

REPORTE DE CASO

COMPRESIÓN DE NERVIOS CIÁTICOS POR PIRIFORME CON REDUCCIÓN DEL ESPACIO ISQUIOFEMORAL

Elizabeth Roldán González¹, Nestor Andres Bonelo Fernandez², Ayde Patricia Recalde Getial³, Luisa Fernanda Mancipe Rojas⁴

RESUMEN

Introducción: El síndrome piriforme es un cuadro clínico complejo que aparece en pacientes generalmente activos durante la cuarta o quinta décadas de vida, más frecuente en mujeres; se caracteriza por la compresión a nivel extra pélvico del nervio ciático; constituye hasta el 6,5% de los casos de dolor en la zona lumbar, los glúteos y las piernas, es una entidad poco conocida que representa una causa significativa de dolor y de absentismo laboral. Este artículo describe un caso clínico de gran importancia por sus características, solo el 1% de los pacientes jóvenes cursan el síndrome piriforme con reducción del espacio isquiofemoral.

Objetivo: Describir el caso de una paciente con diagnóstico de síndrome piramidal con reducción del espacio isquiofemoral con el fin de analizar las implicaciones de una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento, así como las barreras clínico-administrativas del sistema de salud en Colombia que han retrasado su identificación y manejo, afectando la calidad de vida de la paciente.

Material y método: Se realizó el análisis descriptivo de un caso clínico de una paciente de 35 años diagnosticada con síndrome piramidal; se tuvo en cuenta todos los estudios diagnósticos, protocolos empleados, intervenciones y procesos administrativos relacionados con el desarrollo de su enfermedad.

Resultados: La paciente presenta compresión del nervio ciático izquierdo por piriforme con reducción del espacio isquiofemoral izquierdo; manejo quirúrgico, farmacológico e implantación de un neuroestimulador medular. El dolor es considerado de difícil manejo, mejora con terapias físicas, apoyos canadienses, neuromoduladores y analgésicos, sin embargo, los factores administrativos para el acceso oportuno y preciso acorde con la complejidad de la

¹ Docente Investigadora Programa de Fisioterapia. Fundación Universitaria María Cano Sede Popayán. Líder Grupo de investigación FISIOTER. E-mail: Elizabeth.roldan@fumc.edu.co.

² Fisioterapeuta. Programa de Fisioterapia. Fundación Universitaria María Cano Sede Popayán. E-mail: nestorandresbonelofernandez @fumc.edu.co.

³ Fisioterapeuta. Programa de Fisioterapia. Fundación Universitaria María Cano Sede Popayán. E-mail: aydepatriciarecaldegetial@fumc.edu.co.

⁴ Fisioterapeuta. Programa de Fisioterapia. Fundación Universitaria María Cano Sede Popayán. E-mail: luisafernandamanciperaojas@fumc.edu.co.

enfermedad estipulado por la ley para las EPS, factores psicoemocionales de la paciente y las características anatómicas y biomecánicas del caso han retrasado el seguimiento médico limitando la continuidad de su tratamiento; esto ha producido diversas complicaciones en su estado de salud que han repercutido en su vida personal, familiar, social, laboral y económica.

Conclusiones: El caso clínico permitió evidenciar las problemáticas que, a nivel clínico, laboral y administrativo, impiden la recuperación y el mejoramiento de la calidad de vida de los pacientes en Colombia.

Palabras claves: Síndrome piriforme, nervio ciático, neuropatía, artroscopia de cadera, neuroestimulador medular.

ABSTRACT

Introduction: Piriformis syndrome is a complex clinical picture that appears in patients generally active during the fourth or fifth decades of life, more frequent in women; It is characterized by extra-pelvic compression of the sciatic nerve; It constitutes up to 6.5% of cases of pain in the lower back, buttocks and legs, it is a little known entity that represents a significant cause of pain and absenteeism. This article describes a clinical case of great importance due to its characteristics, only 1% of young patients have piriformis syndrome with reduced ischio-femoral space.

Objective: To describe the case of a patient with a diagnosis of pyramidal syndrome with reduction of the ischofemoral space in order to analyze the implications of a disease that is difficult to diagnose and treat, as well as the clinical-administrative barriers of the health system in Colombia that have delayed its identification and management, affecting the quality of life of the patient.

Material and method: The descriptive analysis of a clinical case of a 35-year-old patient diagnosed with pyramidal syndrome was performed; All diagnostic studies, protocols used, interventions and administrative processes related to the development of their disease were taken into account.

Results: The patient presented compression of the left sciatic nerve by piriformis with reduction of the left ischio-femoral space; surgical, pharmacological management and implantation of a medullary neurostimulator. Pain is considered difficult to manage, it improves with physical therapies, Canadian supports, neuromodulators and analgesics, however, the administrative factors for timely and accurate access according to the complexity of the disease stipulated by the law for EPS, psycho-emotional factors of the patient and the anatomical and biomechanical characteristics of the case have delayed medical follow-up limiting the continuity of their treatment; This has produced several complications in his state of health that have had an impact on his personal, family, social, work and economic life.

Conclusions: The clinical case allowed to demonstrate the problems that, at the clinical, labor and administrative level, prevent the recovery and improvement of the quality of life of patients in Colombia.

Keywords: Piriformis syndrome, sciatic nerve, neuropathy, hip arthroscopy, medullary neurostimulator.

INTRODUCCIÓN

El piriforme es un músculo abductor y rotador externo de la cadera que actúa como flexor durante la marcha. Está en contacto con el ligamento anterior de la articulación sacroilíaca y la raíz del primero, segundo y tercer nervio sacro. Su borde inferior está estrechamente relacionado con el tronco del nervio ciático¹.

Una de las patologías más comunes de este músculo es el síndrome piriforme o síndrome del piramidal, que se caracteriza por la compresión a nivel extra pélvico del nervio ciático². También es conocido como Síndrome del glúteo profundo debido a la existencia de una compresión neural por parte del obturador interno y géminos superior e inferior³.

El síndrome piriforme constituye hasta el 6,5% de los casos de dolor en la zona lumbar, las nalgas y las piernas⁴. Es una entidad poco conocida, que representa una causa significativa de dolor lumbar; un 50% de los pacientes tienen antecedentes traumáticos o contusiones directas sobre el glúteo; además, es una de las causas más frecuentes de absentismo laboral⁵.

Se ha identificado un cuadro clínico de dolor en la región lumboglútea unilateral, que se irradia por la cara posterior del muslo casi siempre hasta el hueco poplíteo pero que también suele irradiarse por la cara posterior de la pierna hasta la planta del pie y que se exacerba con el paciente sentado o en caminatas o posición bípeda prolongada y que obliga al paciente a permanecer en posición de rotación externa⁶.

De acuerdo con López, Colato y Vaduva⁷, al síndrome piramidal se constituye como una neuropatía que genera trastornos sensitivos como pérdida de la sensibilidad y disestesias (hormigueos, quemazón y pinchazos); trastornos motores como debilidad flácida de los miembros afectados, pérdida de reflejos y atrofia muscular; y trastornos autonómicos como la hipotensión ortostática, retención urinaria, importancia, entre otros.

Cuando el síndrome piramidal se acompaña de un atrapamiento isquiofemoral se caracteriza por un dolor de cadera que se atribuye a un estrechamiento del espacio entre la tuberosidad isquiática donde se insertan los isquiotibiales y el trocánter menor, con compresión intermitente y repetitiva del músculo cuadrado femoral. Es más frecuente en mujeres con un rango de edad entre 50 y 55 años y se manifiesta con dolor en la región glútea profunda⁸.

Este artículo se desarrolla en torno a la descripción del caso de una paciente que fue diagnosticada con síndrome piramidal, y su importancia radica en la capacidad de análisis de un caso poco común, teniendo en cuenta que es una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento, lo cual retrasa su identificación, afectando la calidad de vida del paciente⁹. También permite abordar la problemática a nivel social, laboral y medicolegal del síndrome piriforme que produce alteraciones biomecánicas que pueden provocar discapacidad, con el consecuente aumento de los costes directos e indirectos de atención médica y ausentismo

laboral¹⁰, como ocurre en el caso descrito en este artículo.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente femenina de 35 años, que se desempeña como secretaria, con antecedentes médicos de lumbalgia mecánica, que acude a urgencias en la ciudad de Popayán el día 30 de octubre de 2012, con un cuadro de dolor a nivel de glúteo izquierdo irradiado a parte posterior de la pierna y punta del primer dedo del pie, Inicialmente es valorada por el neurocirujano, quien encuentra parestesias desde la mitad del glúteo y todo el miembro inferior izquierdo, dolor intenso e irradiado, por lo cual es hospitalizada.

Se sospecha de hernia discal lumbar de L5 y se solicita resonancia magnética; los resultados no muestran acuñamientos ni listesis en los cuerpos vertebrales, se conserva la hidratación del parénquima y se observan las facetas articulares sin compromiso. Se descarta sospecha diagnóstica.

La paciente es valorada por medicina del dolor, quien ordena pregabalina 75mg cada 8 horas, duloxetina y ¼ de parche de buprenorfina 35mcg cada 72 horas, ya que la paciente refiere dolor constante, irradiado e intensificado.

