

SÍNDROME DEL PIRAMIDAL O PIRIFORME EN EL ATLETISMO

- **Anatomía**

El músculo piriforme se origina medialmente en el interior de la pelvis, en la superficie anterior del sacro, normalmente mediante tres digitaciones entre los agujeros sacros anteriores del primero al cuarto. Algunas fibras pueden insertarse en el borde del agujero ciático, en la cápsula de la articulación sacroilíaca (ASI), y otras en el ligamento sacroespinoso. El piriforme sale del interior de la pelvis a través del agujero ciático mayor para ir a insertarse en la superficie superior del trocánter mayor.

En la mayoría de la población, el nervio ciático sale por el agujero ciático mayor en íntimo contacto con el músculo piramidal, pero existen diferentes variaciones: el nervio ciático puede presentarse como dos troncos separados a nivel del piramidal (nervio tibial y peroneo) y pasar uno de ellos a través del vientre muscular, o bien, uno por delante y otro por detrás. Como última posibilidad, el ciático como tronco único puede atravesar los vientres musculares.

- **Acciones**

En cadena cinética cerrada, el piriforme frena la rotación enérgica de cadera durante la marcha o la carrera. También se le atribuyen funciones de estabilización de la cadera, manteniendo centrada la cabeza femoral en el acetábulo.

En cadena cinética abierta es rotador externo cuando la cadera se encuentra en posición neutra o extendida. En esta posición, también produce abducción y extensión.

La función rotadora de este músculo cambia según el grado de flexión de cadera. Aunque parece haber consenso en que a los 90º de flexión de cadera es rotador interno, y que también contribuye a la abducción horizontal, no queda claro en qué momento cambia la función rotadora.

- **Signos y síntomas**

Se manifiesta como una ciatalgia (dolor producido por el irritación del nervio ciático) normalmente unilateral, localizada en el tercio inferior de la región glútea/nalga y que puede irradiar a la zona lumbar baja y cara posterior del miembro inferior. Habitualmente, no se presenta como un cuadro constante si no que se pone de manifiesto con maniobras como subir y bajar escaleras, sedestación/bipedestación prolongada.

Pueden manifestarse signos neurológicos como pérdida de fuerza, hipersensibilidad local e incluso disestesias, dando lugar a diagnósticos erróneos con una verdadera patología ciática o discopatía lumbar con afectación de la raíz nerviosa.

En atletas suele asociarse con la práctica de carreras en descenso.

- **Mecanismos de producción**

En este síndrome pueden interactuar hasta tres mecanismos diferentes que produzcan este síndrome:

- Los puntos gatillos miofasciales (PGM)
- El atrapamiento neurovascular en el agujero ciático mayor (provocado por el propio músculo)
- La disfunción articular (lumbar, de cadera y de la ASI (articulación sacroilíaca)

La combinación de estas disfunciones causan la variedad de síntomas y signos, a menudo superpuestos, de esta patología.