

## SINDROME DEL PIRAMIDAL DESDE LA OSTEOPATIA

Hace **ya 25 años** que comencé mi labor profesional como **osteópata** y por aquellos años el **síndrome del piramidal** era algo muy desconocido y sorprendente. Hoy, gracias a los diferentes **medios de divulgación** y sobre todo a Internet los deportistas tienen al **alcance de un click** toda la información sobre las lesiones y su **tratamiento**.

Pero al final y desde **mi punto de vista** existe demasiada **“mala” información** que a veces y por el desconocimiento uno no sabe valorar.

Para muchos de los deportistas que leen este **blog de Salud y Deporte** no les resultará extraño este síndrome que se describe como:

*“El síndrome del piramidal o piriforme es una condición en la cual el músculo piramidal sufre una contractura o espasmo, e irrita el nervio ciático que pasa por debajo. Esto causa dolor en la región glútea y puede incluso dar lugar a dolor referido en la parte posterior y distal del muslo. Los pacientes se quejan a menudo de dolor profundo en de la cadera las nalgas.”*

Si esto fuera cierto **deberíamos plantearnos** qué pasa con este músculo cuando andamos o cuando hacemos ejercicio, ya que evidentemente **se tiene que contraer**, ¿no?. La medicina tiene demasiados dogmas que no se replantean teniendo en cuenta la fisiología. Así **es habitual** oír o leer en diferentes medios **“científicos”** las **teorías compresivas** de los nervios tanto en **síndromes habituales** como el del túnel carpiano, o el de la hernia discal... o en este caso el del **piramidal de la pelvis**.

La **embarazada** debería estar llena de **compresiones** por el aumento de peso y volumen a causa de su bebé. Éste **debería comprimir** el estómago, o el intestino, o la vejiga... y sin embargo los **síntomas** de muchas de ellas al inicio del embarazo (náuseas, vómitos, malestar...) no será causa de esto pues **a penas mide** unos centímetros.

Hay que **dejar claro** que un nervio comprimido sólo tiene una manifestación que es **la parálisis; ¡no hay otra posibilidad!** Y por lo general la gente no se queja de la parálisis sino del **dolor**. A menudo creemos que el problema se manifiesta ahí donde nos duele y no entendemos que el cuerpo tiene sus propios **mecanismos de adaptación**.

La contractura o **espasmo** es una posibilidad que el músculo tiene dentro de **la fisiología**, bien sea por ser un músculo hipertónico o bien por ser un músculo débil.



©MMG 2005

Así, hay **gente** con contracturas **sin dolor** y otra gente sin contracturas y **con dolor**. Todo ello nos hará replantearnos muchas cuestiones en las creencias de la gente y sobre todo en la **práctica deportiva**.

Si realmente **esto fuera así** y los músculos **comprimieran** a los nervios sería imposible hacer ejercicio de pesas durante unos segundos pues durante las contracciones del bíceps con **25 kg**, por ejemplo, ese gran acortamiento de sus fibras y el aumento de volumen nos comprimiría muchísimo el nervio. Pero eso no pasa, **¿verdad?**

### Entonces, ¿qué es lo que pasa?

Habría que hablar antes del tejido conjuntivo (TC), también llamado **tejido conectivo**, que es un conjunto heterogéneo de **tejidos orgánicos** que comparten un origen común, y que está por todo el cuerpo; por eso conecta, separa, sostiene, nutre y es a través del cual se expanden las arterias, vasos y nervios. Dentro del músculo **hay también tejido conjuntivo**, y dentro del nervio, de la arteria y de la mayor parte de estructuras corporales. Así entendidos, los **tejidos conjuntivos** concurren en la función **primordial de sostén** e integración sistémica del organismo. De esta forma, el TC participa de la **cohesión o separación** de los diferentes elementos **tisulares** que componen los **órganos y sistemas**, y también se convierte en un medio logístico a través del cual se distribuyen las estructuras **vasculonerviosas**.

Cuando el músculo permanece demasiado tiempo en **contracción**, bien sea por adaptaciones posturales, bien por sobrecargas mantenidas tanto por hipertrofia como por debilidad o por **adaptaciones** del propio organismo para encontrar su **homeostasis** o equilibrio interno, el **tejido conectivo** y la fascia que envuelve al músculo (también es tejido conjuntivo), se van poco a poco **retrayendo** debido a que la contracción muscular necesita **ATP** (consume mucha energía) y el cuerpo se rige por una **ley de economía** o mínimo gasto con lo que el músculo se va a relajar y su **fascia** mantendrá el acortamiento del **músculo**. Esta pérdida de las cualidades **viscoelásticas del conjuntivo** es lo que a la larga irritará el nervio y alterará igualmente los **intercambios vasculares** de la zona por lo que aparecerán los síntomas.