El 3 de noviembre de 2012 algesiología realiza el primer bloqueo simpático lumbar derecho del cuerpo vertebral L5; un mes después realiza el segundo bloqueo simpático lumbar izquierdo del cuerpo vertebral L5; y, el 8 de

diciembre, realiza el tercer bloqueo, epidural L4-L5 con esteroides.

El 21 de enero de 2013, la paciente es valorada por neurocirugía en otra ciudad, se ordena resonancia de pelvis para valorar el nervio ciático, realizada el 12 de febrero. El resultado se reporta normal, se solicita segundo concepto en la ciudad, el cual evidencia compromiso inflamatorio de varios grupos musculares, infiriendo un síndrome del piramidal, obturador interno, externo y bursitis en la inserción del músculo iliopsoas.

El 14 de febrero se realiza electromiografía; el reporte de fisiatría indica hallazgos sugestivos de afectación del nervio ciático en su nervio peroneo sin compromiso de los paraespinales. La paciente refiere aumento en la intensidad del dolor después del procedimiento por lo que acude a hospitalización.

Con estas evidencias, se valora por traumatología, quien ordena manejo clínico para síndrome piriforme con tizanidina, terapias de relajación muscular, calor local, infiltración del piramidal y tenotomía del piriforme; e interconsulta por traumatología con especialidad de cadera.

El especialista ordena una serie radiológica de cadera y una angiogramografía para descartar varices pélvicas; e infiltración del nervio ciático y del músculo piriforme previo artograma bajo anestesia para mejorar el dolor. Para estos procedimientos, la paciente solicita ante la EPS manejo continuo por la especialidad indicada.

Desde febrero hasta abril, la paciente recibe terapias físicas de relajación muscular, compresas calientes y estiramientos sin presentar mejoría. Por ello, el 21 de mayo ingresa por urgencias presentando agudización del dolor y es hospitalizada, recibe manejo con Pregabalina 150 mg cada 8 horas, ¼ de parche de buprenorfina 35 mcg, morfina 10 mg diluida a 10cc EV 4cc cada 4 horas, metadona tab 10 mg, baclofeno tab 10 mg y venlafaxina tab 75 mg cada 24 horas.

El 31 de mayo se traslada a la paciente para atención en Cali con el traumatólogo especialista en cadera, quien encuentra dolor en expansión, signos de pinzamiento, psoas positivo, EMG con afectación del nervio ciático extra pélvico, componente peroneo con edema de musculatura pelvitrocantérea y angio TAC de pelvis que descarta varices intrapélvicas.

Se explica la necesidad de realizar artroscopia de cadera izquierda para liberar nervio ciático. Posterior a fallo de tutela la paciente es intervenida quirúrgicamente el 12 de junio. Los hallazgos indican atrapamiento de ramas terminales de plexo sacro en región intrapélvica con extensión por escotadura ciática izquierda, adherencias múltiples en región de escotadura por debajo del músculo piriforme izquierdo comprometiendo el ciático, por lo cual, se descomprime el nervio, mejorando la circulación, al realizar una sección parcial del piramidal.

El 13 de junio se realiza una radiografía de pelvis AP donde se observa ligero incremento en

la cobertura femoroacetabular izquierda que produce pinzamiento.

En agosto se realiza bloqueo de glúteo profundo que mejora el dolor en un 60% y se continua con la misma medicación, pregabalina 150 mg cada 12 horas, venlafaxina 75 mg cada 24 horas, ¼ de parche de buprenorfina 35 mcg cada 72 horas.

Se indican 15 sesiones de terapia físicas de rehabilitación y apoyo con una muleta canadiense para el miembro superior derecho, y se considera reiniciar sus actividades laborales. Sin embargo, debido a problemas administrativos de la EPS debe suspender asistir de manera particular sus trámites.

El 1 de noviembre presenta un cuadro de dolor intenso que pasa de 4 a 7 en una escala de 1 a 10, parestesias y disestesias en región glútea. Continúa manejo con neuromoduladores (pregabalina), aumenta la dosis a ½ parche de buprenorfina 35 mcg y se plantea liberación artroscópica que no es autorizada por la EPS aun con la tutela a favor, por lo tanto, la paciente interpone tres desacatos por incumplimiento.

El 11 de noviembre se realiza resonancia magnética simple de pelvis y nervio ciático en la que se encuentra hipertrofia en gemelo inferior, cuadrado femoral, glúteo medio y mayor izquierdo.

Entre enero y mayo de 2014 continúa control con medicina del dolor. Se aumenta la dosis de pregabalina a 300 mg cada 12 horas. Las terapias físicas continúan ocasionales y la paciente sigue laborando debido a dificultades económicas,

pues las incapacidades anteriores no fueron debidamente reconocidas y su condición de madre cabeza de familia la obliga a mantener su trabajo.

Finalmente, el juzgado emite un fallo a favor que obliga a la EPS a dar continuidad en el proceso de tratamiento de la paciente con el especialista indicado.

El 9 de junio es valorada por el especialista en traumatología de cadera encuentra abundante tejido fibrovascular que comprime el nervio, por lo cual se realiza una nueva sección parcial del piriforme. Se explican posibles secuelas debido a la ausencia prolongada de terapias y tratamiento. La paciente no logra controlar el dolor y se indica una segunda muleta de apoyo, se aumenta pregabalina 300 mg cada 8 horas, ½ parche de buprenorfina 35 mcg y parches de lidocaína al 5% debido a la hipersensibilidad generada en la cara posterior y lateral del muslo como consecuencia de la cirugía y la manipulación del nervio.

En septiembre, el control con medicina del dolor revela cefalea intensa por posible exudado en ojo derecho por lo que se remite a oftalmología; el especialista encuentra signos de papiledema bilateral y remite a neurología, quien confirma la sospecha. Se realiza resonancia cerebral y se descartan tumores y masas. Se hace prueba de presión intracerebral y se encuentra alta debido al uso prolongado de neuroestimuladores, por lo que se realizan dos punciones lumbares para extraer LCR y así disminuir la presión cerebral, los estudios

realizados al LCR son normales. Se diagnostica síndrome de hipertensión cerebral asociada al uso de pregabalina. Por ello, se cambia a gabapentin 300 mg y acetazolamida 250 mg cada 12 horas, las cuales no controlan el dolor en la forma que lo hacía la pregabalina. Debido a esta situación, medicina del dolor convoca a junta médica para estudiar la posibilidad de colocar un sistema de neuroestimulación, mientras la paciente continúa con terapias física e hidroterapia, y controles con oftalmología, neurología y medicina del dolor.

En abril de 2015, la paciente es valorada por fisiatría, psiquiatría, algesiología y neurocirugía, quienes emiten respuesta positiva en agosto para la colocación del sistema de neuroestimulación medular. Se inician trámites para su realización.

Durante el proceso de enfermedad la paciente ha presentado bajo estado de ánimo, trastornos del sueño y depresión, por lo que ha necesitado seguimiento por psicología y psiquiatría.

El 8 de diciembre se realiza prueba con el neuroestimulador de 10 voltios mejorando el dolor en un 50%; el 12 de diciembre se realiza la implantación definitiva del dispositivo que ocasionó complicaciones y hospitalización prolongada. Durante el procedimiento quirúrgico que se prolongó por dificultades en encontrar el punto de estimulación adecuado, generando dolor intenso durante el procedimiento; finalmente, se logra implantar el dispositivo adecuadamente. Debido a ello, la paciente niega volver a someterse a un procedimiento por el alto nivel de dolor.

En mayo de 2016, se revela que la paciente requiere altos niveles de intensidad dependiendo de su posición, 6.2v acostada, 6.4v de pie y 6.6v en actividad física y terapia, lo que ocasiona descarga de la batería. Se ordena cambio a un sistema recargable. La batería después de 4 meses se descarga y reaparecen los síntomas que son manejados con terapia analgésica y morfina. El neuroestimulador recargable de 250 mcs 60 Hz se coloca de forma definitiva el 17 de septiembre en un procedimiento quirúrgico que generó altos niveles de dolor en la paciente, quien decide no realizarse más cirugías si no se le garantiza una mejoría del 80% en futuros procedimientos.

Traumatología solicita estudio dinámico de cadera que requiere tomografía en Institución especializada en Holanda. Los resultados sugieren cuello femoral valgo con retroversión femoral + anteversión acetabular que en pruebas dinámicas refleja área de contacto con espacio isquiofemoral izquierdo que guarda relación con la clínica.

El 24 de agosto de 2016 es valorada por medicina laboral de la EPS para evaluar la pérdida de capacidad laboral, que se califica con 42,53% que significa incapacidad permanente parcial, condición no invalidante, pero con probabilidad de secuelas donde requerirá restricciones y/o reubicación laboral, que deben ser evaluadas dentro del SG-SST de la empresa.

Entre enero y marzo de 2017 se solicita interconsulta con fisioterapia y neuropsicología; y continua en control con oftalmología y

neurología para mantener controlada la hipertensión cerebral. Se indica plan de tratamiento consistente en artroscopia de cadera izquierda con osteoplastia, unión cabeza-cuello femoral, acetabuloplastia, reinserción de la unión condrolabral con anclas de fijación, capsulotomía y capsulorrafia.

