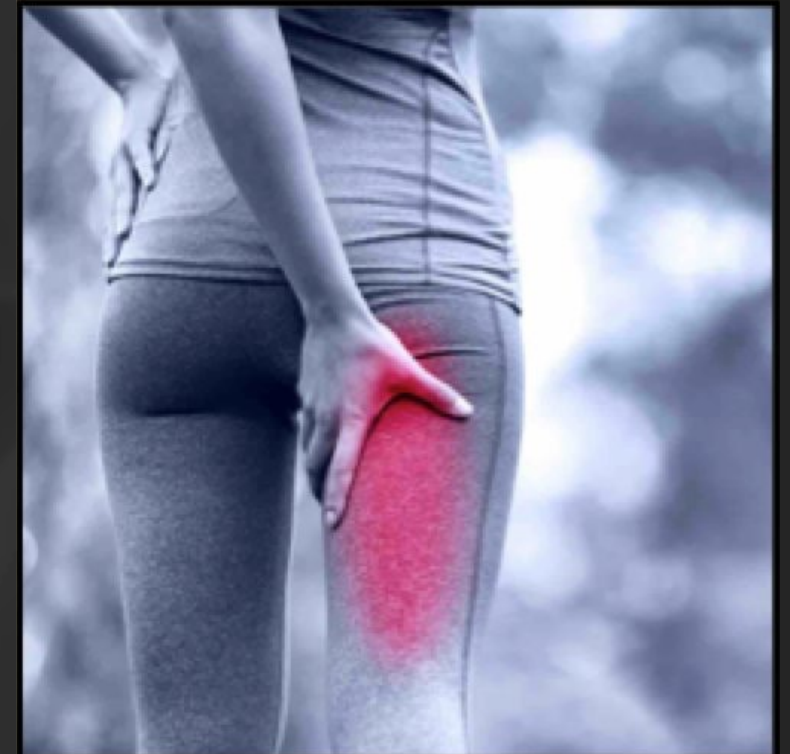




Me duele el glúteo y no me puedo sentar de ese lado



Ana Castel Oñate.
Unidad de Cirugía de Cadera.
Hospital Príncipe de Asturias. Madrid



Caso clínico

- Paciente de 27 años sin AP de interés.
- Dolor glúteo derecho y tercio proximal cara posterior del muslo de 6 meses de evolución.
- No se puede sentar durante más de 15 minutos seguidos.
- No dolor lumbar.



Exploración

- Dolor a la palpación en vertiente lateral de tuberosidad isquiática derecha, irradiado a cara posterior del muslo.
- IFI +.
- Long-stride walking test +.
- Active hamstring test +.



Exploración

- Dolor a la palpación en vertiente lateral de tuberosidad isquiática derecha, irradiado a cara posterior del muslo.
- IFI +.
- Long-stride walking test +.
- Active hamstring test +.



Ischiofemoral impingement (IFI) Test



Sensibilidad 82%
Especificidad 85%



Exploración

- Dolor a la palpación en vertiente lateral de tuberosidad isquiática derecha, irradiado a cara posterior del muslo.
- IFI +.
- Long-stride walking test +.
- Active hamstring test +.



Long-stride walking test (IFI)



Sensibilidad 94%
Especificidad 85%



Exploración

- Dolor a la palpación en vertiente lateral de tuberosidad isquiática derecha, irradiado a cara posterior del muslo.
- IFI +.
- Long-stride walking test +.
- Active hamstring test +.

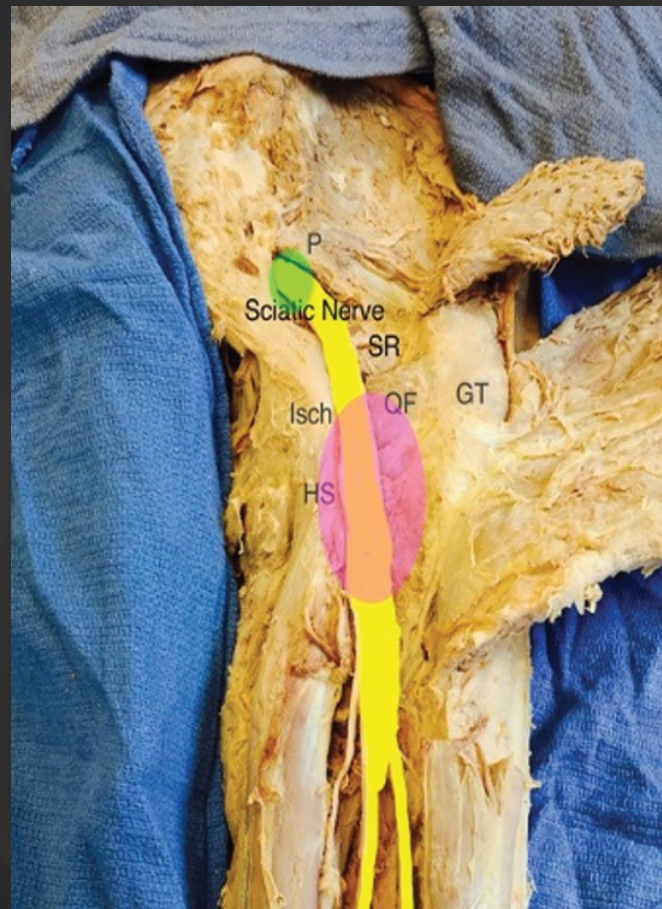


Active hamstring test



Síndrome doloroso del glúteo profundo

Presencia de dolor en región glútea por atrapamiento del nervio ciático, de causa extrapélvica y no discogénica.



Diagnóstico diferencial

- Origen intrapélvico

HISTORIA UROLÓGICA Y GINECOLÓGICA

ESTUDIO DE IMAGEN DE PELVIS Y ABDOMEN.

