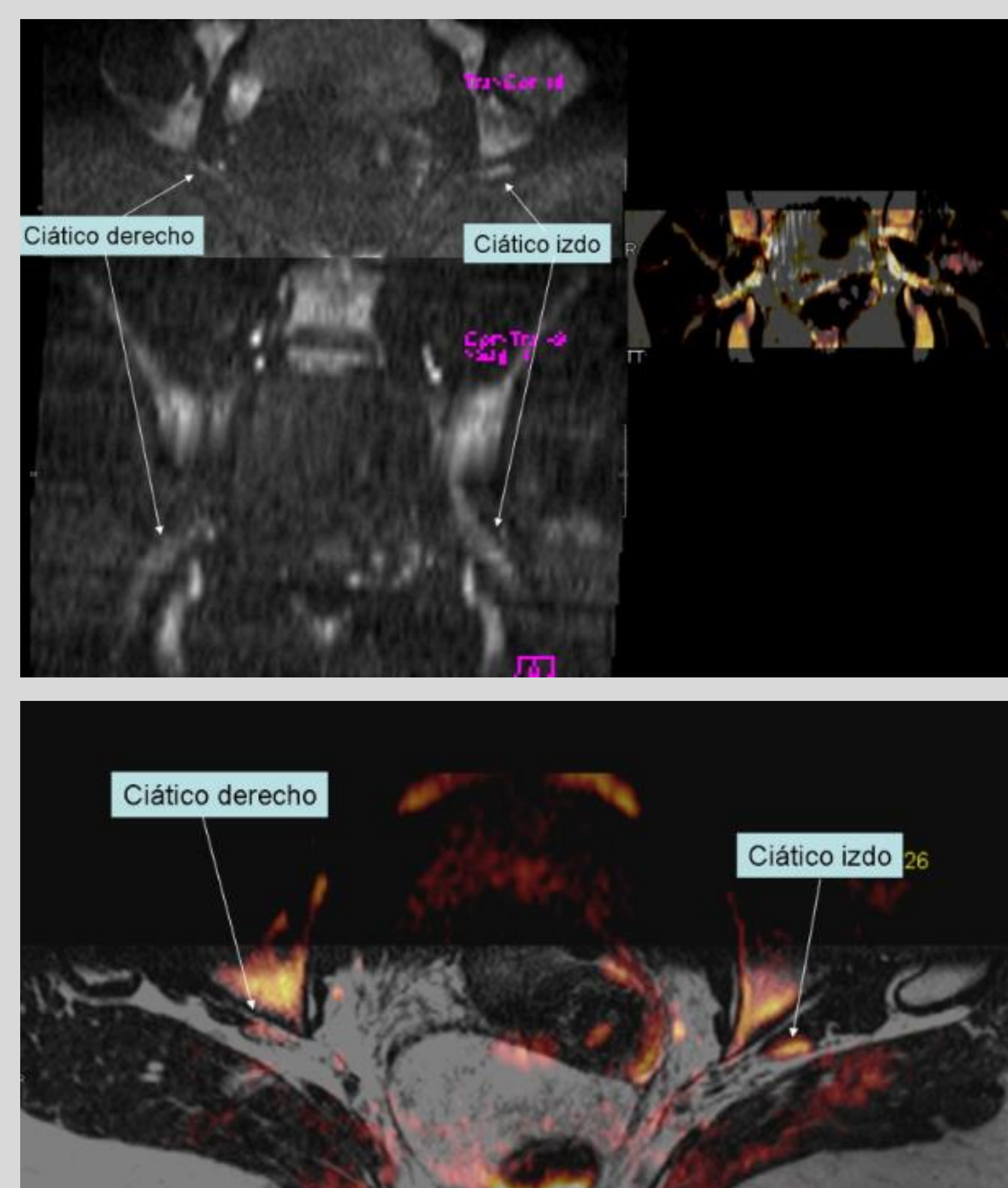
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **RM columna lumbosacra** (abril 2009): **Quistes radiculares de raíces sacras**
- **Gammagrafía ósea Tc-99** (mayo 2009): no alteraciones
- **Estudio neurofisiológico** (mayo 2009): no alteraciones polineuropáticas en musculatura dependiente de L5-S1.
- **Punción lumbar con Manometría corregida de LCR** (diciembre 2009): no existencia de hiperpresión
- **RM glúteo + secuencias neurográficas** (noviembre 2010): área de aumento patológico en fibras ventrales del glúteo mayor y medio. **Aumento de grosor del nervio ciático izquierdo** a nivel inmediatamente distal al agujero sacro izquierdo, hallazgo que puede estar en relación con cambios secundarios a la **compresión neural / síndrome piramidal**

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la paciente es complejo y va ría según la valoración por diferentes especialistas y conforme a los resultados de pruebas complementarias .

- **Lumbociatalgia izquierda atípica** (Reumatología)
- **Quistes de Tarlov en columna lumbosacra** (Neurocirugía)
- **Síndrome facetario L4-L5, L5-S1** (Neurocirugía)
- **Compresión del nervio ciático por músculo piriforme** (Traumatología)
- **Dolor 2º a hiperalgesia por opioides mayores** (Anestesia)
- **Trastorno adaptativo de la conducta** (Psiquiatría)



TRATAMIENTOS

Se intentaron múltiples tratamientos tanto conservadores como más agresivos, sin apreciarse mejoría evidente del dolor con ninguno de ellos (*Tabla Resumen tratamientos en código QR*).



EVOLUCIÓN

El dolor crónico que presentaba la paciente era tan intenso que le llevó a un intento autolítico. Dado que las características del dolor como la EF continuaban siendo compatibles con síndrome piramidal, se sopesó la posibilidad de atrapamiento a mayor profundidad.

Se realizó liberación artroscópica de restos de piramidal en región profunda al nervio y neurolisis del ciático de cicatriz. Con la combinación de cirugía e implantación de eletroestimulador, se consiguió finalmente la remisión del dolor.

59 CONGRESO
secot

SOCIEDAD ESPAÑOLA DE CIRUGÍA ORTOPÉDICA Y TRAUMATOLOGÍA