

SINDROME PIRAMIDAL

Introducción

Cuando las molestias de espalda no se localizan exactamente en la zona lumbar y se centran más en glúteos alcanzando parte del muslo posterior podremos pensar que nuestro corredor lesionado tenga un "síndrome del piramidal".

El músculo "piramidal" o "piriforme" de la pelvis es un conjunto de fibras musculares que se extiende desde el hueso sacro (hueso final de la columna) por debajo del glúteo mayor que es la masa carnosa más apreciable de las nalgas, hasta insertarse en el trocánter mayor de la cabeza del fémur, esto es en la mismísima cadera. Por lo anteriormente expuesto es fácil deducir que toda palpación se realizará a través del glúteo, profundizando hasta llegar a una zona hundida que no es otra cosa que el agujero o cavidad que emplea el nervio ciático para salir a recorrer el muslo y la pierna desde su inicio en la columna lumbar baja y el sacro.

Es una zona muy requerida en el gesto de la zancada amplia y también en los impactos que por irregularidades del terreno o por fuerte ritmo de entrenamiento sufre el corredor de fondo. Todas las tensiones del final de la columna se transmiten hacia las piernas a través de la pelvis y la cadera, y es aquí donde precisamente reina el músculo protagonista de nuestro artículo. En posición erecta o de pie este músculo rota la cadera hacia afuera y separa el muslo del centro del cuerpo, por lo que una excesiva tensión de la columna puede sobrecargar su base, el hueso sacro que es como "los cimientos" del raquis.

Si el hueso sacro no se acompasa convenientemente con el otro hueso de la pelvis, el ilíaco de cada lado, en cada zancada sucede que se bloquea la articulación sacroilíaca. Esta articulación de la que tanto se ha escrito y negado tiene un recorrido articular muy corto pero suficiente para producir un "encaje" o pinzamiento del hueso sacro y ello tensa en exceso el músculo que nace de cada uno de sus laterales y se dirige a la cadera, que no es otro que el músculo piramidal.

Por tanto el "destrozo" biomecánico que puede producir un músculo de este tipo, aunque sea pequeño de tamaño y escondido en los atlas de anatomía, es digno de tener en cuenta. Pero hay algo más importante aún por considerar en el recuerdo anatómico y biomecánico de este músculo: Por bajo y a veces a su través pasa el nervio ciático con un calibre cercano al centímetro (los nervios son como hilillos de finos, imaginemos cuánta información puede llevar este nervio ciático mayor).

Síntomas del "mal del piramidal".

El excesivo tono o "contractura" de este músculo puede rozar, presionar e incluso comprimir la salida del nervio ciático por el agujero obturador de la pelvis y esto ocasiona una "falsa ciática".

Lo que se nota es molestia en nalga y muslo posterior que puede llegar a la zona de atrás de la rodilla, nunca pasando pierna abajo lo que distingue este cuadro del de una verdadera lumbociática.

Las sensaciones de acorchamiento o ligero dolorimiento a lo largo del muslo nos deben poner sobre la pista, así como el aumento de los síntomas al sentarnos largo rato o al ir en el coche, pues comprimimos aún más la salida del nervio.

Si la afectación lumbar atañe al disco intervertebral o al pinzamiento articular de las vértebras o síndrome de las facetas se suelen extender estos síntomas hasta, incluso el pie y los dedos o el talón lo cual nos hace pensar en una verdadera ciática.

Cuando corremos y se está iniciando una contractura del piramidal se percibe una molestia, más frecuente con el músculo en frío, que se agrava cuando recogemos mucho la pierna, esto es cuando hacemos trabajo de ritmo o interval-training o cualquier otro entrenamiento que aumente la zancada de repente por fuerte cambio de ritmo. Se nota como una punzada en el centro del glúteo con o sin afectación de la espalda baja lumbar. Cuando pasan los días esa molestia se fija en las nalgas con carácter quemante o punzante y de forma más diferida en los músculos paravertebrales lumbares de ese lado.

A los pocos días ya no sólo duele al principio sino durante el entrenamiento también. A veces queda ese dolor sordo en el glúteo durante meses y una competición o entrenamiento exigente lo hace precipitar en verdadero cuadro de dolor y limitación funcional que impide siquiera trotar unos minutos.

Debemos preocuparnos cuando el dolor entre la zona central y baja de las lumbares y hasta la cabeza del fémur en la cadera se instaura de forma continua y se agrava con el coche o largo rato sentados así como con los entrenos fuertes, sin pasar del muslo posterior y con carácter quemante o punzante.