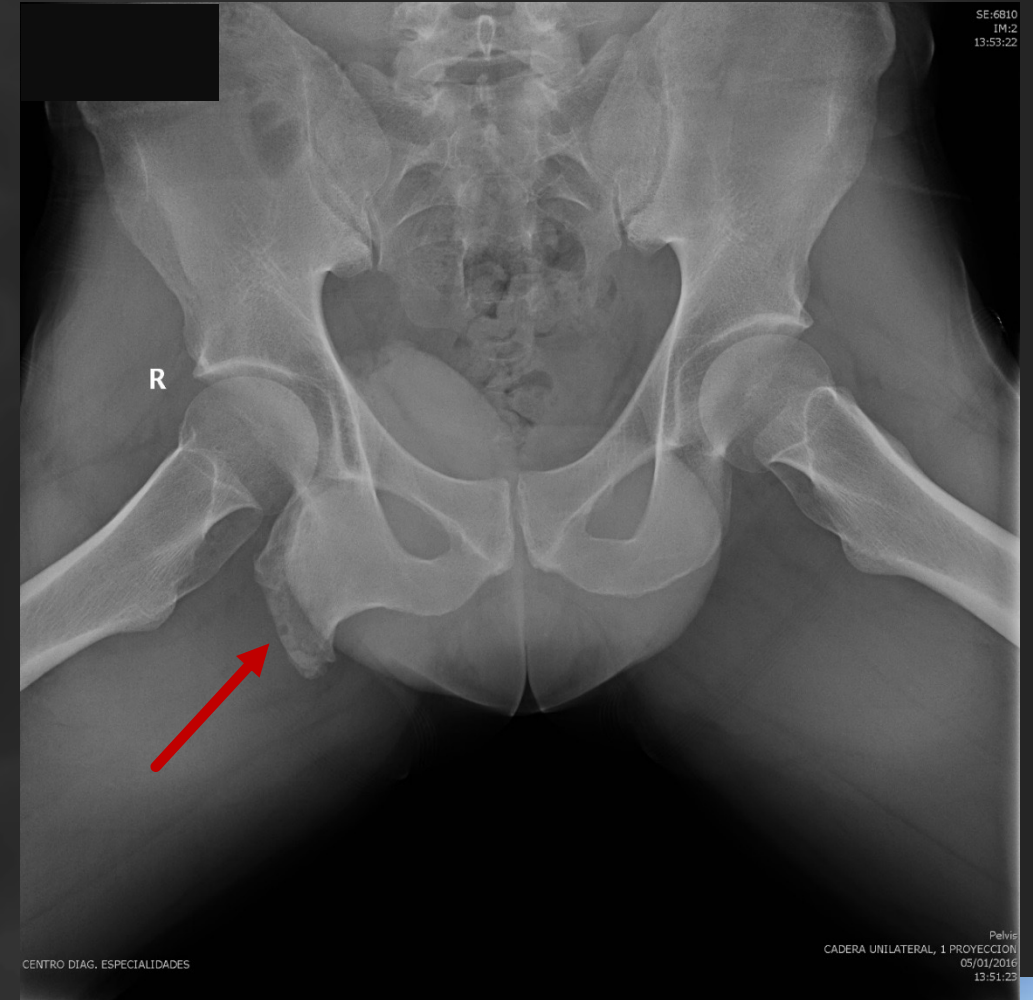
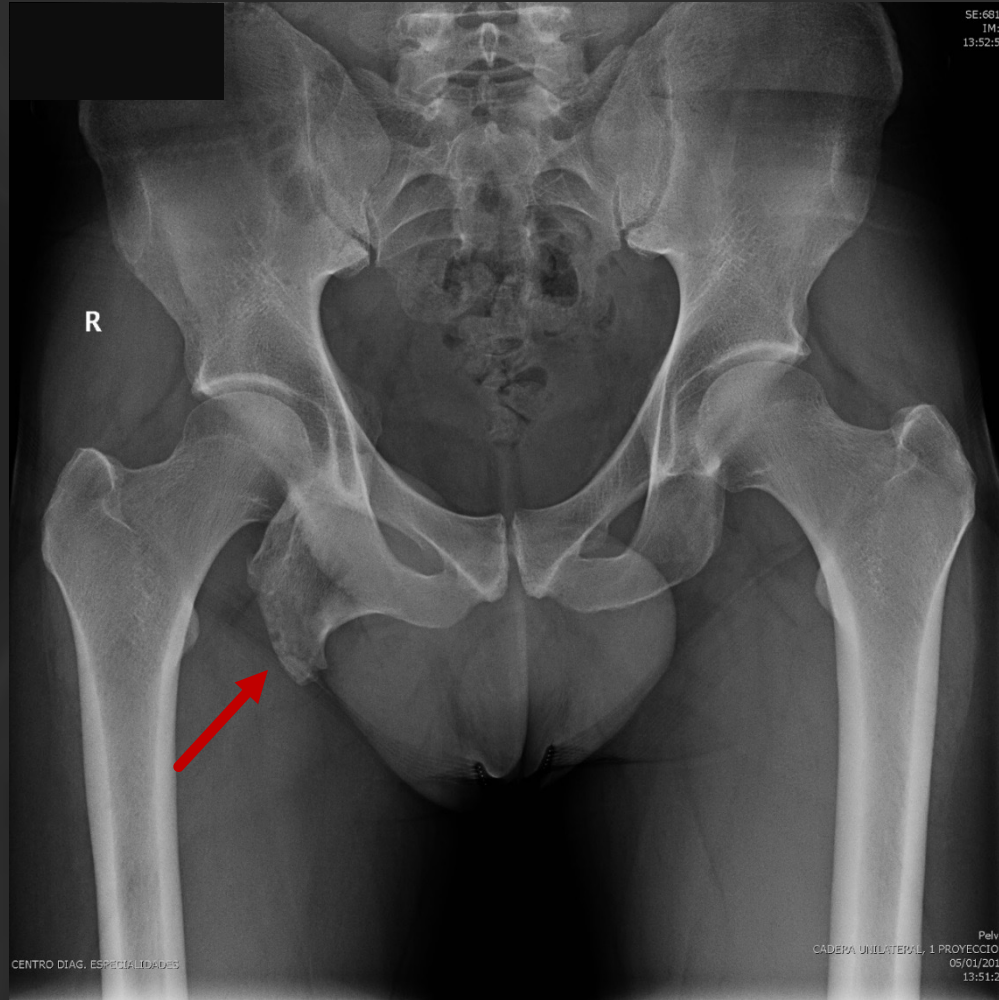
- Origen lumbar, sacroilíaca.

- Patología intra-articular de la cadera.

