

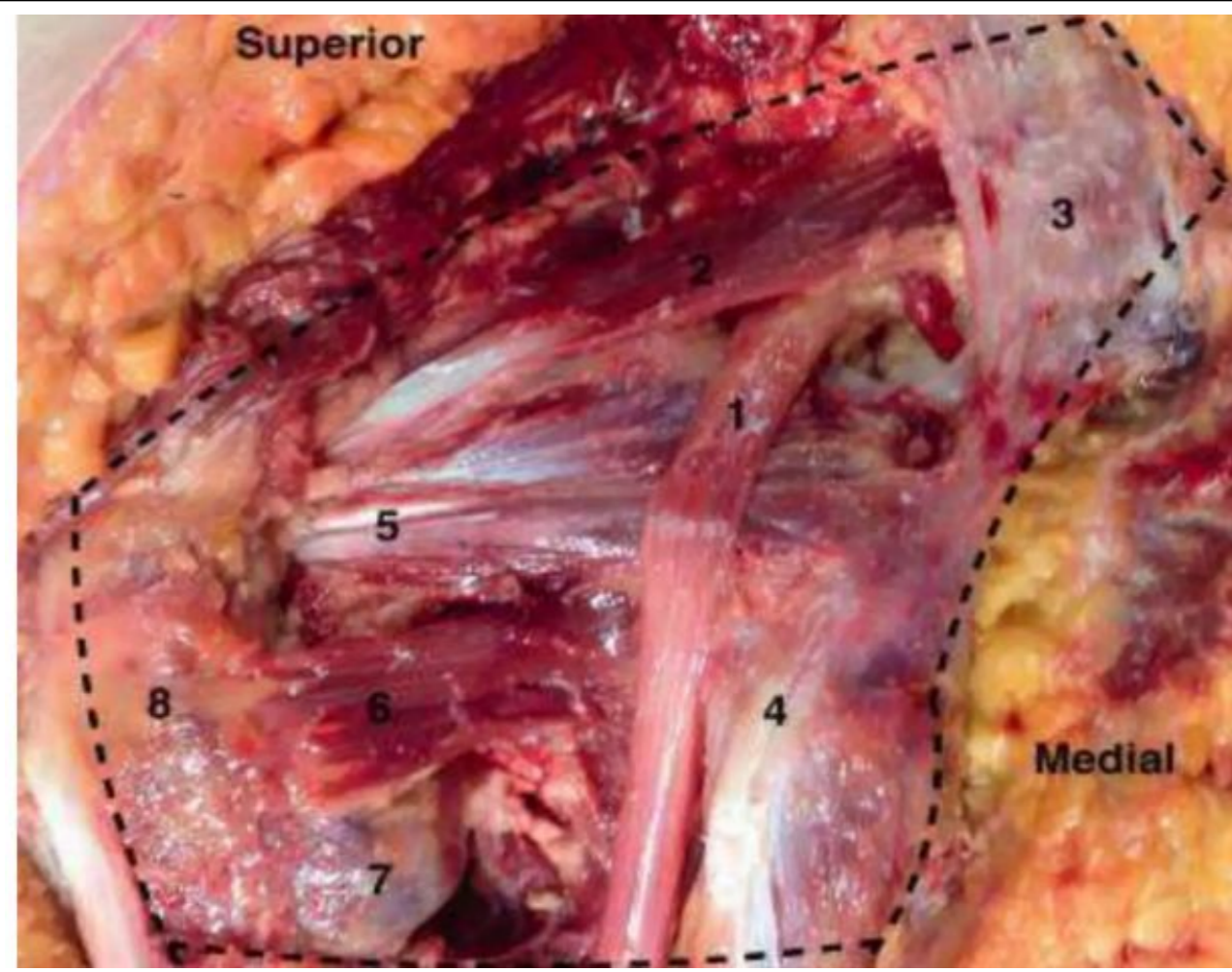


## CASO CLÍNICO:

# Atrapamiento extraraquídeo del nervio ciático con liberación endoscópica

M. FABRÓ; G. PERETÓ; V. ANDRIOLA; A. SOLER; A. ALAVEDRA; M. TEY.  
Corporació Sanitària Parc Taulí

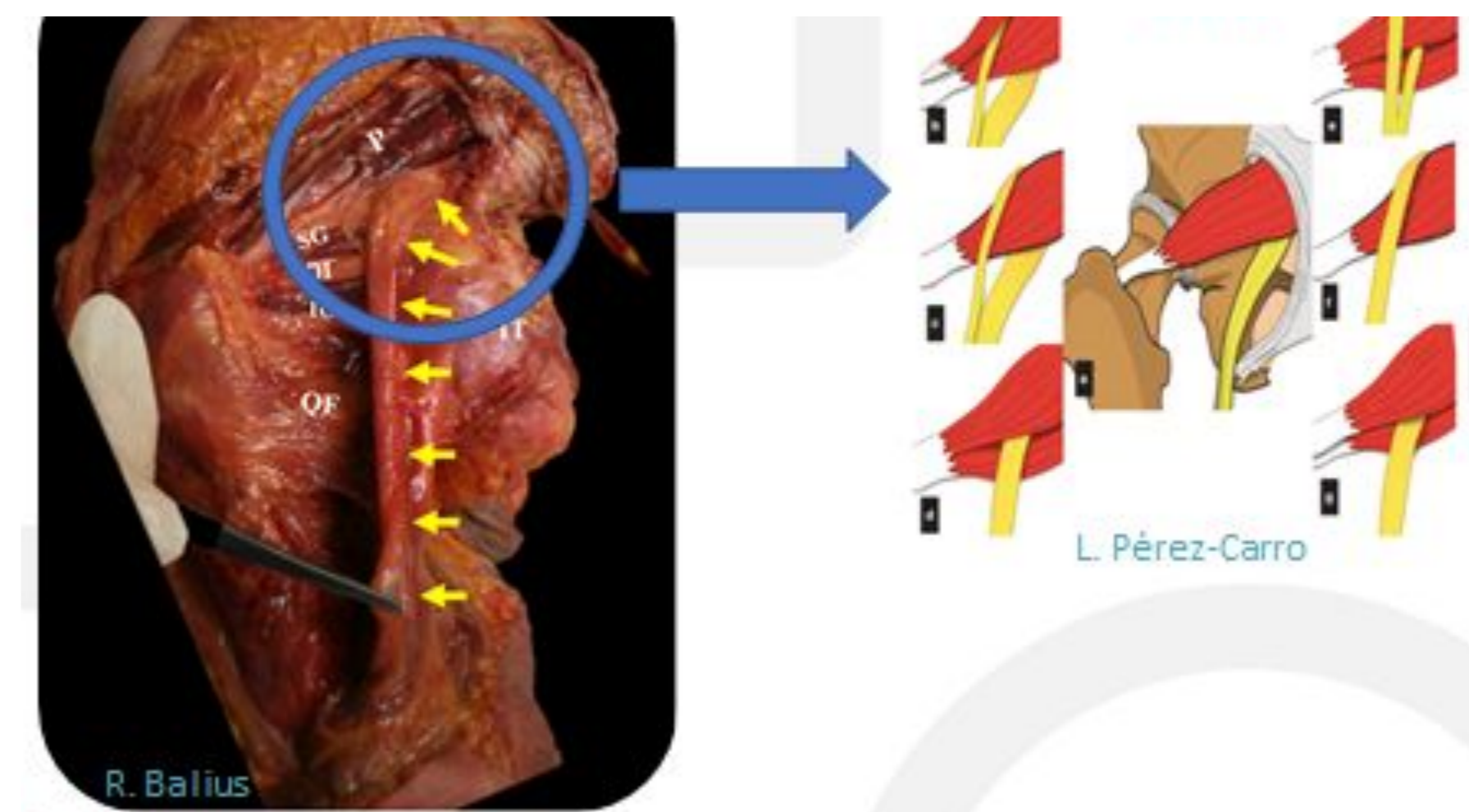
## OBJETIVO E INTERÉS DEL CASO



- El objetivo principal es presentar un caso clínico de patología del espacio glúteo profundo y repasar las entidades que lo engloban.
- El Deep Gluteal Syndrome hace referencia al dolor posterior de la cadera en relación con patología del espacio subglúteo (entre glúteo medio y rotadores)
- Este espacio está marcado por la presencia del nervio ciático.
- El nervio ciático debe tener una neurodinamia de aprox 2 cm.

