



Artículo Aceptado para su pre-publicación / Article Accepted for pre-publication

Título / Title:

Neuropatías a nivel glúteo; más allá del síndrome del piramidal / Neuropathies at gluteal level; beyond the pyramidal syndrome

Autores / Authors:

Alejandro Ortega Romero

DOI: [10.20986/resed.2022.3976/2022](https://doi.org/10.20986/resed.2022.3976/2022)

Instrucciones de citación para el artículo / Citation instructions for the article:

Ortega Romero Alejandro. Neuropatías a nivel glúteo; más allá del síndrome del piramidal / Neuropathies at gluteal level; beyond the pyramidal syndrome. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2022. doi: 10.20986/resed.2022.3976/2022.

Este es un archivo PDF de un manuscrito inédito que ha sido aceptado para su publicación en la Revista de la Sociedad Española del Dolor. Como un servicio a nuestros clientes estamos proporcionando esta primera versión del manuscrito en estado de pre-publicación. El manuscrito será sometido a la corrección de estilo final, composición y revisión de la prueba resultante antes de que se publique en su forma final. Tenga en cuenta que durante el proceso de producción se pueden dar errores lo que podría afectar el contenido final. El copyright y todos los derechos legales que se aplican al artículo pertenecen a la Revista de la Sociedad Española de Dolor.

NEUROPATÍAS A NIVEL GLÚTEO; MÁS ALLÁ DEL SÍNDROME DEL PIRAMIDAL

NEUROPATHIES AT GLUTEAL LEVEL; BEYOND THE PYRAMIDAL SYNDROME

A. Ortega Romero

Coordinador de la Unidad del Dolor Crónico. Servicio de Anestesiología. Hospital ASEPEYO-Coslada, Madrid, España

Correspondencia:

Alejandro Ortega Romero

aortegaromero@asepeyo.es

La alta prevalencia de pacientes con lumbociatalgias que se derivan a las unidades del dolor nos enfrenta diariamente al diagnóstico diferencial del dolor irradiado a glúteo y pierna. La anamnesis, exploración y pruebas de imágenes son nuestras armas cotidianas para enfocar y prescribir el mejor tratamiento. Aunque la posible etiología del dolor glúteo la podemos encontrar a nivel del neuroeje, se deben considerar otras causas pélvicas de dolor neural cuando se ha excluido la patología de la columna. Hasta hace pocos años solo se consideraba el síndrome del piramidal como la principal causa del dolor originado en el espacio subglúteo. En la actualidad se sugiere el término síndrome del glúteo profundo para definir al conjunto de síntomas y signos originados por la compresión/irritación de origen no discogénico del nervio ciático, en el espacio subglúteo. Koh realiza una revisión (1) que nos describe e ilustra mediante imágenes de resonancia magnética y ecografía, no solo la neuropatía del nervio ciático, sino la de los nervios glúteos, el nervio pudendo, el nervio cutáneo posterior del muslo y los nervios cluneales.

El estudio de pacientes con una clínica compatible de neuropatías glúteas a los que se les ha realizado un protocolo específico de resonancia magnética de alta resolución y alto campo, junto a la correlación de los hallazgos con cirugía endoscópica periarticular, ha conseguido desentrañar la etiopatogenia subyacente, y por tanto desarrollar procedimientos intervencionistas (2,3). En el artículo de Koh (1) el

protocolo preferido para detectar bandas fibrosas y neuritis ciática es el de secuencias ponderadas por densidad axiales y coronales bilaterales con ángulo de giro variable fácilmente reproducible. En resonancia magnética la neuritis ciática aparece como una señal T2 con saturación de grasa alta dentro del nervio, que incluye fascículos edematosos y borramiento de los planos de grasa intra y perineurales debido a la compresión nerviosa. En el modo de resonancia magnética T1 de alta resolución se valoran mejor las adherencias finas y fibrosis alrededor del nervio, la dilatación asimétrica de los vasos periciáticos también puede indicar la presencia de adherencias de bandas vasculares.