El 20 de abril medicina del dolor sugiere iniciar terapias neurales en miembro inferior derecho debido a la sobrecarga de peso; la paciente continua con terapia física, hidroterapia y ejercicios en casa trabajando marcha, fuerza y estabilidad para moderar el dolor. Durante las crisis se indica rescate de morfina y vigilancia trimestral.

El 28 de julio se realiza artroscopia de cadera indicada en el plan de manejo, encontrando bandas fibrovasculares con adherencia severa que se libera hasta la escotadura ciática. Se realiza tenotomía del piriforme y liberación del plexo lumbosacro, se alcanza espacio isquiofemoral, se procede a liberar cuadro femoral y a osteoplastia del trocánter menor del fémur. El 10 de agosto, el control posquirúrgico revela mejoría del 15% y se indica plan de rehabilitación física en 4 fases de acuerdo con el protocolo de rehabilitación después de artroscopia de cadera en PFA.

La primera fase, de máxima protección y movilidad, dura las tres primeras semanas y hace énfasis en realizar la marcha con muletas sin apoyo, evitando la extensión de la cadera operada. La segunda fase, de control y estabilidad, va de la 4ª a la 6ª semana, y su

objetivo es incrementar progresivamente (40%) la carga de peso de la articulación; la tercera fase, de fortalecimiento, va de la 7ª a la 9ª semana postquirúrgica, y su propósito es disminuir el dolor local, en caso de que persista, con estiramientos, estabilidad dinámica, ejercicios de Core, reeducación en patrón de marcha, aeróbicos e hidroterapia; y, la cuarta fase, de preparación para la práctica deportiva, corresponde al acondicionamiento muscular que le permita al paciente desarrollar actividades de alta exigencia¹¹.

La valoración por neuropsicología solicitada por la EPS, realizada el 24 de agosto, revela cuadro de depresión y ansiedad debido a dificultades en su movilidad, expectativas sobre el futuro y condición social. Se solicitan pruebas neuropsicológicas que sugieren ansiedad moderada a severa y signos de depresión leve, por lo cual se indica terapia psicológica. La valoración por psiquiatría sugiere iniciar imipramina para controlar el estado anímico y los trastornos del sueño.

A 11 de noviembre, la paciente continúa en rehabilitación logrando apoyo en talones; presenta crisis de dolor menos frecuentes que se manejan con rescate de morfina. Continúa con medicación, gabapentin 400 mg cada 8 horas, parche de lidocaína al 5% y ¼ de parche de buprenorfina 35 mcg. Se prorrogan las incapacidades.

A 28 de enero de 2018 la paciente tiene suspendidas las terapias físicas debido a problemas entre la EPS y el cambio de

prestadores. En abril retoma nuevamente terapia acuática y física con un EVA 7/10, marcha con dispositivos de ayuda, se identifica poca altura de paso, poca activación del iliopsoa, cuádriceps y glúteo mayor. Se realizan pruebas específicas, Thomas, retracción de isquiotibiales, Bragard-Lasegue y ligamentos sacroilíacos.

La paciente continúa controles con medicina del dolor mensualmente, y algesiología, neurología, oftalmología y traumatología cada 3 meses. Se vuelven a suspender las terapias físicas e hidroterapia, que la paciente empieza a pagar de forma particular.

El 29 de noviembre inicia la valoración por medicina laboral para calificar la pérdida de capacidad laboral por parte del fondo de pensiones.

El 13 de diciembre, el concepto de medicina del dolor sugiere compresión del nervio ciático izquierdo, dolor crónico de difícil manejo, antecedentes de hipertensión cerebral y ansiedad moderada a severa, por lo tanto, no se da de alta la especialidad.

Sin embargo, la paciente no logra acceder a sus citas de control con medicina del dolor, algesiología para revisión del neuroestimulador y traumatología, debido a dificultades entre la EPS y los prestadores. Ante esta situación, la paciente acude al derecho de petición y a la superintendencia de salud; además, se ve obligada a reintegrarse a su trabajo con restricciones en la fuerza, peso, movilidad y reubicación laboral.

El 6 de junio de 2019 se emite el concepto de medicina laboral, que considera que la paciente ha tenido mejoría máxima y se califica con 29% por lo que se indica reintegro laboral.

El 29 de junio, el formato de seguimiento de rehabilitación laboral reporta que la paciente tiene restricciones médicas laborales que deben ser tenidas en cuenta en su puesto de trabajo. Describe que no puede hacer trabajo en posturas estáticas, sino en posturas alternas; hacer cambio de postura cada 20 – 30 minutos o a tolerancia; no puede realizar labores caminando o de aplicación de fuerza con tronco, o agachada constantemente; no puede usar escaleras, solo ascensor; debe iniciar con una carga baja de trabajo y hacer pruebas de trabajo de acuerdo con su tolerancia en las funciones asignadas; se sugirió jornada continua para minimizar su desplazamiento.

Al momento del reintegro laboral, su puesto de trabajo ha sido adecuado bajo las indicaciones del médico laboral; la paciente requiere de momentos de descanso, para lo cual le fue asignada una camilla; no obstante, el lugar de trabajo no reúne las condiciones necesarias para desarrollar sus labores diarias, el espacio es muy reducido y le ha implicado sobreesfuerzos al flexionar las piernas e inclinar el tronco, lo que le provoca dolor, inflamación e incomodidad; por ello se aumentó la medicación, provocándole somnolencia, falta de concentración y dificultades en su trabajo. Esta situación revela que no hubo una reubicación y reestructuración adecuada del puesto de trabajo de la paciente

teniendo en cuenta sus restricciones y el seguimiento laboral de la patología.

El 19 de junio, la EMG de control revela compromiso activo de irritación del nervio ciático en su músculo peroneo; además, se encuentra presencia de un leve túnel del carpo en miembro superior derecho y más leve en miembro superior izquierdo. En este momento, solo acude a hidroterapia, por lo cual su dolor se hace más intenso, requiere más dosis de medicamentos y no le han sido autorizados los controles con especialistas.

El 30 de junio ingresa por urgencias refiriendo fuerte dolor, ausencia de medicación por suspensión de sus controles; se hace manejo con rescate único de morfina y se ordena salida con recomendaciones. Pasa por valoración prioritaria con algesiología, quien modifica todo el esquema de dolor, ½ tab metadona 10 mg cada 24 horas, oxcarbazepina tab 600 mg cada 24 horas e Imipramina tab 25 mg cada 24 horas. Se otorga incapacidad médica.

A 24 de septiembre, la paciente no ha logrado acceder a controles con los médicos tratantes. Consigue cita prioritaria con un nuevo médico algesiólogo quien le brinda dos alternativas para manejar el dolor, infiltración del músculo piriforme usando toxina botulínica o neurólisis por radiofrecuencia en el ganglio de la raíz.

Actualmente, los especialistas refieren que las complicaciones en la salud de la paciente fueron ocasionadas por la falta de seguimiento a sus 3 intervenciones quirúrgicas y continuidad en el tratamiento. Se detecta nivel 7/10 de dolor

irradiado y constante, que se ha aliviado con el aumento del voltaje del neuroestimulador a 7.4v. Hay presencia de calambres nocturnos, parestesias y dificultad para apoyar el peso del cuerpo sobre sus miembros inferiores; se hace manejo con termoterapia superficial tipo compresas húmedas calientes en casa, aunque el dolor ha aumentado y solo se aplican rescates de morfina.

Con respecto a su situación laboral, no se definió la capacidad laboral. Desde 2014 ha tenido incapacidad continua, debido al alto riesgo de caída, además, el dolor no le ha permitido tener una vida independiente. La paciente continúa buscando conseguir las autorizaciones para continuar el tratamiento por medio de la EPS.

Las actividades de la vida diaria son restringidas porque requiere los dos apoyos todo el tiempo. Alteraciones al vestir debido a la hipersensibilidad y el dolor que causa la batería del neuroestimulador. No realiza muchas

actividades sociales debido a los problemas que tiene para conciliar el sueño y las dificultades en su movilidad.

Desde aspectos socioeconómicos, su condición se ha visto afectada debido al alto costo de los medicamentos y traslados a citas y terapias que representan múltiples gastos.

El informe de psicología reporta trastorno depresivo recurrente con cuadro crónico de dolor neurítico en descompresiones, evidencia de deterioro cognitivo que se refleja en dificultad para concentrarse, olvida cosas importantes y dificultad para aprender nueva información; disminución de la capacidad motora y estigmatización a nivel social.

A nivel personal, la paciente refiere que todavía no ha aceptado la complejidad de su condición.

Desde la perspectiva médica, se encuentra que el diagnóstico de síndrome piramidal con reducción del espacio isquiofemoral ha sido el único reportado en pacientes de 35 años.