- Evaluación psicológica.



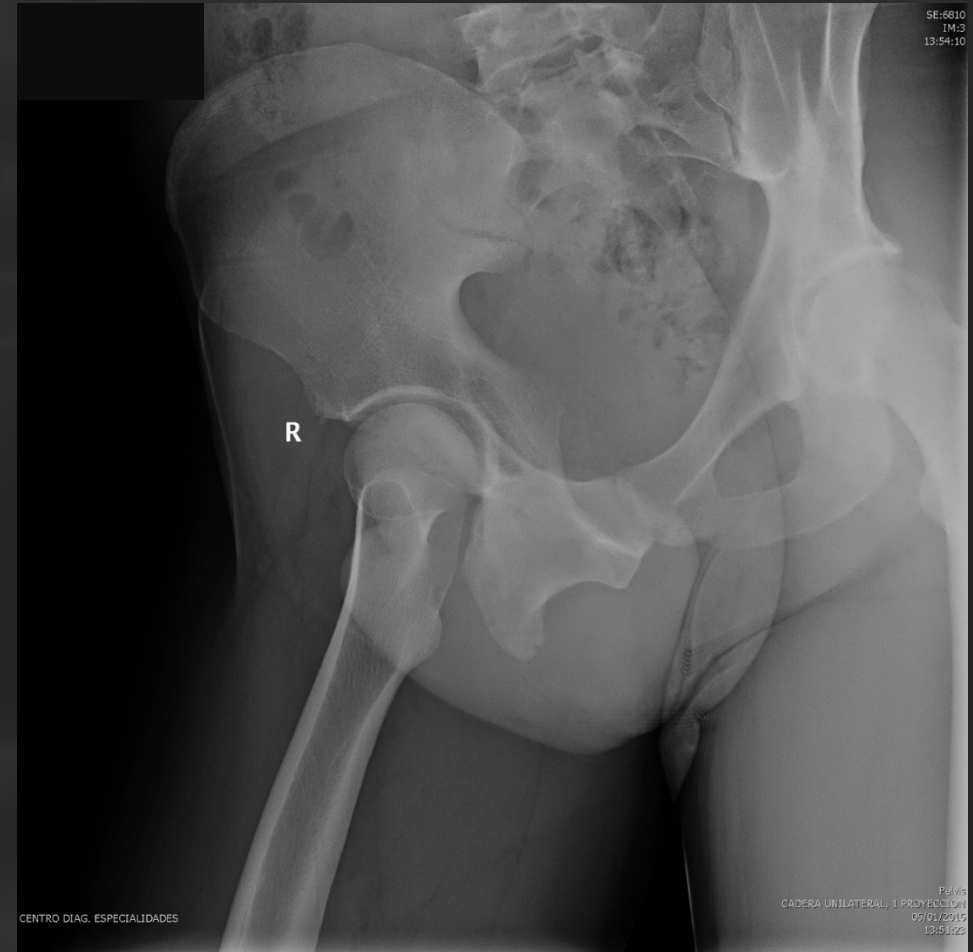
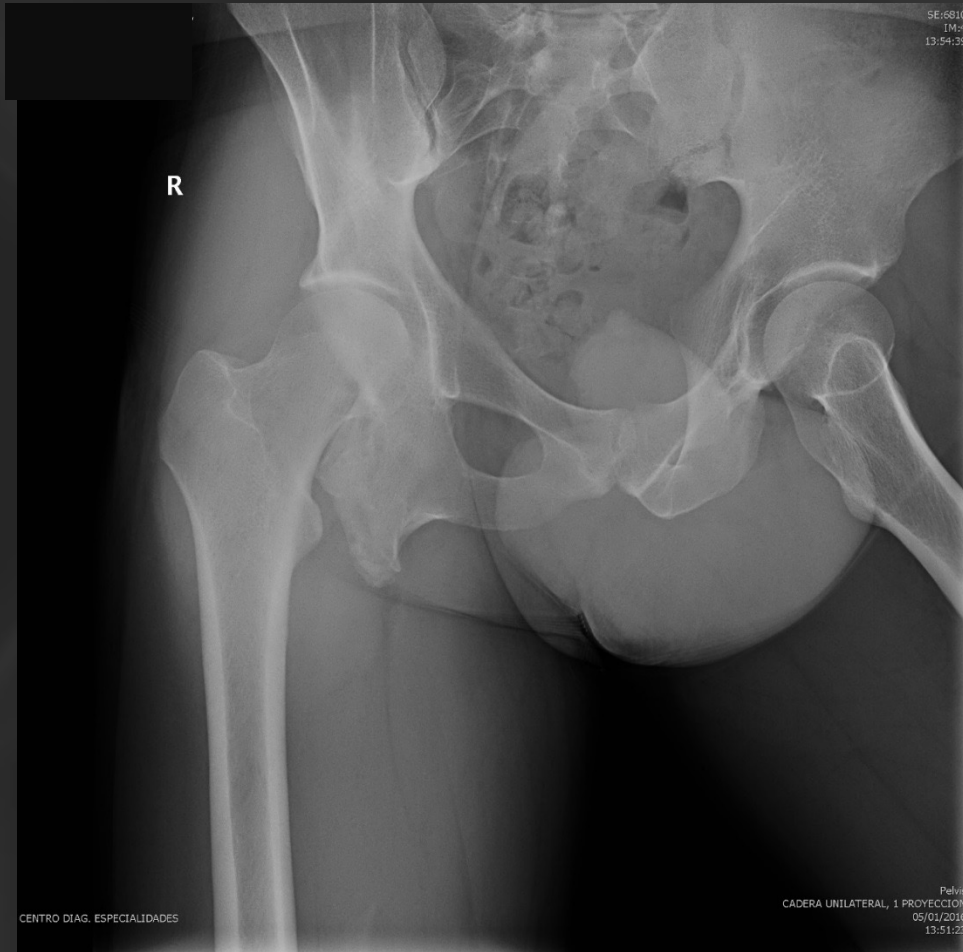
Pruebas de Imagen