En la consulta

Es muy desesperante que te digan que no aparece nada en tu columna ni en tu cadera cuando estas pasando algo parecido a una lumbalgia o a una ciática. Las pruebas radiográficas no revelan nada raro. Los estudios de conducción nerviosa del ciático no están especialmente comprometidos. Pero, a la palpación, encontramos invariablemente una gran contractura que recorre de dentro a afuera y en oblicuo la nalga de un lado y hay un trigger point o "punto gatillo" desencadenante de los síntomas ya indicados, en el centro del glúteo, justo donde está comprimido momentáneamente el nervio ciático. Es por ello que el médico deportivo o el clínico que haga el reconocimiento tiene que estar bien entrenado manualmente si quiere confirmarlo. Cuando realizamos el test de los rotadores externos de cadera estos están muy limitados, justo al contrario que los rotadores internos (sus antagonistas) que dan un recorrido excesivo sin molestia ninguna. Cuando hacemos pruebas musculotendinosas resistidas so negativas lo cual descarta que se trate de algún tipo de tendinitis. Igualmente descartamos las bursitis de cadera por palpación y por que estas se localizan justo en la cadera y no en el centro de la nalga o en el muslo posterior. Con los conocimientos osteopáticos oportunos se explorará el hueso sacro y se encontrará un ligero desplazamiento en torsión con bloqueo de la articulación sacroilíaca lo cual facilita la excesiva tensión del piramidal que ya se dijo nace del borde lateral de este hueso final de la columna. Si observamos, por simple inspección, los pies del atleta cuando está tumbado boca arriba suele tener el pie del lado afectado más rotado hacia fuera como corresponde a un hipertono de un músculo rotador externo de la cadera como es el piramidal.

Prevención

Cuando notemos síntomas de afectación del glúteo con cierta irradiación a muslo y con carácter quemante o de acorchamiento debemos prevenir que el cuadro siga su curso y desemboque en lo que venimos llamando "síndrome del piramidal".

Para ello intensificaremos nuestros estiramientos de pelvis al terminar de correr: isquiotibiales, psoas, cuádriceps, aductores, abductores, rotadores internos y rotadores externos de cadera así como el poplíteo. También es interesante cuidar la zona lumbar y abdominal con refuerzo casi isométrico o trabajo selectivo de transversos abdominal y oblicuos.

Está muy indicado el uso de calor seco por las noches y de pomadas de calor por las mañanas (metilsalicilato, mentol y alcanfor o las más naturales con cayeput, pimienta, clavo, mandarina y bases oleosas de girasol o almendras).

Indicadas, igualmente, están todas las posibilidades de la homeopatía como los relajantes de los espasmos musculares (Spascupreel - Phinter Heel, Sportprax-Praxis, Colocynthis 9CH- Boiron, Atropinum 9CH- Boiron) y de la fitoterapia (Valeriana, Espino Blanco, Pasiflora, Chamomilla) para relajar de modo general todo el conjunto pélvico.

Pero si hay que recomendar con mayúsculas algo es un buen calentamiento y sobre todo un estiramiento para el piramidal que debemos realizar de forma suave e indolora hasta notar que cede la tensión y el dolor. Se realiza de la siguiente manera: Tumbado boca arriba, la pierna afectada con rodilla y cadera flexionadas a 90° tiramos hacia el lado contrario sobre la otra pierna que permanece recta. Para ello nos ayudamos de la mano contraria al lado afectado. Por ejemplo, si nos molesta el glúteo derecho: Utilizamos la mano izquierda para coger la rodilla derecha y llevar la pierna flexionada de rodilla y cadera hacia el lado izquierdo hasta notar tensión sin dolor y ahí mantenemos veinte segundos. Después presionamos hacia fuera y resisitimos unos seis segundos con la mano que agarraba. Pasados esos seis segundos ganamos nuevamente recorrido y permanecemos otros veinte segundos estirando. Estos estiramientos post-isométricos suelen ser suficientes para disipar un posible pinzamiento del piramidal pues eliminamos el exceso de tono de este músculo y por tanto la posibilidad de compresión o roce sobre su vaina por parte del piramidal. En este ejercicio estamos realizando las acciones contrarias al músculo piramidal: Rotación interna y adducción o aproximación, por ello estiramos correctamente el músculo y por ello esta técnica tan básica funciona como prevención.

Tratamiento

Como suele suceder en Medicina es mucho más adecuado tratar el origen que los síntomas cuando nos encontramos con un piramidal cuya contractura ha conseguido afectar al nervio ciático aunque sea de pasada y no de modo permanente.

Si conocemos la biomecánica de la articulación sacroilíaca la cosa se simplifica pues de los ejes de corto movimiento del hueso sacro sólo los oblicuos parecen desembocar en este síndrome, por esta razón las posibilidades manipulativas se reducen a cuatro. Ahora hay que saber sobre qué lado manipulamos el sacro para no "rotarlo" o "normalizarlo" correctamente, según sea una torsión derecha o izquierda sobre ejes derecho o izquierdo.

De esa correcta manipulación sacra depende casi todo el tratamiento, por ello se requiere buen manejo articular y conocimiento de la manipulación articular osteopática para no equivocarnos de lado. Antes de manipular realizamos, sobre glúteo, muslo y lumbar de ese lado masaje terapéutico con técnicas desfibrosantes como las de Typaldos, Cyriax, Moneyron, Wetterwald o un buen rodamiento desfibrosante. Después se realiza una correcta liberación fascial y una adecuada inhibición del "punto gatillo". A veces realizamos una técnica de liberación por posicionamiento que describió Lawrence H. Jones. Una vez trabajado el "tejido

blando" vamos a la articulación en si y realizamos técnicas de "juego articular" como la del "volante" para, finalmente, realizar la manipulación sacra no sin antes estirar bien el músculo piramidal y demás rotadores externos de cadera. A veces iniciamos el tratamiento con aplicación de calor interno con microondas, sistema neuralter o corrientes capacitivas o resistivas.

Al finalizar el tratamiento debemos insistir en la vuelta gradual a los entrenos y en la correcta ejecución de los ejercicios de estiramiento y pélvicos.