Cuadro resumen de procedimientos

No.	Procedimiento realizado	Evidencia científica	Nivel de evidencia	Grado de recomendación
1	Resonancia magnética	Cejas, et al ¹² .: la RM tiene la capacidad de valorar óptimamente la estructura de los nervios periféricos y de los plexos nerviosos. Permite distinguir el patrón fascicular normal del nervio y diferenciarlo de anomalías que lo afectan como inflamaciones, traumas y tumores.	2+	C
		Schwartzman, et al ¹³ .: la RM, por su alta resolución anatómica y capacidad multiplanar es el método de elección para detección de lesiones musculares de localización atípica o profunda; posee alta sensibilidad para brindar imágenes de gran contraste en tejidos blandos y evaluar planos profundos, así como alta especificidad.	2+	C
		Ravagna ¹⁴ .: La RM puede identificar alteraciones anatómicas que producen la compresión de las raíces lumbosacras del nervio ciático.	2++	B
2	Bloqueo simpático lumbar y epidural	García y Zaragoza ¹⁵ .: Con los bloqueos simpáticos se puede lograr alivio completo del dolor por un período de tiempo limitado, interrumpiendo los reflejos anormales, el círculo vicioso del dolor y la	2+	C

		sintomatología simpática para facilitar el empleo de otras técnicas terapéuticas y de rehabilitación. El bloqueo de plexo sacro está indicado para lesiones del nervio ciático y síndrome piriforme. Medel et al ¹⁶ .: El bloqueo epidural con infiltración de corticoesteroides en el tratamiento de la lumbociática solo ofrece alivio del dolor a corto plazo (3 meses). Los efectos a largo plazo son positivos, pero no estadísticamente significativos.	2+	C
3	Electromiografía	Cejas, Aguilar, Falcón, Caneo y Acuña ¹² : es la técnica más usada para estudiar las neuropatías periféricas (NP), son embargo, consume mucho tiempo, no es cómodo para el paciente, no localiza el sitio exacto de la lesión, ni tampoco diferencia la fibrosis perineural de las masas compresivas.	2+	C
4	Terapia física y de relajación muscular	Hunt y Legal ¹⁰ : Las técnicas osteopáticas mediante Thrust y de energía muscular mejoran la extensibilidad muscular y disminuyen el dolor del músculo piriforme, a su vez, influyen en las estructuras con las cuales se relaciona a través de las cadenas musculares y el principio de tensegridad.	2++	B
5	Angiotomografía	Ravagna ¹⁴ : La tomografía es útil para excluir otras causas que producen la compresión de las raíces lumbosacras o del nervio ciático. Es útil para guiar las infiltraciones de la articulación sacro-ílica. También es útil para descartar neuropatías y miopatías.	2++	B
6	Artroscopia de cadera	Seijas, Areas y Sallent ¹⁷ : La artroscopia permite la posibilidad de tratar de forma menos invasiva patologías que solo eran susceptibles por técnica abierta. Está indicada en lesiones condrales y osteocondrales, lesiones labrales, lesiones de ligamento redondo, cuerpos libres, infecciones, enfermedades sinoviales, AFA, lesiones de glúteo medio, subespinal, SDTM, glúteo profundo y cadera en resorte externo.	2+	C
7	Implantación de neuroestimulador	Gil, et al ¹⁸ .: Uno de los requerimientos para un correcto tratamiento invasivo es la estimulación muscular con neuroestimulador. Arango et al ¹⁹ .: Con una evidencia de moderada calidad, se encontró que el neuroestimulador disminuye significativamente el dolor neuropático comparado con otras terapias convencionales y parece mejorar la calidad de vida en algunas condiciones. Martín et al ²⁰ .: La evidencia actual sobre la efectividad del neuroestimulador como tratamiento de diferentes tipos de dolor crónico es limitada y con frecuencia queda inconclusa debido a deficiencias en los métodos y selección de pacientes. El empleo de estas técnicas debería valorarse de forma individual según las preferencias del paciente, su disponibilidad, respuesta al tratamiento y resultados de evidencia procedentes de series ECA o registros prospectivos de pacientes con dolor crónico.	2+ 2+ 2+	C C C
8	Terapias neurales	Lóriz et al ²¹ .: la terapia neural es una técnica alternativa y complementaria que puede ser utilizada para aliviar el dolor. En el estudio clínico realizado se aplicó terapia neural a 15 pacientes con lumbociatalgia. Entre sus ventajas se destaca que es una técnica aplicable a una amplia gama de diagnósticos, los efectos secundarios son prácticamente nulos, es de fácil aplicación y de bajo costo.	2++	B
9	Plan de rehabilitación en 4 fases	El Centro Médico Imbanaco ¹¹ estableció un protocolo único de rehabilitación post operatoria de cadera que permite orientar y dirigir la rehabilitación bajo los mismos términos, aunque se realice en distintos lugares. El programa consiste en la activación de cadenas musculares completas desde las primeras etapas, promoviendo la flexibilidad de los grupos musculares no afectados con el	2++	B

	procedimiento quirúrgico, la propiocepción y la integración neuromuscular y la proyección del paciente hacia sus actividades laborales y deportivas.		
10	Termoterapia	No se encuentra evidencia científica	- -

Fuente: Elaboración propia, 2019.

Percepción de la paciente frente a los tratamientos

La literatura científica consultada y sistematizada en el cuadro resumen de procedimientos da cuenta de la evidencia relacionada con las evaluaciones diagnósticas, procedimientos y tratamientos utilizados en el caso. Sin embargo, es importante mencionar la perspectiva que tiene la paciente con respecto a las intervenciones recibidas.

En primer lugar, la resonancia magnética de pelvis facilitó el diagnóstico gracias a la interpretación del radiólogo.

El bloqueo simpático epidural se realizó de forma intrahospitalaria, elevando las expectativas de mejorar el dolor; sin embargo, esta mejoría solo duró un mes pues el dolor no desapareció por completo.

La electromiografía es una ayuda que permite aclarar el diagnóstico, plantear el tratamiento y proceder con la intervención adecuada para cada caso. No obstante, la paciente refiere que este examen sobre estimuló su dolor.

La terapia física y de relajación muscular como primera medida terapéutica cuando el dolor era agudo no fue la mejor, pues la falta de claridad en el diagnóstico ocasionó que se realizara una terapia de tracción y estiramiento que aumentó fuertemente el dolor. Después de la primera intervención quirúrgica de artroscopia

de cadera, las terapias físicas e hídricas se han propuesto para mejorar la marcha y la fuerza. No obstante, los inconvenientes administrativos en la EPS e IPS limitaron la continuidad de las terapias y por ello, no se han obtenido buenos resultados.

La angiotomografía es un estudio diagnóstico que aportó significativamente al desarrollo del tratamiento propuesto.

Con respecto a la artroscopia de cadera, hubo grandes expectativas la primera vez que se realizó, y hubo mejoría en el aspecto físico y psicológico en un 60%. La segunda intervención se retrasó debido a inconvenientes con la EPS, lo cual complicó el tratamiento, aumentó el dolor, facilitó la pérdida de fuerza e imposibilitó la marcha. La tercera intervención, basada en la evidencia de nuevos estudios, abrió una posibilidad de recuperación debido al procedimiento realizado junto a la cirugía, osteoplastia del trocánter menor, que mejoró el apoyo en los talones.

La implantación del neuroestimulador ayudó a mejorar el dolor, sin embargo, la intervención quirúrgica fue traumática para la paciente debido a las complicaciones intraoperatorias y postoperatorias que surgieron. El dolor disminuyó en un 50% pero la recuperación debía darse junto a las terapias de rehabilitación que no fueron efectivas. Con respecto a esto, la paciente

refiere que la electroestimulación es la última opción que recomendaría para el manejo del dolor.

Por otra parte, refiere que las terapias neurales ayudan a evitar el dolor en el lado opuesto de la lesión, es decir, en el lado derecho para este caso.

En relación con el protocolo de rehabilitación de 4 fases de Imbanaco, afirma que es un programa de terapia física muy efectivo que estimula la rápida recuperación de los pacientes y ayuda a mejorar la adherencia al tratamiento. Sin embargo, es importante reiterar que los inconvenientes presentados con las EPS no permitieron que las terapias se realizaran en el tiempo adecuado.

Finalmente, la paciente refiere que los procedimientos fisioterapéuticos para intervenir y rehabilitar son buenos, sin embargo, es importante la accesibilidad que tengan los pacientes a los profesionales con el fin de encontrar el apoyo terapéutico de forma oportuna.

DISCUSIÓN

Aspectos fisiológicos

De acuerdo con Gallardo²², solamente el 50% de las personas que tienen neuropatías debido a alteraciones o lesiones en el sistema nervioso logran eliminar el dolor. En los pacientes que no logran reducir el dolor se sugiere un abordaje multidisciplinar con especialistas en neurología, medicina del dolor, fisioterapia y psiquiatría,

pues no existen fármacos que erradiquen el dolor. Además, el autor sugiere que el 85% refieren deterioro en su calidad de vida y el 50% padecen ansiedad, depresión y trastornos del sueño. Esta información concuerda con lo que padece actualmente la paciente, quien ha tenido un manejo interdisciplinar y, aun así, no ha logrado reducir su dolor neuropático, además, presenta los síntomas mencionados y un marcado deterioro en su calidad de vida.