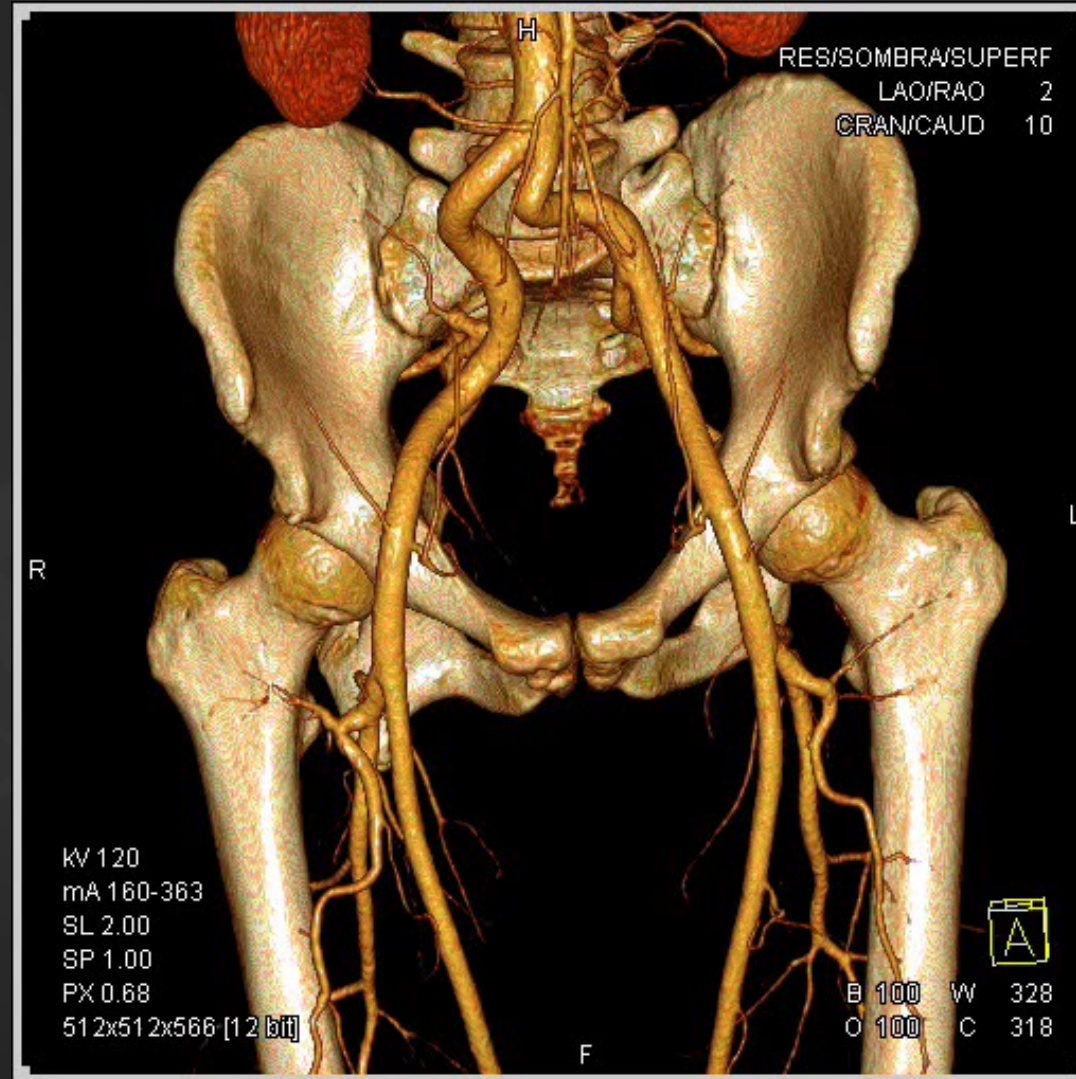
OSTEOCONDROMA ISQUION



Pruebas de Imagen



Pruebas de Imagen

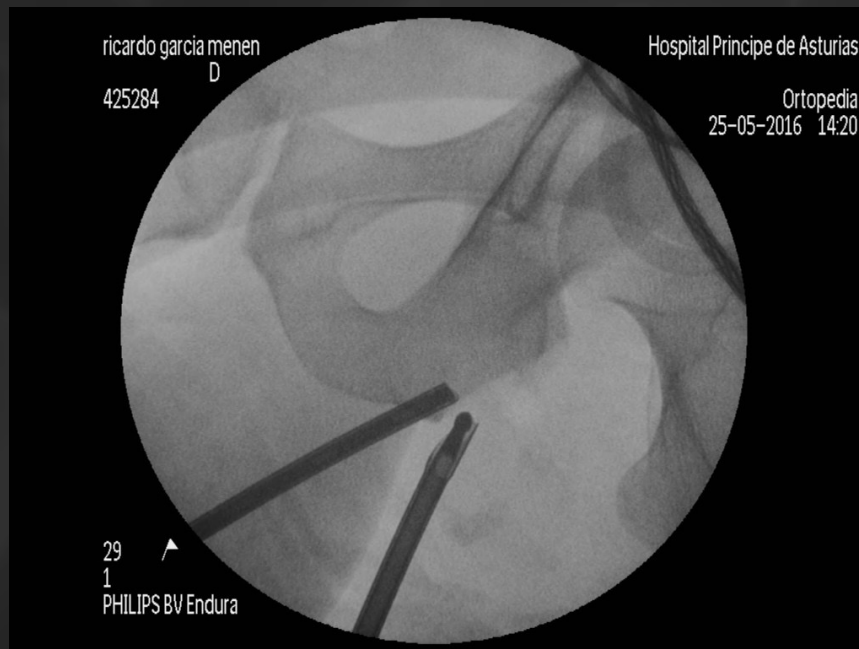
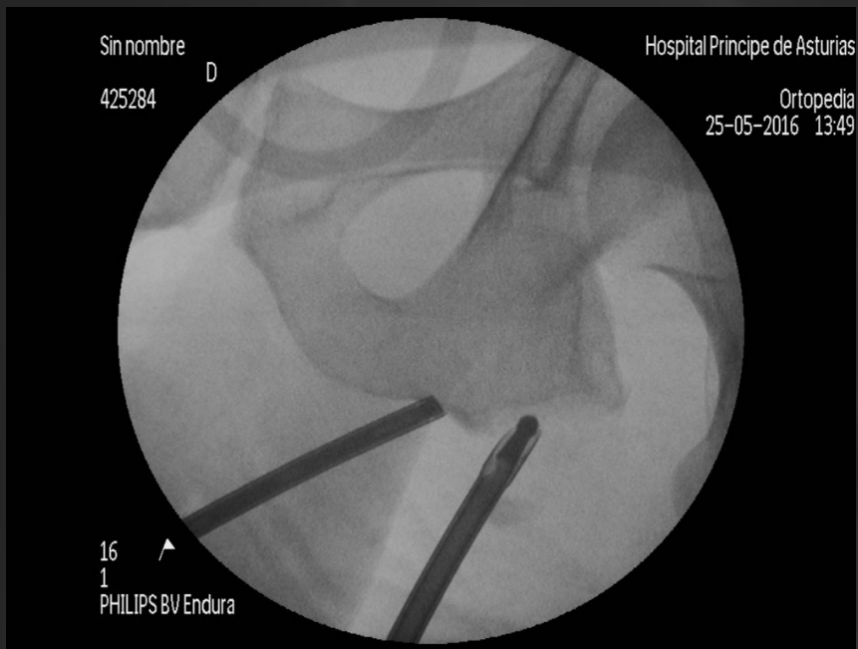
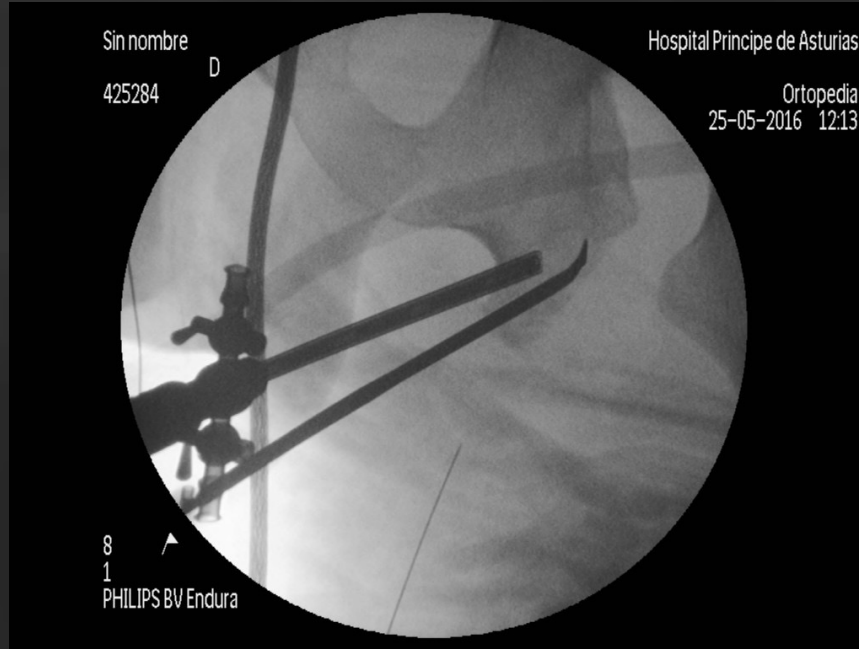
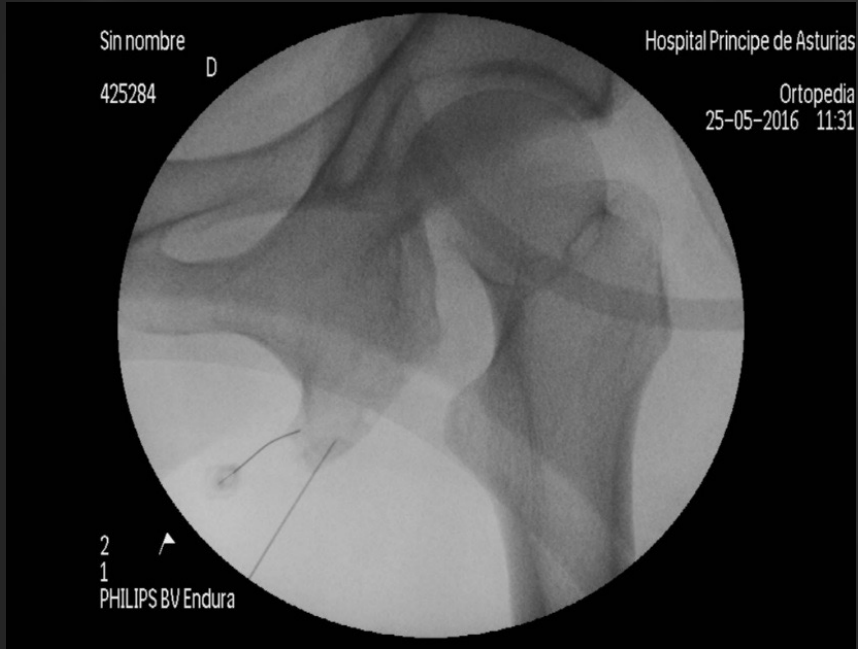


