

¿Síndrome de espalda fallida o ciática extrarraquídea?

Síndrome isquiofemoral como causa de dolor radicular persistente tras 4 cirugías de columna lumbar

Dres. A Barriga, L Romero, M Peral, O Paredes*

Hospital Nacional de Paraplégicos, Toledo. *Clínica MEDS, Santiago de Chile

Introducción

La mayoría de las ciáticas se producen por la compresión de las raíces nerviosas en la columna lumbar, aunque algunas tienen su origen en otras estructuras anatómicas, como las articulaciones sacroilíacas, el músculo piramidal o el desfiladero isquiofemoral.

Caso clínico

Varón de 64 años

Dolor en glúteo derecho irradiado por cara posterior de muslo y pantorrilla hasta el tobillo desde hace 10 años. Aparece exclusivamente al estar sentado, no de pie o tumbado. No claudicación. Acude a la consulta tumbado en ambulancia al no poder viajar sentado.

Intervenido en 2014 por hernia discal y estenosis de canal L4-L5 mediante laminectomía y artrodesis en otro hospital, sin mejoría. Remitido a nuestro hospital al estar en lista de espera desde hace 3 años. Le han realizado infiltraciones y radiofrecuencia pulsada sin mejoría.

Con el diagnóstico de estenosis de canal de nivel adyacente L3-L4, es intervenido en Marzo de 2022 mediante laminectomía L3-L4 y artrodesis L3-L5, sin mejoría.

Tampoco mejoró con infiltración epidural caudal, de sacroilíaca y piramidal.

Neurografía y electromiografía normales (incluso en sedestación).

TAC y RM: leve estenosis L5-S1 derecha

En Octubre de 2023 es intervenido mediante hemilaminectomía, hemiartrectomía y foraminotomía L5-S1 derecha con liberación radicular, sin mejoría.

En Mayo de 2024 y pensando que el foramen puede cerrarse y comprimir la raíz al estar sentado, es nuevamente intervenido con prolongación de artrodesis a S1 con nueva liberación de receso y raíces L5 y S1 derechas, sin mejoría.

RM de caderas informada como normal, aunque se aprecia edema a nivel de la inserción isquiática del cuadrado femoral.

Infiltración ecoguiada con anestésico de cuadrado femoral, desapareciendo el dolor temporalmente.

Con el diagnóstico de posible síndrome isquiofemoral, es intervenido en octubre de 2024 mediante osteotomía del trocánter menor. En la primera revisión a los 40 días de la cirugía, el paciente refiere desaparición de la ciática, puede sentarse y ha podido acudir por primera vez a nuestro hospital sentado en su coche.

Conclusiones

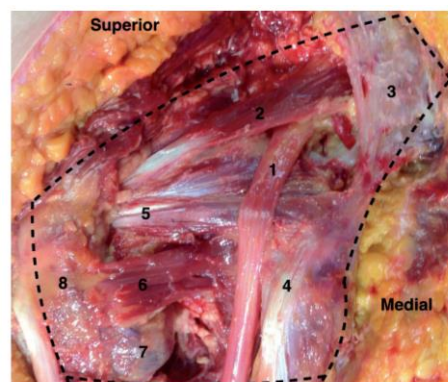
Las ciáticas de causa extrarraquídea, como el síndrome de pinzamiento isquiofemoral, deben ser conocidas y consideradas en el diagnóstico diferencial del dolor radicular persistente tras cirugía de columna vertebral. La exploración física de la cadera y la zona glútea debe realizarse de forma sistemática ante cuadros de lumbociática, sobre todo si los hallazgos de RM lumbar no son concordantes.



Rx postoperatoria con osteotomía parcial de trocánter menor derecho.

Espacio glúteo profundo:

- (1) Nervio ciático
- (2) Músculo piramidal
- (3) Ligamento sacrotuberoso
- (4) Isquion
- (5) M. gemelo y los obturadores
- (6) Cuadrado femoral (6)
- (7) Trocánter menor (7)
- (8) Trocánter mayor



Fuente: Martin HD, Reddy M, Gómez-Hoyos J. Deep gluteal syndrome. J Hip Preserv Surg. 2015 Jul;2(2):99-107