#### SÍNTOMAS CARACTERÍSTICOS DEL SINDROME DEL PIRAMIDAL

**Dolor glúteo** e irradiado hasta el hueso poplíteo por la parte posterior de la pierna.

**Dolor de cadera**, centrado en el trocánter mayor.

**Dolor** al estar sentado durante un tiempo.

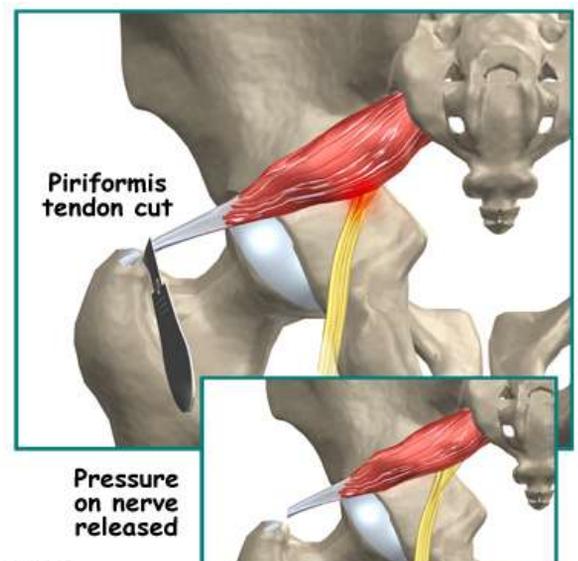
**Alteraciones parestésicas** por detrás de la pierna.

**Hipersensibilidad** en órganos sexuales.

En la mujer puede haber **dolor en las relaciones sexuales** por isquemia o falta de riego en tejidos locales.

**Dolor y sensibilidad** en el periné.

**Rotación de toda la pierna** hacia fuera (exceso de rotación externa de la cadera)



©MMG 2005

No podemos **fijarnos sólo en un síndrome** del piramidal como algo puramente local pues el cuerpo y los **sistemas son indivisibles** y cuando se altera un sistema se alteran todos. No debemos ser tan analíticos dado que frecuentemente en estos casos **siempre nos encontramos** zonas que no se manifiestan pero que ya están provocando estos cambios a nivel local.

### TRATAMIENTO

Nunca hay **dos tratamientos iguales** ni protocolos. Se debe de valorar a la persona en **su conjunto**. Pero de todas formas y como norma general se debe de hacer un **abordaje multidisciplinar** revisando la estructura y biomecánica de la zona y sus relaciones; objetivar cómo funciona la **pelvis y la columna lumbar**; cómo están los músculos **abdominales**, el equilibrio ente agonistas y antagonistas; valorar ambos psoas iliacos con respecto a los escalenos del cuello y a la articulación **temporomandibular**. Corregir **desórdenes alimentarios** sobre todo si es un proceso que se repite. Cambiar hábitos y enseñar a tener higiene deportiva si es el caso de un deportista. **Valorar los apoyos** y si la tibio-astragalina (articulación del tobillo) está libre.

Es **muy importante** enseñar al deportista a **estirar** correctamente todos los grandes grupos musculares al **finalizar el ejercicio** y como medida de recuperación tisular que va a ayudar mucho a **evitar** este tipo de cuadros. Igualmente aconsejamos **una faja abdominal fuerte** que compense y sujete todo el paquete abdominovisceral.

Ayudará sintomáticamente tratar con **terapia manual** y masaje la zona lumbar y ambas caderas, con estiramientos de los grupos musculares acortados. Autoposturas de elongación también son un **buen remedio** para aliviar las molestias.



Desde nuestra perspectiva **osteopática** está **prohibido** infiltrar corticoide en la zona pues a menudo a la larga **complica** este tipo de procesos ya que actúa puramente en el síntoma y no en la causa, pudiendo darse complicaciones como **fibrósis** de todo ese tejido **miofascial**. Y todavía aún más contraindicado inyectar la **toxina botulínica**. Sólo a un **cretino** se le ocurriría provocar una parálisis de un músculo para corregir algo. A todo ello añadir que el mejor tratamiento es el **sentido común**, que tanta falta nos hace en medicina.

Por Francisco Javier Rivas Crespo D.O  
 Director de la ESMO Sanasport  
 Miembro de la Academia Española de Osteopatía.  
 Graduado en Fisioterapia – Ph.Dr en Osteopatía