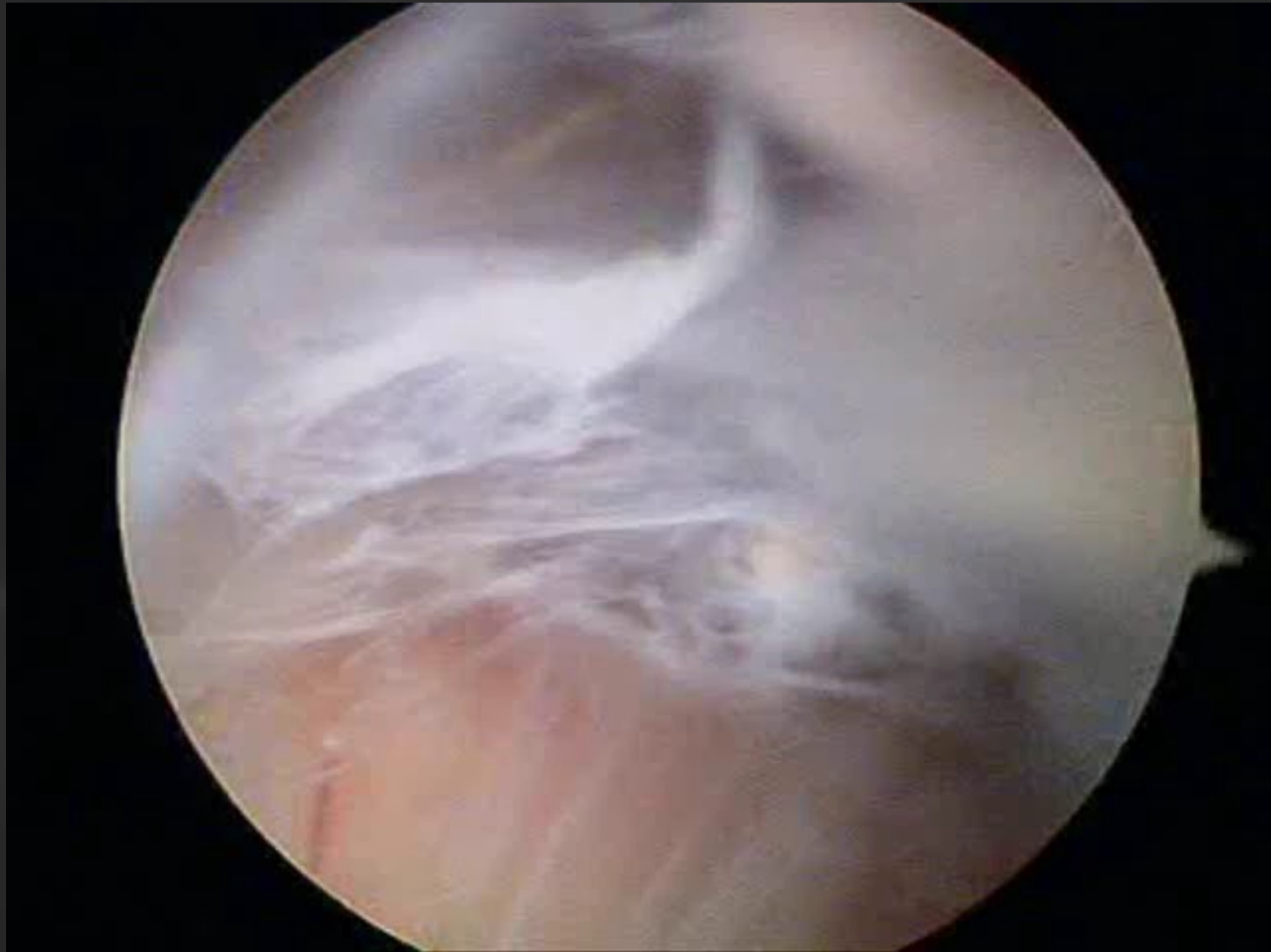
Tratamiento Endoscópico



Dr. Margalet



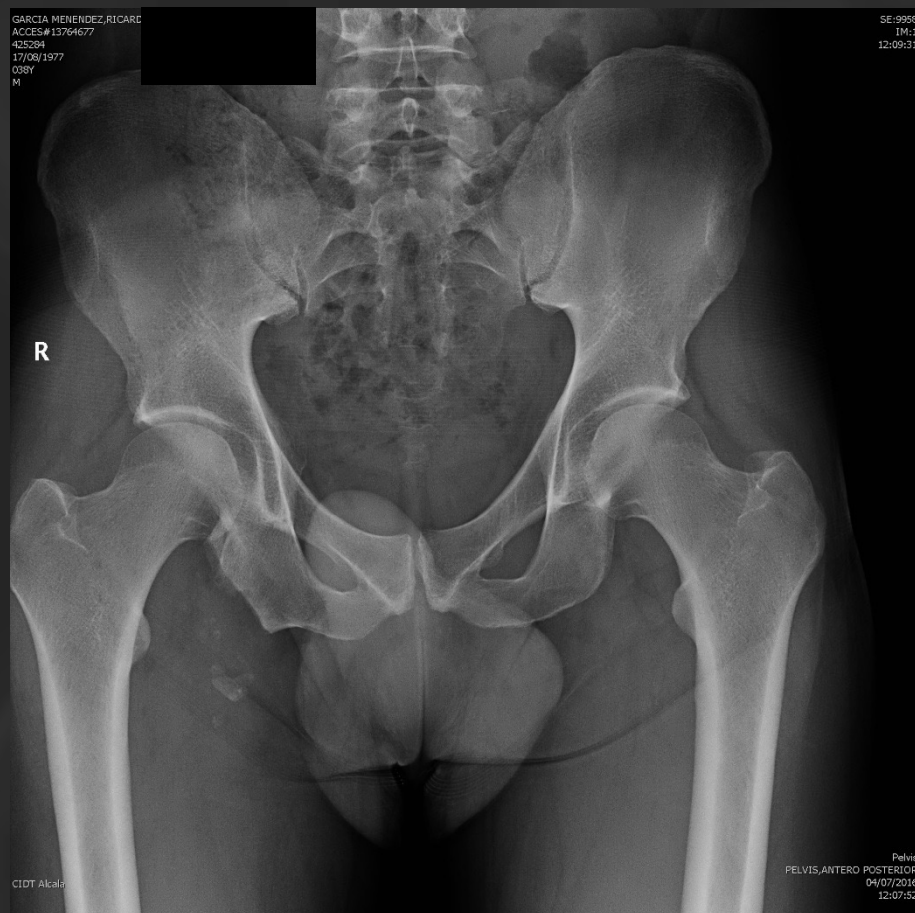




Postoperatorio



Seguimiento



2 años postoperatorio



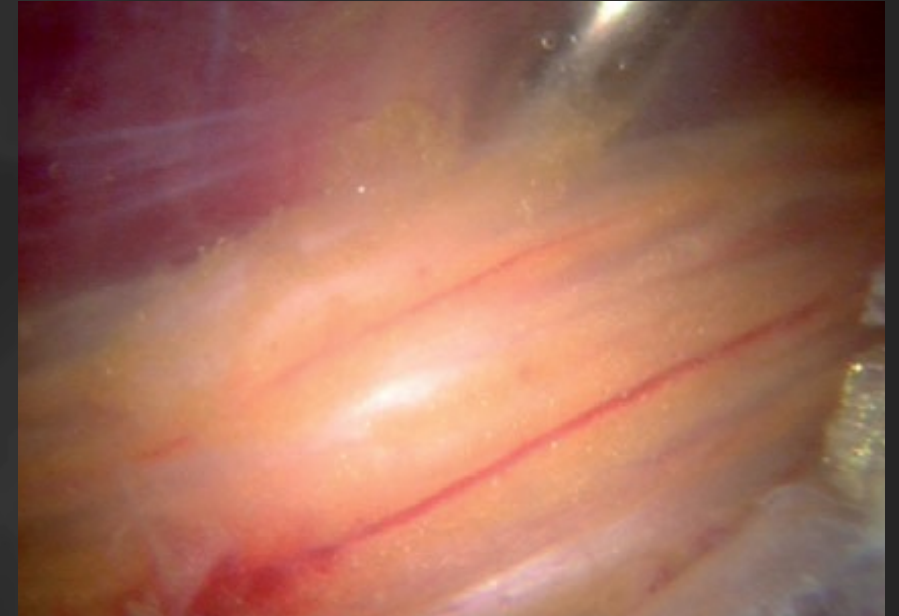


Muchas gracias



Cinemática del nervio ciático

- El nervio ciático tiene 28 mm de movimiento durante la flexión de la cadera.
- Neuroapraxia : >6% tensión
- Lesión completa : >12% tensión



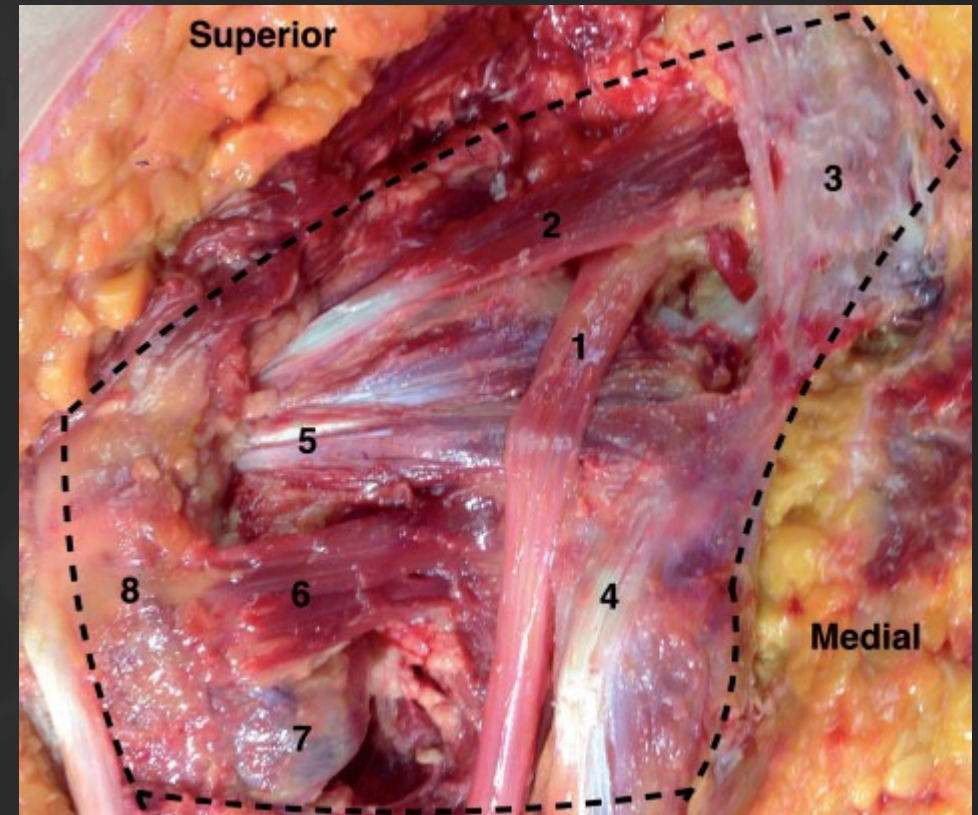
Take home

1. Descartar patología intrapélvica y discal.
2. Diagnóstico diferencial difícil.
3. Maniobras más rentables en la exploración.
4. Rm 3T, Rx, Eco, Rm dinámicas, EMG dinámico.
5. Infiltraciones como parte del diagnóstico.
6. Tratamiento inicial conservador.
7. Tratamiento quirúrgico endoscópico.

