

PARTE 1

Doctor, me duele la nalga

Dr. Alfonso Navarro Pérez. MIR del Hospital General Universitario de Alicante.

Dr. Ismael Díaz Llopis. Hospital General Universitario de Alicante.

Acude a la consulta de Rehabilitación, una mujer de 52 años, sin antecedentes de interés, que presenta dolor en zona lumbar baja que irradia hacia la zona proximal del miembro inferior derecho, con una zona de máximo dolor sobre la nalga, desde hace 1 año. No recuerda desencadenante claro, no alteración de esfínteres, no alteraciones ginecológicas, ni reumatológicas, no síndrome constitucional

Exploración: Lasègue derecho positivo, Balance muscular en miembros inferiores 5/5 global, ROT simétricos y conservados, no alteraciones sensitivas, puntos gatillos activos en musculatura glútea derecha.

Pruebas complementarias: La paciente aporta estudio radiográfico sin datos de interés a nivel lumbar ni coxal. Una resonancia magnética (RNM) lumbar donde destaca degeneración discal L2-L3 y L5-S1

Inicialmente se aplica un tratamiento basado en cinesiterapia (ejercicios lumbares y estiramientos glúteos) y escuela de espalda, pero la paciente no percibe ningún cambio en sus dolencias.

Establecemos, a pesar de su posible relación lumbar, que el dolor tenga mayor relevancia como síndrome miofascial de la musculatura glútea y piramidal al encontrar puntos activos en ambos. Se decide infiltración de toxina botulínica (350 U dysport) en 2 puntos en glúteo menor y 1 punto glúteo medio. Tras 3 meses sin mejoría, se reinfila (100 U Botox) con nuevo fracaso terapéutico.

Reexplorada la paciente persisten los mismos puntos de dolor miofascial. La movilidad de cadera está conservada pero con la aducción y la rotación externa se reproduce parcialmente la sintomatología. Ante la posibilidad de disfunción piramidal se solicita nueva RNM de pelvis: Se informa de bursitis trocanterea bilateral y aumento de plexo venoso adyacente a ambos nervios ciáticos. Pero no informan de ninguna alteración estructural en el músculo piriformis

Se comenta el caso y los hallazgos con cirugía vascular y radiología, ambos descartan que la malformación venosa sea el origen del dolor y sea necesaria cualquier actuación. Debido a la clínica compatible con un síndrome piramidal, se decide la infiltración ecoguiada del músculo piriformis con toxina botulínica (60U Xeomin) tras descartar clínicamente la bursitis trocanterea.

La última infiltración tampoco resulta efectiva. La paciente refiere persistencia de dolor localizado en la nalga sin cambios desde el inicio del proceso, con irradiación ocasional a miembro inferior derecho. Lasègue bilateral a 50°, Balance muscular 5/5, Región de hiperestesia en región L5-S1 derecho, ROT simétricos y conservados.

Tras el fracaso terapéutico previo, todo parece indicar que nuestras orientaciones diagnósticas (dolor miofascial glúteo, síndrome piramidal) no son las adecuadas.

¿En qué orientación diagnóstica está pensando?

¿Cuál sería su siguiente actuación?