Los lugares de atrapamiento más comunes del nervio ciático en el espacio glúteo profundo son:

- Músculo piriforme -> Síndrome piriforme/piramidal
- Espacio isquiofemoral
- Región isquiática -> Síndrome isquiotibiales
- Otros: p. ej. bandas fibrosas

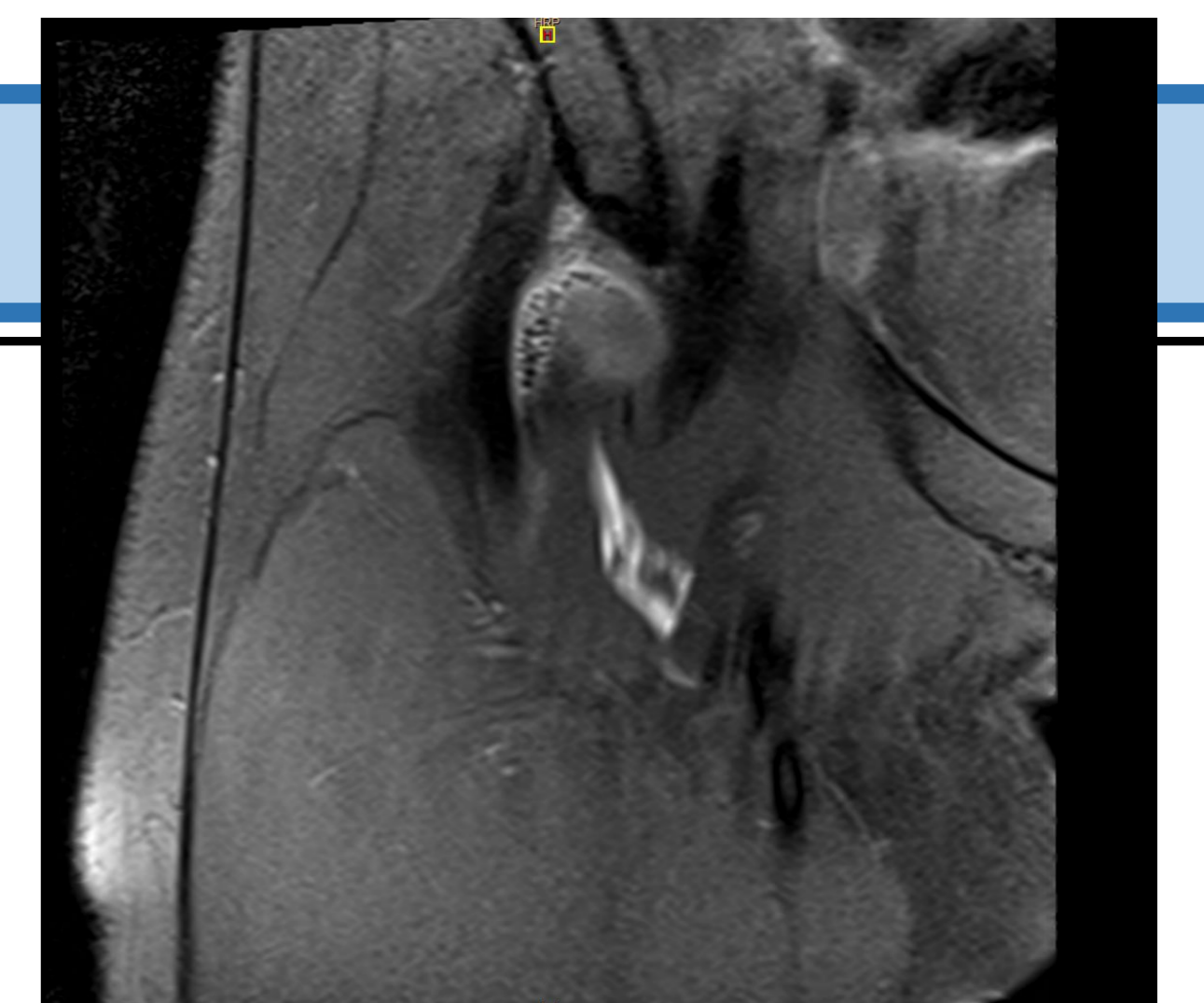
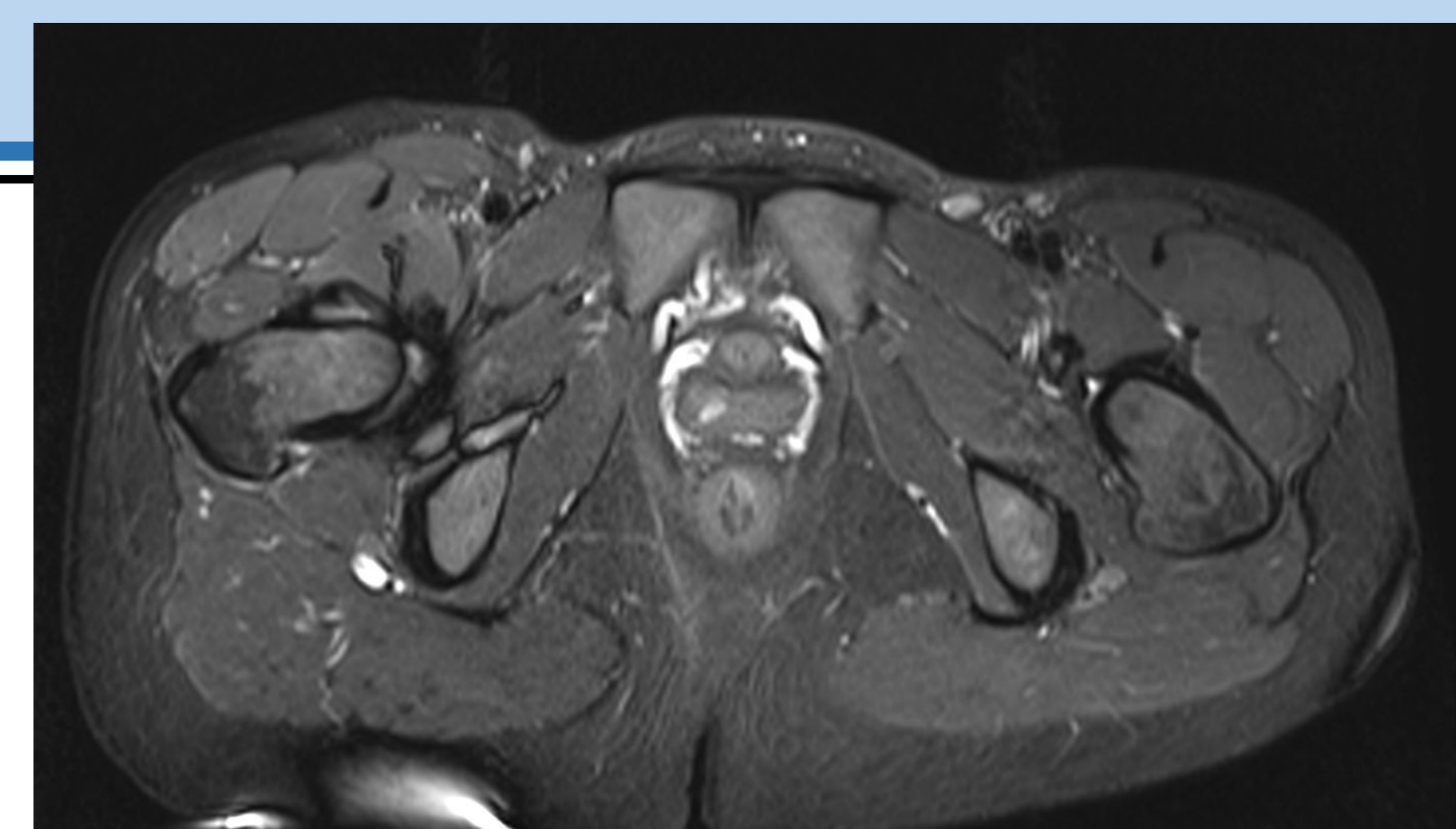