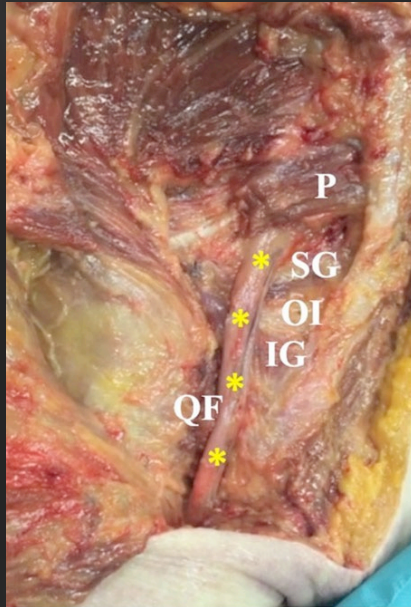


Cinemática del nervio ciático

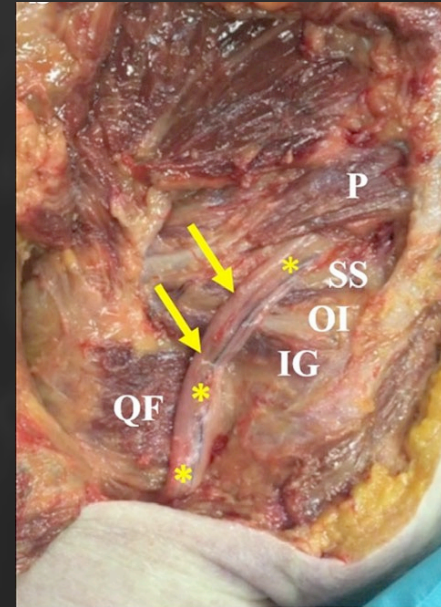
- El nervio ciático tiene 28 mm de movimiento durante la flexión de la cadera.
- En máxima flexión, abducción y rotación externa de la cadera :
 - El ciático se sitúa en el borde posterior del trocánter mayor.
 - El borde posterior del trocánter mayor y el origen de semimembranosos pueden entrar en contacto



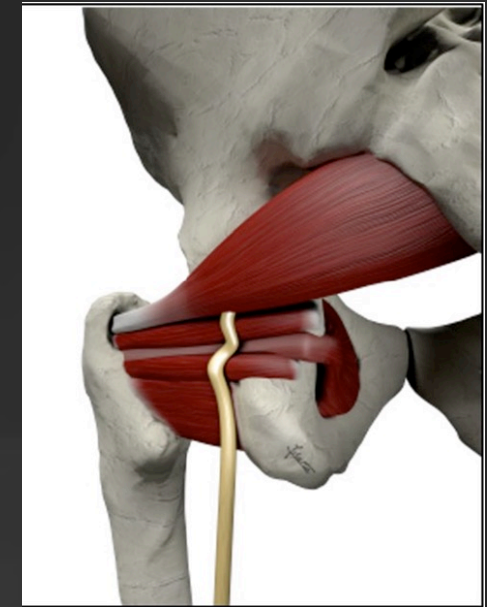
Cinemática del nervio ciático



Rotación externa



Rotación interna



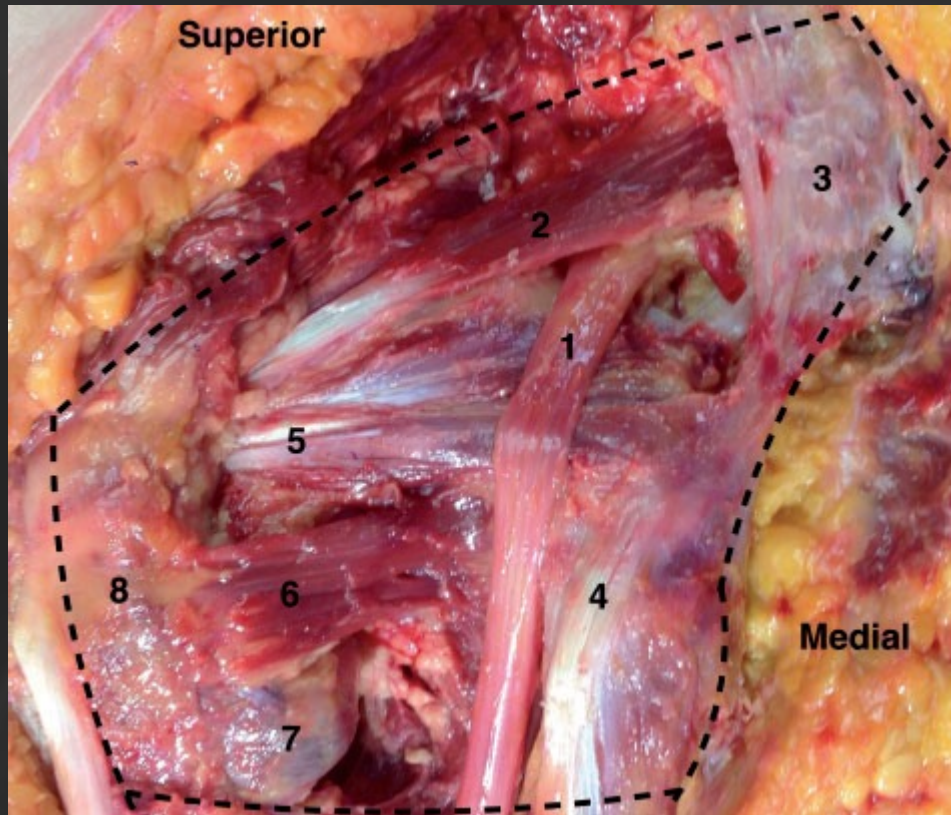


Fig. 1. Deep gluteal space. A cadaveric left hip with the gluteus maximus reflected. The course of the sciatic nerve (1) as it enters the pelvis at the sciatic notch anterior to the piriformis muscle (2) and sacrotuberous ligament (3). As the nerve courses distally toward the ischium and hamstring origin (4) it passes posterior to the gemelli-obturator internus complex (5) and quadratus femoris (6, with the inferior portion removed to expose the lesser trochanter). Lateral structures include the lesser trochanter (7) and greater trochanter (8).



