

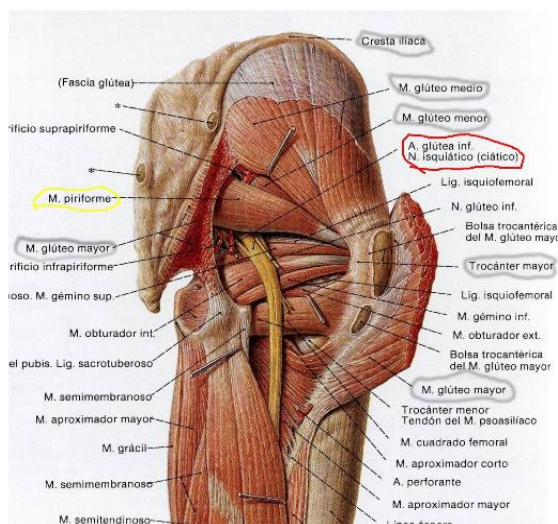
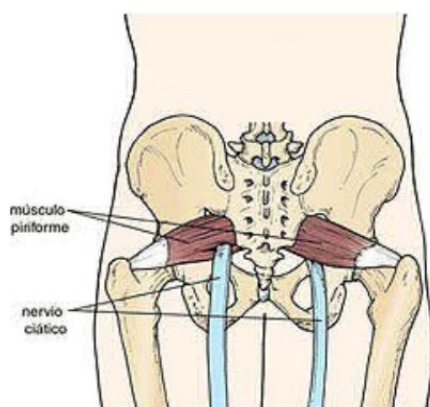
Síndrome do Piriforme

De todas as causas da chamada Dor Glútea profunda, a síndrome do piriforme é a que se destaca pela maior frequência.

A cialgia (ou dor ciática) é definida como uma dor que se irradia por uma ou mais raízes do nervo ciático e se estende distalmente pelo membro inferior, sendo meramente um sintoma e não uma doença em si.

A Síndrome do Piriforme é considerada rara, pouco conhecida e, em consequência, tem seu diagnóstico negligenciado frequentemente. Durante algum tempo duvidou-se de sua existência, quando, na verdade, esta síndrome é análoga a várias outras síndromes compressivas neurais periféricas mais comuns. Recebeu diversas denominações ao longo do tempo, tais como Síndrome do Piramidal, Pseudociática, Síndrome glútea profunda, Ciática "da carteira" ou Síndrome da "carteira recheada", Ciática do corredor.

ANATOMIA



Esta condição é definida como uma neurite do nervo ciático proximal, secundária à irritação ou compressão do nervo pelo músculo piriforme, geralmente por hipertonicidade do mesmo. O nervo ciático é susceptível à compressão numa situação que simula a distensão das estruturas musculares, inferindo, portanto, numa natureza dinâmica da síndrome.

Não existem dados epidemiológicos precisos sobre a incidência e prevalência desta síndrome na população geral e sua relação com a etiologia e profissão. Estima-se que a ciática e as radiculopatias tenham uma prevalência em torno de 10% na população geral nos EUA e que a síndrome do piriforme corresponda a 5-6% dos casos de ciática e ainda que haja uma prevalência de herniação discal sintomática em 2% de toda a população, durante a vida.

Há um predomínio no acometimento do adulto na faixa etária entre 30 e 50 anos e do sexo feminino, o que alguns autores atribuíram à biomecânica pélvica peculiar da mulher.

Etiologia e quadro clínico:

Como fatores etiológicos são enumerados: os traumas agudos ou crônico-repetitivos (especialmente em atletas corredores); contratura dos rotadores externos curtos do quadril – compensatória a alterações diversas como dismetria dos membros inferiores; retrações musculares e vícios posturais; hipertrofias do músculo; miosite ossificante; compressão extrínseca mecânica; tumores; posição sentada prolongada – sedentarismo; variações anatômicas; e processo inflamatório contíguo (sacroileíte).

Comumente, manifesta-se com dor glútea e na região posterior da coxa de intensidade leve ou moderada, predominantemente sem a presença de dor lombar, surgindo após esforços físicos prolongados e com a presença de parestesia em intensidade muito variável descrita como “formigamento”, “queimação” ou “fisgada”, juntamente com paresia mal definida e referida como “fraqueza” do membro em alguns poucos casos.



Os pacientes com esta síndrome apresentam-se geralmente com dor crônica (mais de três meses de duração) e muitas vezes de caráter intermitente. Com frequência descreve-se uma intolerância à posição sentada por mais de 20-30 minutos. Os sinais clínicos que provocam suspeita são a dor induzida pela palpação vigorosa desde a borda lateral do sacro até o grande trocanter com sensibilidade na projeção da incisura isquiática maior e, eventualmente, a percepção de um piriforme tenso (massa palpável em formato de salsicha).

Diversas manobras são propostas para o diagnóstico, embora nenhuma delas possa ser considerada patognomônica. Ressalte-se que a retração do músculo pode levar a uma atitude em rotação externa do membro acometido e uma conseqüente redução na rotação interna do mesmo. Este achado é referido por alguns autores como "sinal do piriforme positivo".

A Síndrome do Piriforme é um diagnóstico pouco frequente, geralmente tardio, eminentemente clínico e de exclusão. Não existe um teste clínico patognomônico. Na maioria dos casos, resultados satisfatórios podem ser obtidos por meio de tratamento conservador e não invasivo. O resultado insatisfatório tem sido associado a traumatismos diretos. O tratamento cirúrgico é uma exceção.

É fundamental que médicos e fisioterapeutas estejam familiarizados com o quadro clínico e com a etiopatogenia para diagnosticar e tratar corretamente essa síndrome, na qual existem aspectos ainda não esclarecidos e merecedores de pesquisa.

Prevenção : evitar sobrecarga postural

- Evitar posição sentada por tempo prolongado: levantar-se a cada 45' , mudanças de posição
- Ergonomia no trabalho e escola
- Atividades físicas regulares,alongamentos
- Nos atletas : exercícios de relaxamento e alongamentos
- Não usar carteiras volumosas

Prevenção : Alongamentos