A partir de la presentación de un caso clínico, repasamos las posibilidades del abordaje endoscópico para la liberación del nervio ciático, como alternativa a la liberación abierta.

## MATERIALES Y MÉTODOS



Presentamos un caso clínico de una paciente de 33 años que presenta coxalgia posterior y anterior (más leve) de larga evolución y parestesias en territorio L5 con parestesias. Presenta un signo del canal ciático positivo y dolor localizado en la zona del psoas.



- RMN: espacio isquiofemoral está disminuido, neuritis del ciático en torno al músculo piriforme.
- EMG: Normal.

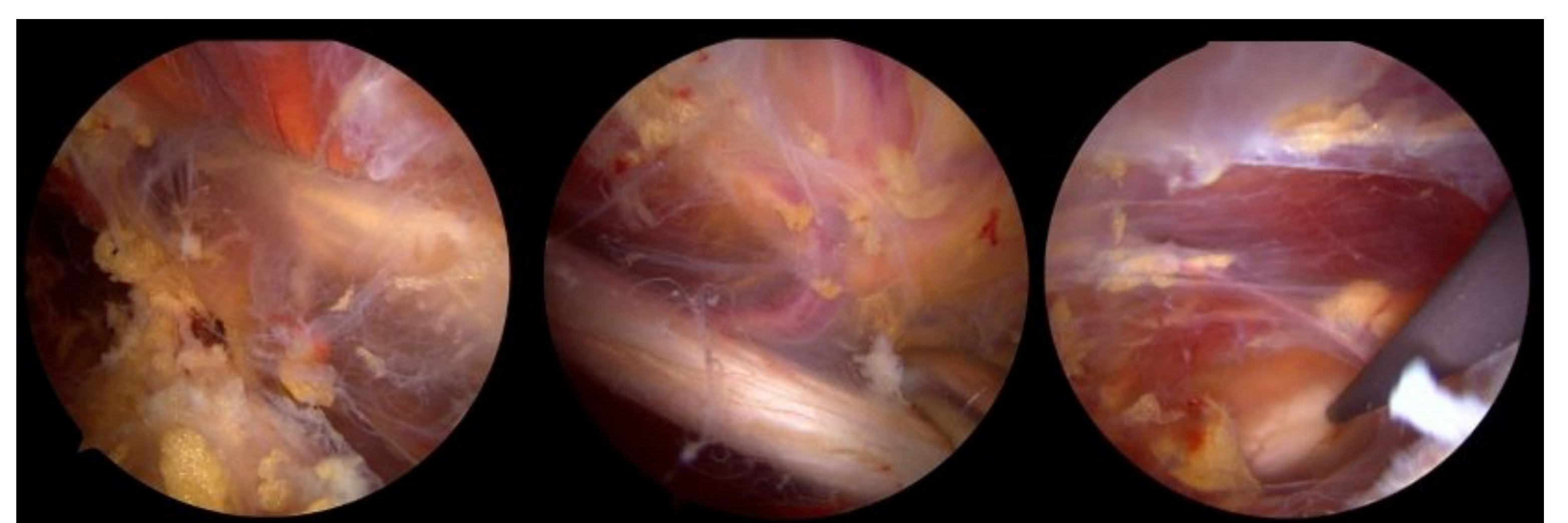
El uso combinado de la exploración y las pruebas complementarias nos sitúan en el diagnóstico de un atrapamiento del nervio ciático en relación al músculo piriforme, una de las entidades englobadas en la patología del espacio glúteo profundo.

## RESULTADOS



El día 12/12/2024 se interviene quirúrgicamente, con monitorización neurofisiológica de potenciales evocados. Se realiza un abordaje endoscópico para acceder al espacio glúteo profundo.

- Se identifica el nervio ciático, con un tronco único, variando 1 Beaton. Presenta disminución de la latencia de potenciales evocados de EID respecto a EII.
- Se disecciona el nervio ciático desde el espacio isquiofemoral hasta su entrada de la pelvis.
- Se identifica el músculo piramidal y se realiza una miotomía de la región distal hasta la liberación del nervio ciático hasta recuperar una buena movilización y sus potenciales evocados.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- La patología del espacio glúteo profundo (DGS, por sus siglas en inglés) es una causa de ciática extraraquídea a conocer.
- El conocimiento anatómico del espacio glúteo profundo es importante porque nos ayudará a realizar el diagnóstico diferencial de las diferentes entidades e indicar un tratamiento adecuado en cada caso.
- El nervio ciático tiene una variabilidad anatómica en su salida del endopelvis y debe tener una neurodinamia de aproximadamente 2 cm. Es muy importante tener en cuenta que la pérdida del movimiento por atrapamiento con musculatura, cicatrices o bridas marca la clínica neurítica.
- Asimismo, destacar que el abordaje endoscópico es una alternativa al abordaje abierto, siendo menos agresivo y disminuyendo las tasas de complicaciones posquirúrgicas.