Freiberg Sign for Piriformis Syndrome



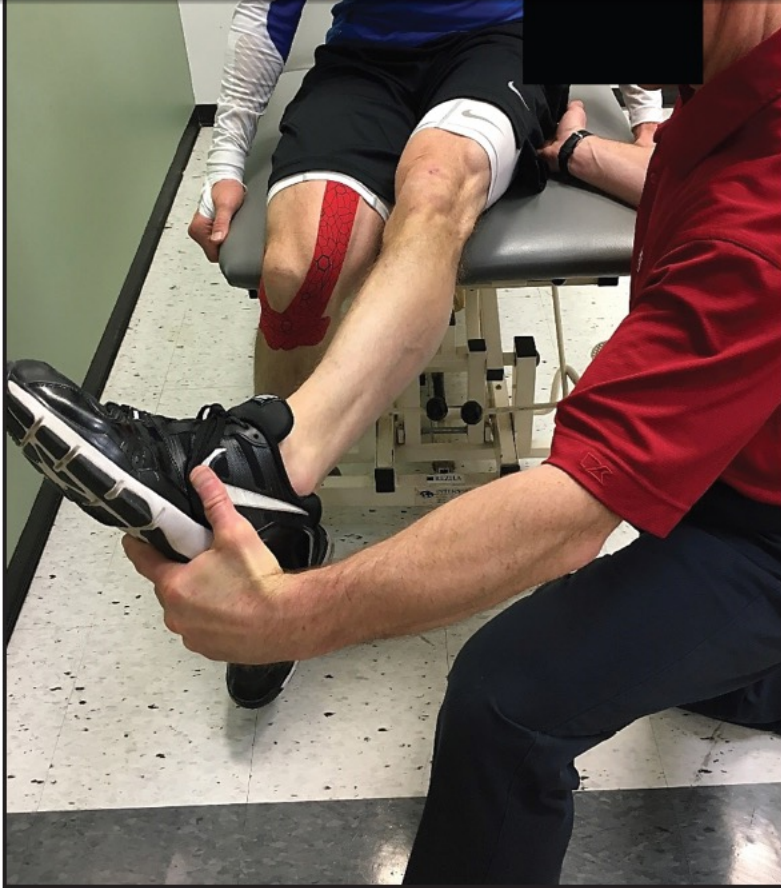


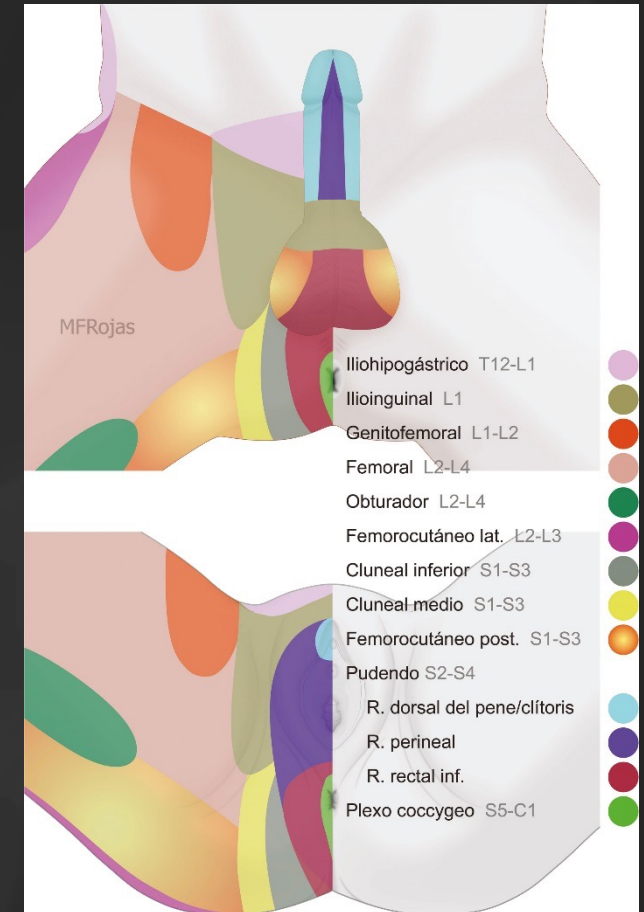
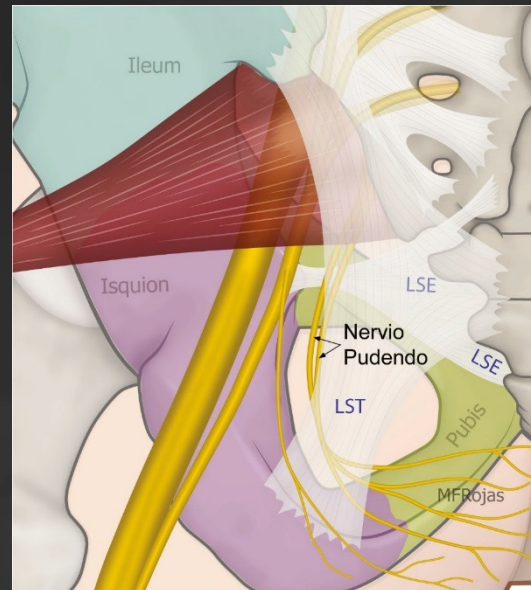
Figure 3. *Seated Piriformis Stretch Test. The lower extremity is adducted and internally rotated while palpating the posterior hip region assessing for reproduction of symptoms in the area of palpation.*



Figure 4. *Active Piriformis Test. The involved hip is abducted and externally rotated against resistance while palpating the posterior hip region assessing for reproduction of symptoms in the area of palpation.*

The active knee flexion tests at 30° and 90° have been described for assessment of proximal hamstring tendon pathology and ischial tunnel syndrome.⁶ These tests are performed while the patient is seated and their knee positioned in 30° flexion (Figure 6-A) and then in 90° flexion (Figure 6-B) with the examiner palpating the ischial tunnel. The patient actively flexes their knee for five seconds against resistance in each position with a positive test being reproduction of symptoms.⁶ A positive active knee flexion test at 30° or 90° was found to identify those with proximal hamstring pathology with sensitivity and specificity values of 0.84 and 0.97, respectively.³¹ It can be difficult to differentiate proximal hamstring pathology from ischial tunnel syndrome as the two conditions often occur together, particularly in more chronic situations. In the author's experience, ischial tunnel syndrome

Atrapamiento nervio pudendo

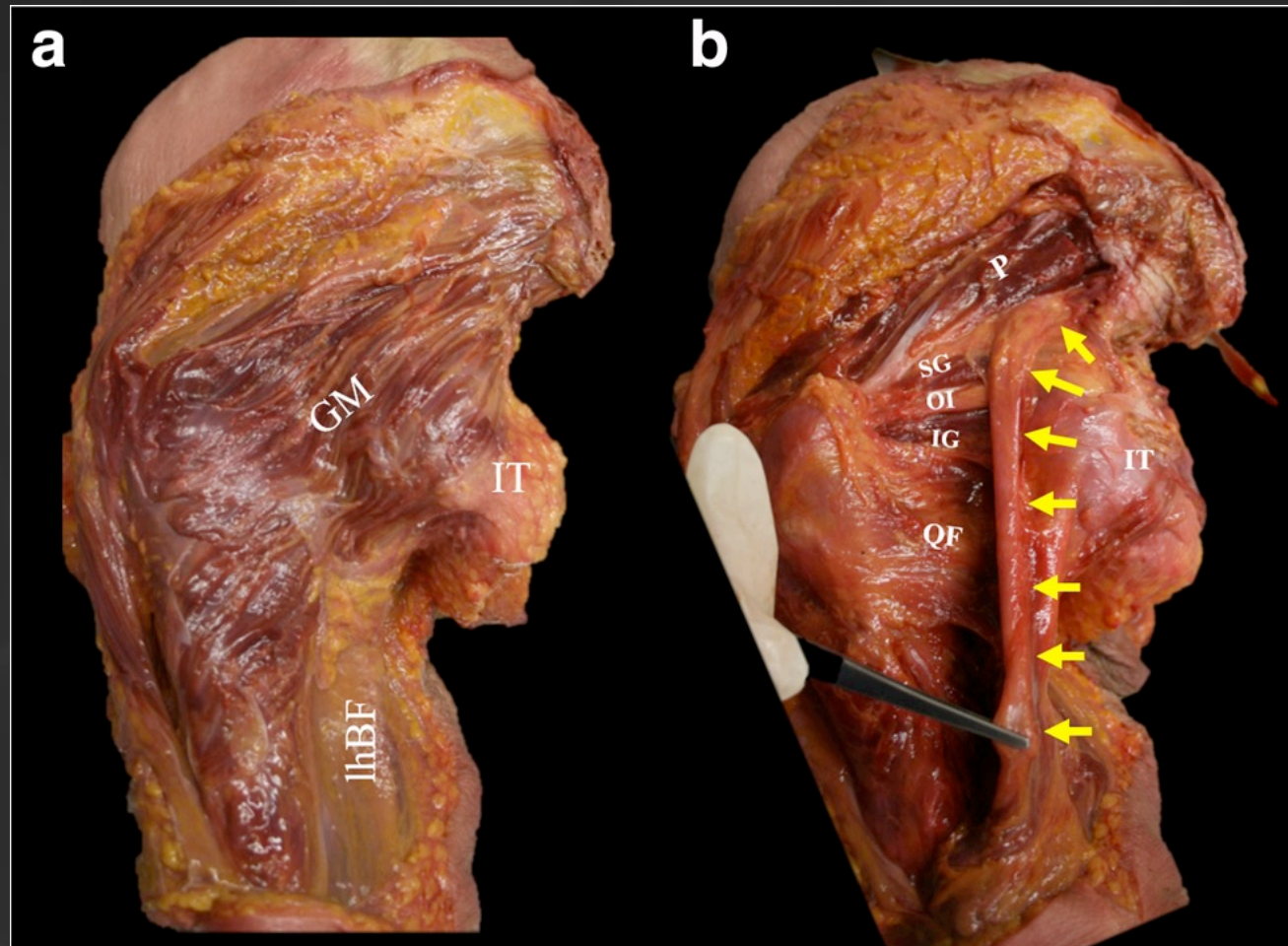


RobRoy Martin, PhD, Hal David Martin, DO, Benjamin R. Kivlan PhD.