La ecografía tiene un papel más limitado en la evaluación del síndrome glúteo profundo debido al tamaño de los nervios a estudiar y a que la profundidad e infiltración grasa del músculo glúteo mayor atenúa el haz de ultrasonidos. No obstante, puede observarse edema fascicular neural, adherencias perineurales ecogénicas y/o compresión del nervio ciático por variantes anatómicas en pacientes ecográficamente compatibles. La compresión y la reducción de la movilidad del nervio ciático se visualiza de forma dinámica en la exploración ecográfica (4). Las adherencias pueden ocurrir en cualquier nivel, anclando el nervio ciático al trocánter, al ligamento sacrotuberoso, al músculo glúteo mayor y/o a los músculos más profundos. Se clasifican en bandas proximales cuando se encuentran en la escotadura ciática mayor, distales cuando se encuentran en el túnel isquiático (cuadrado femoral y origen de los isquiosurales) y medias cuando se ubican en el músculo piramidal, músculo obturador interno y complejo muscular géminos superior e inferior. La cirugía endoscópica del espacio subglúteo ha clasificado estas bandas en tres tipos: las bandas de compresión o tipo puente (tipo 1) limitan el movimiento y causan compresión del nervio ciático de anterior a posterior (1A) o de posterior a anterior (1B). Las bandas adhesivas o tipo correa de caballo (tipo 2) sujetan el nervio ciático lateralmente (2A) o medialmente (2B). Las bandas indefinidas (tipo 3) tienen una distribución errática, que anclan el ciático en múltiples direcciones.

Todas estas adherencias son susceptibles de tratamiento intervencionista mediante neurólisis percutánea o quirúrgica. En el artículo de Koh (1) se describe con imágenes ecográficas una neurólisis ciática a nivel del túnel isquiático en un paciente con

síndrome isquiosurales mostrando una hidrodilatación periciática progresiva separándolo del cuadrado femoral y el tendón de los isquios con la recomendación de volúmenes entre 20 ml y 80 ml de solución salina dependiendo de la extensión de las adherencias. Destacan las imágenes de atrofia grasa del músculo cuadrado femoral con bursitis y tendinopatía degenerativa bilateral avanzada en otro caso clínico descrito de pinzamiento isquiofemoral y adherencias periciáticas profundas. La neuropatía glútea inferior puede coexistir con el síndrome isquiosural convencional y es posible que los síntomas no mejoren después de la neurólisis a menos que se realice una hidrodilatación bursal y una neurólisis del nervio glúteo inferior. La patología de la articulación sacroilíaca es otra fuente potencial de irritación nerviosa debido a causas estructurales o funcionales. La sinovitis o formación de osteofitos a nivel articulación sacroiliaca compromete al nervio glúteo superior cuando sale por encima del músculo piriforme, así se ilustra en otro caso clínico de sacroilitis derecha y neuritis del glúteo superior en un paciente con dolor crónico en la nalga derecha.

Esta revisión pone de manifiesto cómo los nervios periféricos pélvicos son causas infradiagnosticadas de dolor glúteo crónico o ciática. A pesar de la conciencia más reciente del síndrome del glúteo profundo, el conocimiento anatómico del espacio subglúteo, la anamnesis, la exploración clínica exhaustiva y el desarrollo de protocolos de imagen específicos facilitarán el diagnóstico y posterior tratamiento de esta patología.

BIBLIOGRAFÍA

1. Koh E. Imaging of peripheral nerve causes of chronic buttock pain and sciatica. *Clin Radiol*. 2021;76(8):626.e1-626.e11.
2. Hernando M, Cerezal L, Perez Carro L, Abascal F, Canga A. Deep gluteal syndrome: anatomy, imaging, and management of sciatic nerve entrapments in the subgluteal space. *Skelet Radiol*. 2015;44(7):919e34.
3. Carro LP, Hernando MF, Cerezal L, Navarro IS, Fernandez AA, Castillo AO. Deep gluteal space problems: piriformis syndrome, ischiofemoral impingement and sciatic nerve release. *Muscles Ligaments Tendons J*. 2016;6(3):384-96.

4. Martinoli C, Miguel-Perez M, Padua L, Gandolfo N, Zicca A, Tagliafico A. Imaging of neuropathies about the hip. *Eur J Radiol.* 2013;82(1):17e26.

Prepublicación