En un caso clínico reportado por Estrada et al²³., un paciente de 45 años presentó un cuadro de dolor en la cadera izquierda con 8 años de evolución, que empeoraba cuando realizaba actividad física. En este caso se utilizó la prueba FAIR que dio positiva, artroresonancia magnética y ayudas imagenológicas con las cuales se confirmó el diagnóstico de pinzamiento femoroacetabular tipo CAM (forma de leva); a diferencia de la paciente de este caso, al paciente se le realizó una luxación quirúrgica de cadera izquierda con cefaloplastia y reparación del labrum, teniendo en cuenta la diferencia en su diagnóstico y la similitud de sus síntomas.

Pineda et al²⁴., describieron un caso de una mujer de 54 años con un cuadro de 2 meses de evolución de dolor y parestesias en la pierna derecha. La clínica y la exploración física sugirieron una neuropatía compresiva del nervio ciático a causa de un lipoma en la cara posterior del muslo que fue confirmada con estudios de RNM y EMG. El tumor fue extraído mediante resección quirúrgica sin complicaciones.

En otro caso clínico, un hombre de 64 años con antecedentes de hernia discal L4-L5 de más de 10 años presentó un cuadro de 48 horas de evolución de dolor intenso en región inguinal derecha irradiado a glúteo y cara posterior de muslo hasta el tobillo, fue diagnosticado con lumbociática. Se realizó una RMN y un TAC de columna lumbar que evidenciaron la presencia de un hematoma a nivel del músculo ilíaco derecho. El tratamiento no fue quirúrgico como el de la paciente en estudio, sino que se corrigió el tiempo de protrombina, se indicó reposo y medicación analgésica²⁵.

Aspectos clínicos

En este apartado se realizará un análisis de los exámenes diagnósticos, procedimientos de intervención y tratamientos aplicados a la paciente de acuerdo con las guías de práctica clínica, protocolos y escalas de evaluación establecidas para el manejo de la patología.

De acuerdo con lo establecido en la guía clínica de la Asociación Colombiana para el Estudio del Dolor ACED⁶, el síndrome piriforme es una neuropatía por atrapamiento en miembros inferiores, en la cual, si el sitio de compresión es en la escotadura ciática, como lo indican los hallazgos clínicos de la artroscopia de cadera realizada a la paciente, los factores predisponentes más comunes son la endometriosis y las inyecciones intramusculares que ocasionan dolor en el muslo, caída del pie y reflejo del tobillo ausente.

Otros factores etiológicos posibles son, la hipertrofia o contractura muscular, los traumatismos, las variaciones anatómicas, los trastornos estáticos raquídeos o la desigualdad de longitud de los miembros inferiores²⁶.

Para el diagnóstico, es importante referirse a la anamnesis como el punto de partida requerido para examinar, en principio, el origen y las implicaciones del dolor y así determinar el origen de la enfermedad. Consiste en indagar sobre el comienzo del dolor, la aparición repentina o progresiva de los síntomas, las características y el ritmo del dolor, la irradiación hacia otras extremidades y zonas del cuerpo, las alteraciones en la fuerza, la presión, la flexibilidad y la sensibilidad, así como los antecedentes personales, familiares y las condiciones socioeconómicas del paciente²⁷⁻²⁸.

La guía de la ACED⁶ establece que es necesario descartar previamente otras patologías, como la hernia discal y la sacroilitis, que en el caso de la paciente se evidencia con la resonancia magnética cuyos resultados no muestran acunamientos ni listesis en los cuerpos vertebrales, descartando hernia discal.

Se debe realizar un examen físico para detectar signos de alarma, que se realiza en la paciente cuando ingresa al servicio de urgencias por primera vez y se descarta la hernia discal. El examen físico debe valorar los signos inflamatorios locales, los puntos dolorosos a la palpación de tendones, los músculos y articulaciones, la limitación de la movilidad activa y pasiva, las maniobras de estiramiento

radicular y otras posturas anormales finalizando con un examen del patrón de la marcha²⁹.

Además, se requiere de pruebas complementarias que incluyen imágenes diagnósticas como radiografías, resonancia magnética, tomografía computarizada y gammagrafía; pruebas neurofisiológicas, como la electromiografía; y pruebas analíticas, como la velocidad de sedimentación globular, proteína C reactiva, prueba de Mantoux, HLA-B27, hemocultivos, serología, balance calcio-fósforo, vitamina D3, niveles de PTH, fosfatasa alcalina, estudios de osteoporosis y proteinograma, que permiten descartar varios tipos de lumbalgias²⁷.

El apoyo diagnóstico se basa en una evaluación funcional a partir de electromiografía y estudios de neuroconducción motores y sensitivos en miembros inferiores y, si se sospecha de compresión dinámica del nervio ciático se debe especificar para incluir una modalidad de neuroconducción de Reflejo H con maniobra de provocación FAIR en la cadera afectada^{!Error! Marcador no definido.}. En el caso de la paciente no se realiza este tipo de maniobra dinámica para el diagnóstico de compresión del nervio ciático, solo se realiza el apoyo hasta la electromiografía; no obstante, se realizó una tomografía 3D con cortes específicos con la cual se logró visualizar dicha compresión. En este aspecto, la ACED⁶ afirma que los estudios imagenológicos constituyen el segundo tipo de evaluación paraclínica del síndrome piramidal.

Cejas et al.³⁰, sugieren el uso de técnicas neurográficas por resonancia magnética de alta

resolución para estudiar detalladamente la estructura del nervio ciático, su curso, las relaciones con las estructuras adyacentes que pueden contribuir al atrapamiento y la compresión, y refieren que la EMG, practicada a la paciente de este caso, no es cómoda, consume mucho tiempo, no localiza el sitio exacto de la lesión ni diferencia la fibrosis perineural de las masas compresivas. En contraste a este concepto, Cambon et al²⁶., refieren que la EMG es de gran utilidad porque se trata de una técnica de exploración de referencia para todas las situaciones en que se sospecha de un síndrome compresivo y se requiere de intervención quirúrgica, porque permite objetivar la afectación nerviosa, localizar la lesión precisas su mecanismo y el pronóstico.

Con respecto al tratamiento, se debe incluir la terapia física con aplicación de calor profundo; además, del uso de antiinflamatorios, analgésicos, relajantes musculares y antineurálgicos como la imipramina y la pregabalina se utilizan para el manejo paliativo de los síntomas. Si este tratamiento no da resultado, se recomienda la inyección de sustancias terapéuticas¹⁻⁶.

A la paciente se le indicaron neuroestimuladores gabapentin, imipramina y pregabalina como lo indica la guía, aunque su uso prolongado ocasionó hipertensión cerebral en la paciente, y cuando se cambió el medicamento no hubo continuidad por trámites administrativos y por ello, no generaron los efectos esperados en la paciente. Cuando el

tratamiento médico no alivia los síntomas y el atrapamiento, se requiere de una intervención quirúrgica que consiste en una neurectomía por radiofrecuencia de ganglio de la raíz dorsal, con sección del piramidal en su unión tendinomuscular²⁶, como la realizada a la paciente del caso.

En relación con el tratamiento sugerido por el último algeólogo que valoró a la paciente, Gutiérrez et al¹., refieren que en un estudio realizado en 2004 con esta toxina como alternativa terapéutica hubo una mejoría del dolor en 95% de 20 pacientes del estudio; también se conoce que 7 investigaciones aleatorizadas y controladas han demostrado mayor efectividad de la inyección de toxina botulínica tipo A comparada con placebo, dexametasona, lidocaína o toxina botulínica tipo B, ya que la toxina tipo A tiene la capacidad de reducir el tamaño del músculo para evitar el contacto con el nervio ciático, aunque sus efectos solo se han demostrado por tiempo limitado, hasta 4 meses⁶.

De acuerdo con un estudio realizado por Aguilera, et al²., las intervenciones quirúrgicas no deben liberar más allá de lo necesario y deben garantizar la movilización temprana de la articulación para evitar nuevamente el atrapamiento del nervio.

Por otra parte, el uso de relajantes musculares tiene repercusiones en la vida diaria de la paciente, por ejemplo, la ACED⁶ refiere que la tizanidina, ordenada por el traumatólogo de la paciente, produce mucha somnolencia e

hipotensión; y el baclofeno, produce también somnolencia, además de náuseas, debilidad, ataxia y desorientación.

Marty³¹ recomienda la estimulación eléctrica transcutánea (TENS) que emplea corriente eléctrica de bajo voltaje y la estimulación eléctrica percutánea (PENS) que se hace con agujas que se introducen en la piel, pues sugieren que ambas técnicas son más eficaces que la intervención simulada, mejoran las actividades físicas y la calidad del sueño. Estas dos técnicas no fueron aplicadas a la paciente de este caso, y esta evidencia sugiere que puede ayudar a mejorar la ejecución de sus actividades familiares, laborales y sociales, así como a reducir los trastornos del sueño.

Sin embargo, en contraste con lo anterior, Climent³² refiere que los ensayos con termoterapia, electroterapia y procedimientos afines han concluido su escasa utilidad terapéutica, por ello se han retirado progresivamente de la mayoría de las guías clínicas. Por consiguiente, la literatura no recomienda las técnicas de electroterapia analgésica, neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS) o las interferenciales, el ultrasonido, la termoterapia, ortesis lumbares y masajes clásicos en patologías dolorosas.