Nerve entrapment in the hip region: current concepts review. The International Journal of Sports Physical Therapy | Volume 12, Number 7. Dec 2017. 1163-73



Atrapamiento géminos-obturador interno



Ramon Balias, Antonio Susín, Carles Morros, Montse Pujol, Dolores Pérez-Cuenca, Xavier Sala-Blanch.
Gemelli-obturator complex in the deep gluteal space: an anatomical and dynamic study. *Skeletal Radiology*. June 2018, Volume 47, Issue 6, pp 763–770



Espacio glúteo profundo

Table I. Diagnostics established between 239 patients with sciatica [3].

<i>Diagnosis</i>	<i>Percentage of patients</i>
Piriformis syndrome	67.8
Distal foraminal entrapment	6.0
Ischial tunnel entrapment	4.7
No diagnosis	4.2
Discogenic pain w/ referred leg pain	3.4
Pudendal nerve/Sacrospinous ligament	3.0
Distal sciatic entrapment	2.1
Sciatic tumor	1.7
Lumbosacral plexus entrapment	1.3
Unappreciated lateral disc herniation	1.3
Nerve root injury due to spinal op	1.3
Inadequate spinal root decompression	0.8
Lumbar stenosis presenting as sciatica	0.8
Sacroiliac joint inflammation	0.8
Sacral fracture	0.4
Tumor in lumbosacral plexus	0.4



Sciatica of nondisc origin and piriformis syndrome: diagnosis by magnetic resonance neurography and interventional magnetic resonance imaging with outcome study of resulting treatment. Filler AG, Haynes J, Jordan SE, et al.

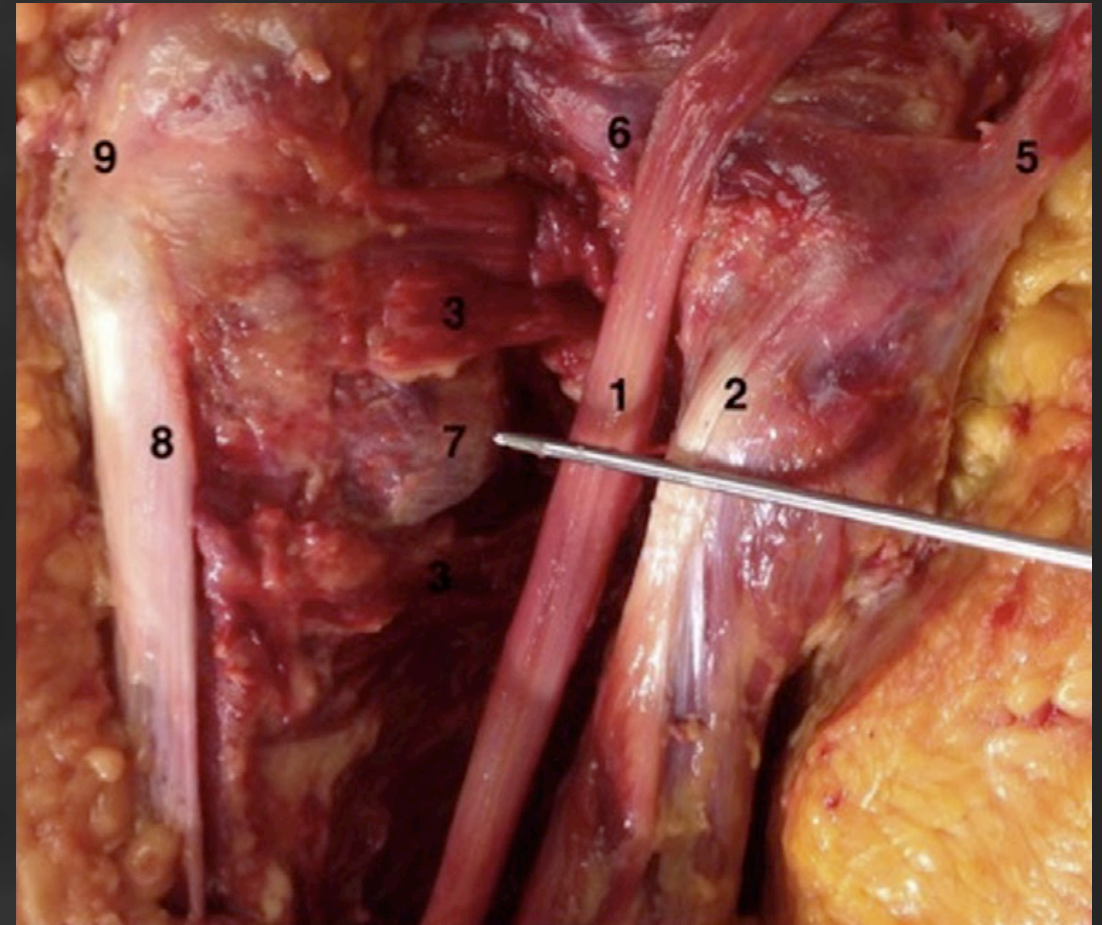
J Neurosurg Spine 2005; 2: 99-105



Síndrome doloroso del glúteo profundo

Síndrome Isquiofemoral y cuadrado crural

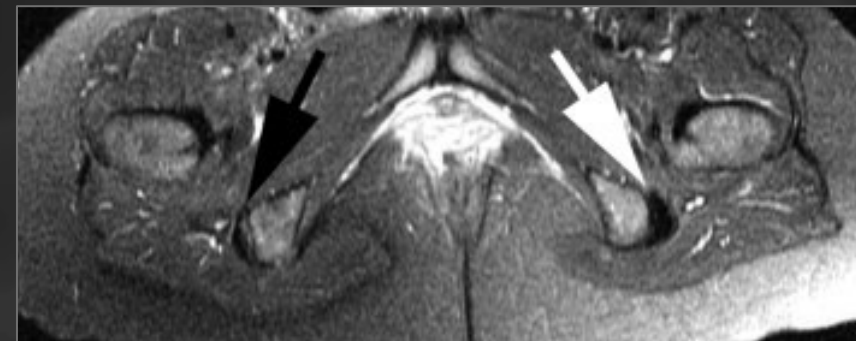
- Dolor en vertiente más lateral del isquion.
- Puede irradiarse hacia distal.
- Dolor se incrementa con deambulación.



Síndrome doloroso del glúteo profundo

Síndrome de los isquiotibiales o del túnel isquiático

- Dolor en inserción de IQT y territorio ciático.
- Se incrementa con flexión de cadera y extensión de rodilla.
- Dolor en el “golpe de talón” en la marcha
- Traumático, tendinopatías, apofisitis, fibrosis...



Síndrome doloroso del glúteo profundo

Atrapamiento del nervio pudendo

- Dolor a la palpación en vertiente medial del isquion.
- Irradiado territorio del pudendo (Medial)
- Empeora sentado (salvo en el WC)
- Ciclistas.



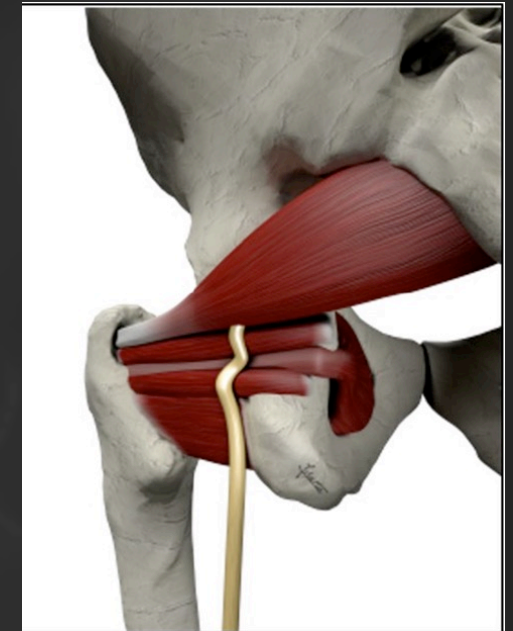
Síndrome doloroso del glúteo profundo

Atrapamiento géminos-obturador interno

- Dolor en territorio ciático
- Dolor en vertiente lateral del isquion



Rotación externa



Rotación interna