Aspectos médico-administrativos

Existe gran influencia de las demoras en los trámites administrativos de las EPS en Colombia; pues el sistema de salud asume altos costos por complicaciones de los pacientes que

han sido producidas por retrasos en las autorizaciones de procedimientos y tratamientos, así como por negligencia médica, afectando drásticamente la calidad de vida de los pacientes.

De acuerdo con la Resolución 4331 de 2012³³, la respuesta positiva o negativa a la solicitud de autorización de servicios electivos debe ser comunicada al usuario y enviada al prestador por la entidad responsable del pago, dentro de los cinco días hábiles siguientes al recibo de la solicitud en el FUA. Para pacientes con patologías crónicas con manejo farmacológico, las entidades responsables de pago garantizan la continuidad en el suministro de los medicamentos, mediante la prescripción por periodos no menores a 90 días con entregas no inferiores a un mes.

Sin embargo, estas disposiciones legales no se cumplen todo el tiempo, por consiguiente, para el caso de Colombia, el acceso a los servicios de salud es un tema preocupante, pues la mayoría de las barreras se atribuyen a factores de oferta y demanda, se dan en acceso real, y durante la búsqueda y continuidad del tratamiento, como ocurrió en el caso de la paciente³⁴.

De acuerdo con Wong³⁵, en los casos de síndrome piramidal la atención primaria en salud es fundamental, pues provee servicios preventivos y terapéuticos básicos como punto de entrada al sistema de salud, se proporciona atención especializada y se remiten los casos especiales a centros de nivel superior. En el caso de la paciente, se observa que hubo muchas

dificultades en los trámites de traslado y atención de especialistas y procedimientos especiales que no estaban cubiertos por el plan de beneficios en salud o que no se encontraban disponibles en la ciudad de Popayán.

Hunt y Legal¹⁰ hacen énfasis en la importancia que tiene el diagnóstico oportuno y el tratamiento continuo del síndrome piramidal, pues el retraso, como ocurre en el caso de la paciente, puede provocar condiciones patológicas del nervio ciático, disfunciones somáticas crónicas, cambios posturales compensatorios, sintomatología dolorosa, parestesias o hiperestésias.

Ahora bien, las investigaciones (Ortiz, Charco, 2014) reportan que la cirugía debe reservarse como último recurso en los casos en que fallan todas las modalidades de tratamientos conservadores posibles. El reconocimiento e identificación de la presentación clínica posibilita la detección temprana y el tratamiento adecuado, aunque el diagnóstico no es fácil ya que se trata de un diagnóstico de exclusión, lo que conlleva mucha demora en realizar el mismo.

Frente a esta situación, la paciente ha referido que, si hubiera habido continuidad en su proceso de atención, y teniendo en cuenta la dificultad del diagnóstico y las oportunidades de tratamiento, a la fecha su pronóstico sería mejor, pues los médicos hacían énfasis en la importancia de intervenir de forma constante y continua. Por otro lado, también afirma que la EPS retrasó los trámites administrativos y le

negó varias autorizaciones, obligándola a costear la mayor parte de su tratamiento actual.

Con respecto a este tipo de negligencias, Vitulia³⁶ afirma que la atención de los derechos del paciente a los tratamientos médicos es de gran importancia en el respeto a la dignidad humana como derecho fundamental del ser humano; la medicina debe operar bajo la protección del derecho a la salud y ser capaz de reconocer los beneficios y los posibles inconvenientes del tratamiento al cuál el paciente se someterá. Por ello, en este caso, se evidencia la responsabilidad médica y administrativa de la EPS por dificultar los trámites y autorizaciones que complicaron el estado de salud de la paciente y alargaron el tiempo de su tratamiento, entorpeciendo así su pronóstico y las oportunidades de rehabilitación y reincorporación al trabajo.

Calidad de vida

La calidad de vida se relaciona con la percepción que tiene el paciente sobre las afectaciones de la enfermedad en su vida diaria, en su desempeño laboral, el área social, su relación con otras personas, su dimensión emocional, física y mental y su satisfacción, por esta razón, se dice que la calidad de vida se interpreta de manera subjetiva de acuerdo con lo que el paciente siente y percibe³⁷.

Ahora bien, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) se define como la percepción subjetiva que tienen las personas sobre su capacidad de realizar actividades

cotidianas importantes, influenciada por su estado de salud actual³⁸.

Los estudios³⁹ sugieren que los pacientes valorados con lesiones en el nervio ciático no solo sufren afectaciones a nivel estructural, sino que se impacta el orden estético, funcional, psicológico y social que altera, en su conjunto, el estado biopsicosocial y económico del individuo; además puede implicar consecuencias de orden jurídico para el prestador de servicios de salud.

En este sentido, también se afecta la independencia, que hace parte fundamental de la calidad de vida, pues depende de las incapacidades de la persona y es el resultado de capacidades medibles y observables que se vuelven deficientes debido a una enfermedad. Así las cosas, se dice que existe dependencia si, a causa de una deficiencia y en ausencia de recuperación o compensación, perdura la incapacidad de ejecutar una actividad de la vida diaria imprescindible para la persona y habitualmente realizable según las normas de edad, conocimiento y sexo⁴⁰.

Entonces, de acuerdo con el caso clínico presentado y la revisión de literatura sobre calidad de vida, es posible afirmar que hay gran afectación en las distintas dimensiones de la vida cotidiana de la paciente. En primer lugar, se afecta la capacidad de realizar actividades físicas diarias, de desplazarse y de cuidado personal (Torres,2012); la paciente refiere no salir mucho con otras personas porque ello le implica dificultades en su desplazamiento que ocasionan

gastos económicos, además, hay inconformidad teniendo en cuenta que no puede hacer ciertas actividades como bailar.

Se afecta la dimensión emocional ocasionando síntomas de ansiedad y depresión que afectan el bienestar mental de la persona (Torres, 2012). En este sentido, la paciente asistió a terapia debido a los síntomas de ansiedad y depresión que presentó como consecuencia de las afectaciones que su enfermedad generó a distintos aspectos de su vida, especialmente, su trabajo y el área social.

De esta manera, el área social se vio afectada en sus relaciones sociales y la incapacidad de participar en las actividades habituales con amigos, vecinos, familia y comunidad (Torres, 2012).

Botero y Londoño³⁸ en 2013, utilizaron el Cuestionario de salud SF36 para evaluar la calidad de vida en personas con discapacidad física. El instrumento mide función física, dolor corporal, salud, función social, rol emocional y salud mental, así como el estado de salud actual con respecto al estado de salud un año atrás. Este instrumento puede ser de gran utilidad para evaluar la calidad de vida de la paciente de este caso, pues es importante indagar sobre las afectaciones que han trascendido su vida cotidiana, con el fin de disminuir la exposición a factores que puedan deteriorar su bienestar y calidad de vida.

Aspectos laborales

El trabajo es uno de los elementos más importantes de integración en la sociedad, por ello, cuando una persona tiene una incapacidad o una discapacidad y logra reincorporarse satisfactoriamente al trabajo, aumenta la motivación y mejoran los resultados de las actividades laborales, siendo de gran beneficio, tanto para el paciente como para la organización⁴¹. Sin embargo, los procesos de rehabilitación, reincorporación o reubicación laboral son pobremente conocidos por los empresarios y la información respecto a estos es escasa y poco estandarizada, lo que dificulta el éxito del proceso⁴².

La convención de los derechos de las personas con discapacidad proclamada en 2006 afirma que uno de los principios fundamentales es la participación e inclusión plenas y efectivas en la sociedad⁴³; un aspecto que no se ve priorizado en el caso de la paciente, quien en su lugar de trabajo no cuenta con espacios inclusivos que le permitan desarrollar sus actividades laborales sin repercusiones en su estado de salud.

Ahora bien, en el caso de la paciente se inició un proceso conocido como la interacción entre una incapacidad temporal y la reincorporación laboral, pues el estado de salud de un trabajador depende de una serie de factores que deterioran la capacidad laboral conduciendo al abandono del trabajo. Inciden aspectos como las características socioeconómicas, condiciones laborales, factores psicosociales, acceso al

sistema de protección y seguridad social, el entorno y los ciclos económicos⁴⁴⁻⁴⁵.

De acuerdo con Aguilera et al²., el síntoma que predomina en el síndrome piramidal es la incapacidad para permanecer sentado durante periodos prolongados de tiempo, además de dolor irradiado en la pierna afectada. Esto quiere decir, que la paciente requería una adecuación amplia y suficiente de su sitio de trabajo, teniendo en cuenta que ella refiere la incomodidad que le representa estar en un espacio pequeño donde debe permanecer la mayor parte del tiempo sentada y además debe realizar flexión de sus piernas y el tronco que le causa un alto nivel de dolor.

Entonces, se sugiere que el empleador tiene la responsabilidad de valorar lo que el paciente puede hacer y no puede hacer, todo ello, acompañado de las ayudas que necesite, sean físicas o personales, o del tiempo que tarde para hacer las cosas y así poder reintegrarse a su trabajo⁴⁶; pues se ha comprobado que cuando un trabajador se ausenta de su puesto de trabajo durante un periodo de tiempo prolongado, se requiere encomendar sus tareas a otro trabajador, por lo tanto, desconecta al trabajador enfermo del resto de trabajadores generando marginación social y dificultad para reintegrarse⁴⁷.

Vicente y López⁴⁸ refieren que los factores psicosociales cumplen un rol importante en este caso, pues se trata de condiciones sociolaborales que impactan la vida de la paciente. Entre ellas, se puede considerar la actuación oportuna sobre las respuestas emocionales mediante atención

psicológica, la atención temprana de los procesos osteomusculares y psíquicos, evitar listas de espera para pruebas diagnósticas y tratamientos, incorporaciones parciales al trabajo, horarios que favorezcan la conciliación familiar, prestaciones sociales suficientes para su atención, la detección de los factores psicosociales en el trabajo, y mejoras en la organización, condiciones y clima laboral, que fomenten la satisfacción laboral. No obstante, estas condiciones no se cumplen totalmente en el caso de la paciente, donde se evidencian faltas graves a su estado de salud, bienestar y calidad de vida.

El caso también presenta ausencia de una valoración de capacidad laboral que no se realizó de acuerdo con los lineamientos establecidos para ello. En este punto, se cita nuevamente a Vicente⁴⁹, quien afirma que la valoración de la capacidad o incapacidad laboral en materia de seguridad social supone, por una parte, la valoración de las capacidades laborales del trabajador, y por otra, su relación con las capacidades requeridas por el trabajo; un procedimiento que no se ejecutó de esa manera en el caso de la paciente.

Este proceso debía incluir también una valoración del dolor como un incapacitante laboral que, si bien es difícil de objetivar y dimensionar, es necesario para comprender las limitaciones derivadas del dolor y la necesidad de atenderlas en relación con las capacidades requeridas para el trabajo⁵⁰. Algunos autores utilizan la *Escala de catastrofismo*⁵¹, que

consiste en cuantificar el nivel de dolor derivado de la enfermedad, así como los pensamientos y sentimientos que la persona tiene cuando siente dolor. Otros autores sugieren la aplicación de *Tampa Scale for Kinesiophobia* o *Cuestionario TSK-11SV*⁵², que consiste en validar ciertas afirmaciones sobre el dolor que puede experimentar el paciente a lo largo del desarrollo de sus actividades habituales.

En este caso no se encuentra evidencia en la historia clínica que se haya utilizado alguna escala para valorar el nivel de dolor de la paciente, con el fin de mejorar sus condiciones personales, laborales y sociales, y así lograr su reincorporación al trabajo. Debido a que no se realizó, es posible que la paciente tenga rasgos de miedo-evitación del dolor, que se caracteriza por pensamientos adquiridos por experiencias dolorosas que originan conductas de evitación de movimientos o actividades, e hipervigilancia en las ambiguas sensaciones corporales, generando desuso físico y con ello, discapacidad, depresión y perpetuación de la experiencia dolorosa⁵³.

Así las cosas, es relevante mencionar el papel que juega la incapacidad laboral en este caso, pues, teniendo en cuenta que no hubo reconocimiento de las incapacidades debido a dificultades en los trámites administrativos y de salud y, además, no se realizaron las adecuaciones necesarias acordes al estado de salud de la paciente en su sitio de trabajo, Vicente⁵⁴ refiere que la incapacidad se relaciona de forma primordial con la pérdida de salud, es el resultado de las acciones sanitarias y es un

referente directo de calidad de vida de una persona; por lo anterior, se percibe un gran nivel de dificultad en la atención sanitaria que ocasionó complicaciones en la salud de la paciente representando una extensión innecesaria de una incapacidad laboral que no fue reconocida.

En concordancia con lo anterior, se ha demostrado que el dolor lumbar es una de las principales causas de incapacidad médica prolongada, que impacta en gran nivel a los pacientes y sus familias, pues supone riesgo de pérdida de trabajo, aumento del riesgo de incapacidad permanente, disminución de calidad de vida, riesgos en la salud, deterioro de la vida familiar y de relación, gastos en apoyo a su situación, gastos sanitarios no públicos y una situación de precariedad y conflicto para la reincorporación laboral⁵⁵.

Estas incapacidades laborales prolongadas sugieren repercusiones económicas para el sistema productivo, las empresas, el sistema de seguridad social y sanitario, y el trabajador; y se hace énfasis en la necesidad de generar políticas que garanticen el retorno del trabajador a su actividad laboral de forma estable y continuada en el tiempo, sin riesgos de perder el trabajo, protegiendo su salud y creando las condiciones necesarias de acuerdo con su enfermedad⁵⁶.

CONCLUSIONES

El 50% de la población diagnosticada con síndrome piramidal logran eliminar el dolor a

través de un abordaje multidisciplinar que incluye tratamiento continuo.

A la paciente del caso no se le realizó un procedimiento de neuroconducción de reflejo H, que se encuentra establecido en la guía clínica para el abordaje del síndrome piriforme.

La literatura ha demostrado una efectividad del 95% al usar inyección de toxina botulínica tipo A, con respecto a otros tratamientos. Esta toxina fue sugerida a la paciente por el último algesiólogo que la valoró (aun en espera).

Las investigaciones revelan que el uso de TENS y PENS es efectivo de acuerdo a las características de la patología, para el manejo del dolor, que no fueron aplicados a la paciente, negando la posibilidad de una mejoría de los síntomas.

Las demoras y retrasos en los trámites administrativos de la EPS a la cual se encuentra afiliada la paciente, generó graves complicaciones en su estado de salud, que han ocasionado afectaciones a nivel laboral, económico y personal.

Se afectó en gran medida la calidad de vida de la paciente en su dimensión emocional, física y mental, su capacidad de realizar actividades cotidianas importantes, su autonomía e independencia funcional.

Con respecto al área laboral, se encontró incapacidad prolongada que no fue sustentada con una valoración de capacidad funcional integral, ni valoración del dolor.

Finalmente, se trata de un caso clínico único que implica identificar las barreras y demoras en

el proceso con el fin de evitar futuras complicaciones y así garantizar el derecho a la atención en salud oportuna e integral y propender por el mejor nivel de calidad de vida de los pacientes con este diagnóstico.

Además, para futuras investigaciones se sugiere responder a las preguntas, ¿qué factores influyeron en el desarrollo del dolor en la paciente?; ¿qué procedimientos se pueden plantear ante el manejo del dolor neuropático?

Consideraciones éticas. En el caso clínico no se reportan nombres propios de pacientes, profesionales y especialistas, ni instituciones de salud. Para la elaboración del artículo se contó con el consentimiento informado de la paciente y su familia para reportar los datos de la historia clínica y las imágenes de los exámenes y procedimientos realizados. El caso es descriptivo y no implicó experimentación con pacientes.

Conflicto de intereses. Ninguno.

REFERENCIAS

¹ Gutiérrez, et al. Síndrome del piramidal (piriforme). *Orthotips*. 2014;10(2):85-92.

² Aguilera, B., Cardozo, O., Brugiatti, M., Cantor, E. y Valdivia, N. Manejo endoscópico del atrapamiento del nervio ciático en el síndrome de glúteo profundo: resultados clínicos. *Rev Esp Cir Ortop Traumatol*. 2018:1-6.

³ Retamal, P., Galaz, C., Cabezas, J., Cruzat, C. y Olave, E. Variaciones del nervio isquiático en relación al músculo piriforme. *Int. J. Morphol*. 2012;30(4):1252-1255.

⁴ Ortiz VE, Charco LM, Soria A, Zafrilla E y Hernández F. Síndrome piramidal y variaciones

anatómicas como causa del dolor ciático insidioso. Revista española de anestesiología y reanimación. 2014.

⁵ Méndez MI, Ferreiro MT, Morado C, Ubeira B y Nieto E. Síndrome del músculo piramidal: ese gran olvidado. FMC.2016;23(4):208-215.

⁶ Asociación Colombiana de Estudio del Dolor ACED. Dolor musculoesquelético. Bogotá D.C.: Editora Guadalupe S.A; 2010.

⁷ López I, Colato A y Vaduva R. Neuropatías y radiculopatías. Medicine. 2011;10(77):5220-5226.

⁸ Arévalo, N., Santamaría, N., Gredilla, J. y Grande, M. Atrapamientos y choques extraarticulares de la cadera: revisión de la literatura. Radiología. 2017;1-14.

⁹ Rezende F. & De Oliveira R. The pyramidal syndrome and the pyramidal tract. A brief historical note. Arq Neuropsiquiatr. 2011;69(5):836-837.

¹⁰ Hunt, G. y Legal, L. Estudio comparativo sobre la eficiencia de las técnicas de *thrust* y energía muscular en el músculo piriforme. Osteopatía científica. 2010;5(2):47-55.

¹¹ Bermúdez M, Franco M I, López M, Aristizábal N, Díaz L D, Aguilera B y Araque J M. Protocolo de rehabilitación después de artroscopia de cadera en PFA. Grupo de conservación de la cadera del adulto joven. Centro Médico Imbanaco.

¹² Cejas C, Aguilar M, Falcón L, Caneo N y Acuña M. Neurografía por resonancia magnética de alta resolución (3Tesla) del nervio ciático. Radiología. 2012;55(3):195-202.

¹³ Schvartzman P, Salgado D, Buteler J, Alonso P, Ríos A y Mondello E. Utilidad de la resonancia magnética en el diagnóstico de lesiones musculares de localización atípica. Revista Argentina de Radiología. 2015;80(1):27-38.

¹⁴ Ravagna M, Douglas A, Romagnoli J, Adrogué L, Gitard M, Ottaviani A, Bausset H y Kenigsberg L. Piriformis syndrome: treatment by infiltration with tomographic guidance. Revista latinoamericana de cirugía ortopédica. 2019;4(1).

¹⁵ García W. y Zaragoza G. El papel de los bloqueos de nervios periféricos de extremidades superiores e inferiores en algología. Revista mexicana de anestesiología. 2008;31(1):3176-3180.

¹⁶ Medel J, Ribera V, Mesas A, Márquez E, Martínez P, Candela A, Paños M y Gili S. Técnicas mínimamente invasivas en el tratamiento del dolor

crónico. Seminarios de la Fundación Española de Reumatología. 2013;14(4):135-141.

¹⁷ Seijas R, Arez O y Sallent A. Indicaciones en artroscopia de cadera, exploración y evaluación de resultados. Revista española de artroscopia y cirugía articular. 2016;23(1):11-18.

¹⁸ Gil E, Martínez L, Aldaya C y Rodríguez M. Síndrome de dolor miofascial de la cintura pélvica. Revista de la Sociedad Española del Dolor. 2007;14(5).

¹⁹ Arango E, Arroyave C, Zuleta J, Restrepo M, Lopera A, Zuluaga H, Botero J y Zapata S. Neuroestimulador en dolor neuropático. Evaluación de tecnología en salud. Junio de 2014. Hospital Pablo Tobón Uribe.

²⁰ Martín J, Vela J y Benot S. Neuroestimulación eléctrica periférica para el dolor crónico refractario: efectividad y seguridad. España: Agencia de evaluación de tecnologías sanitarias de Andalucía. ISBN. 978-84-17163-16-7.

²¹ Lóriz O, Raya A, Pérez D, Girona A, Vinyes D y De la Vega K. Estudio de intervención sobre el dolor subagudo y crónico en atención primaria: una aproximación a la efectividad de la terapia neural. Atención primaria. 2011;43(11):604-610.

²² Gallardo, I. El 40-70% del dolor neuropático no encuentra alivio. Diario Médico. 2013 ISSN. 1579-8429.

²³ Estrada, A. F., Avendaño, V. A. y Ramírez, L. X. Síndrome de pinzamiento femoroacetabular. MEd UPB. 2019;38(1):71-77.

²⁴ Pineda, A. F., Casteleiro, M. P. y López, B. Neuropatía compresiva del ciático secundario a lipoma de muslo. Caso clínico. Cir. plást. Iberolatinoam. 2014;40(2):213-215.

²⁵ Horcajadas, A., Abdullah, O., Ros, B., Katati, J., Arraéz, M. A. y Castañeda, M. Neuropatía femoral secundaria a hematoma en el músculo ilíaco: a propósito de un caso. Neurocirugía. 11:450-454.

²⁶ Cambon, A., Sedel, L. y Hannouche, D. Síndromes neuropáticos por compresión. EMC. 2014:1-22.

²⁷ Movasat A., Bohórquez C., Turrión A y Álvarez M. Protocolo diagnóstico del dolor lumbar mecánico. Protocolos de práctica asistencial. Medicine. 2017;12(26):1541-1545.

²⁸ García A. Neuropatías, radiculopatías y plexopatías. Medicine. 2019;12(75):4423-4436.

²⁹ Valdiva RC, Orts E, García P y Yusta A. Diagnóstico y tratamiento de las neuropatías y radiculopatías. *Medicine*. 2011;10(77):5227-5235.

³⁰ Cejas, C., Aguilar, L., Falcón, N., Caneo y Acuña, M. C. Neurografía por resonancia magnética de alta resolución (3 Tesla) del nervio ciático. *Radiología*. 2013;55(3):195-202.

³¹ Marty, M. Lumbociática común. *Tratado de medicina*. 2011:1-9.

³² Climent CJ. Patología dolorosa de columna: cervicalgia, dorsalgia y lumbalgia. *Formación Médica Continuada en Atención Primaria*. 2014;21(52): 9-35. DOI: 10.1016/S1134-2072(14)70777-7

³³ Ministerio de salud y protección social. Resolución 4331 del 19 de diciembre de 2012. Por medio de la cual se adiciona y modifica parcialmente la Resolución 3047 de 2008, modificada por la Resolución 416 de 2009. Bogotá, D. C.

³⁴ Restrepo JH, Silva C, Andrade F y Dover R. Acceso a servicios de salud: análisis de barreras y estrategias en el caso de Medellín, Colombia. *Revista gerencial de política y salud*. 2014;13(27):242-265.

³⁵ Wong X. Enfermedades neurológicas en atención primaria. Centro de Salud de Ingapirca, Ecuador. *Neurología argentina*. 2017;9(2):85-89.

³⁶ Vitulia I. La salud como derecho social: nuevas fronteras de la medicina y derecho de los pacientes. 2015;25(24):6-15.

³⁷ Torres RP. Del impacto en la calidad de vida como consecuencia de la enfermedad, los instrumentos de medición y otras reflexiones. *Revista CES Salud pública*. 2012;3(1):108-115.

³⁸ Botero PA y Londoño C. Factores psicosociales predictores de la calidad de vida en personas en situación de discapacidad física. *Acta Colombiana de Psicología*. 2013;16(2):125-137.

³⁹ Tobón FA, Vallejo J y Toro LM. Lesión del nervio ciático: aproximación médico legal. *Revista CES Med*. 2011;25(1):65-78.

⁴⁰ Séve N. Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *Kinesiterapia-Medicina física*. 2009; 26(30):1-15.

⁴¹ Redondo V. Discapacidad y capacidad laboral. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2014;(1):189-195.

⁴² Jiménez EA y Camberos JA. Guía “de regreso al trabajo”, necesidad empresarial para la adecuada implementación de los procesos de rehabilitación, reincorporación y reubicación laboral dentro del

sistema de gestión de seguridad y salud en el trabajo. *Signos*. 2019;11(1):87-98.

⁴³ García, J. Ajustes razonables y apoyos en la convención de los derechos de las personas con discapacidad. *Retos y dificultades*. *Stud. hist. H.^a cont*. 2018;36:131-149. ISSN. 0213-2087.

⁴⁴ Villaplana M. Análisis de la influencia de los factores relacionados con los indicadores de incapacidad temporal y la reincorporación al trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2014;(1): 65-73.

⁴⁵ Neffa JC. La falta de prevención daña la salud física, psíquica y mental de los trabajadores, el funcionamiento de las empresas u organizaciones y la macroeconomía. *Actualidad económica*. 2019;24(97):3-8.

⁴⁶ Borobia C. Marco teórico de la valoración de la incapacidad laboral. Singularidad y diferencias respecto a otras valoraciones. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2014;(1):9-11.

⁴⁷ Díaz A V y Prieto MC. Relación entre la incapacidad laboral y el uso del Índice de capacidad de trabajo. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2016;62(242):66-78.

⁴⁸ Vicente JM y López A. Los factores psicosociales como predictores pronósticos de difícil retorno laboral tras incapacidad.

⁴⁹ Vicente JM. La valoración de la profesión, del trabajo, de la ocupación, y de las tareas en el procedimiento de valoración de la capacidad laboral en materia de seguridad social. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2014;60(237):660-674.

⁵⁰ Vicente JM. Impacto del dolor en la incapacidad laboral. Metodología de valoración. Grados funcionales de limitación. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2014;60(234):133-142.

⁵¹ Olmedilla O, Ortega E y Abenza L. Validación de la escala de catastrofismo ante el dolor. *Cuadernos de psicología del deporte*. 2013;13(1):83-94.

⁵² Botelho F, Fuscaldi L y de Castro L. Analysis of the psychometric properties of the brazilian versión of the tampa scale for kinesiophobia. *Acta ortopédica*. 2007;15(1):19-24.

⁵³ Díaz JL, Rondón A, Clavero S, Pérez R, Martínez J y Luque A. Factores clínico-demográficos asociados al miedo-evitación en sujetos con lumbalgia crónica inespecífica en atención primaria: análisis secundario de estudio de intervención. *Atención primaria*. 2019;51(1):3-10.

⁵⁴ Vicente JM. La incapacidad laboral como indicador de gestión sanitaria. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2015;61(239):207-219.

⁵⁵ Vicente JM. Reflexión sobre los problemas a la reincorporación laboral tras incapacidades médicas largas. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2016;62(242): 49-65.

⁵⁶ López A y Vicente JM. Necesidad de políticas de retorno al trabajo tras incapacidad laboral prolongada en materia de seguridad social. *Medicina y seguridad del trabajo*. 2018;64(253):379-401.