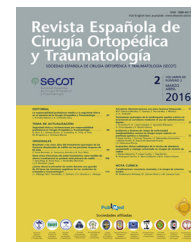




Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología

www.elsevier.es/rot



ORIGINAL

Manejo endoscópico del atrapamiento del nervio ciático en el síndrome de glúteo profundo: resultados clínicos

B. Aguilera-Bohorquez^{a,*}, O. Cardozo^a, M. Brugiatti^a, E. Cantor^b y N. Valdivia^a

^a Cirugía de Preservación y Artroscopia de Cadera, Pontificia Universidad Javeriana Cali, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia

^b Instituto de Investigaciones, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia

Recibido el 2 de octubre de 2017; aceptado el 13 de marzo de 2018

PALABRAS CLAVE

Espacio subglúteo;
Compresión del
nervio ciático;
Síndrome de glúteo
profundo;
Endoscopia

Resumen

Introducción: El síndrome de glúteo profundo (SGP) es una enfermedad caracterizada por la compresión a nivel extra-pélvico del nervio ciático (NC) por cualquier estructura en el espacio glúteo profundo. El objetivo de este estudio fue evaluar los resultados clínicos en pacientes con SGP manejados con técnica endoscópica.

Métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con SGP intervenidos con técnica endoscópica entre 2012 al 2016 con seguimiento mínimo de 12 meses. Los pacientes fueron evaluados antes de la intervención y durante el primer año de seguimiento con las escalas WOMAC y VAIL.

Resultados: Se incluyeron 44 cirugías en 41 pacientes (36 mujeres y 5 varones) con un promedio de edad de $48,4 \pm 14,5$ años. La causa más frecuente de atrapamiento fueron las bandas fibrovasculares, hubo 2 casos de variante anatómica en la salida del nervio, y en un caso aislado, el atrapamiento del NC fue atribuido a la aplicación de biopolímeros en la región glútea. Se encontró mejoría de la funcionalidad y dolor valorado con la escala WOMAC con una mediana de 63 a 26 puntos después de la intervención ($p < 0,05$). Al final del seguimiento un paciente continuaba con dolor residual del nervio cutáneo femoral posterior. Cuatro casos requirieron de revisión a los 6 meses posteriores al procedimiento, por atrapamiento de tejido de cicatrización alrededor del NC.

Conclusión: La liberación endoscópica del NC es una alternativa en el manejo del SGP al mejorar la función y disminuir el grado de dolor, cuando existe una adecuada selección de pacientes.

© 2018 SECOT. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: baguilera@imbanaco.com.co (B. Aguilera-Bohorquez).

KEYWORDS

Gluteal space;
Sciatic nerve
entrapment;
Deep gluteal
syndrome;
Endoscopy

Endoscopic treatment of sciatic nerve entrapment in deep gluteal syndrome: Clinical results

Abstract

Introduction: Deep gluteal syndrome (DGS) is characterized by compression, at extra-pelvic level, of the sciatic nerve within any structure of the deep gluteal space. The objective was to evaluate the clinical results in patients with DGS treated with endoscopic technique.

Methods: Retrospective study of patients with DGS treated with an endoscopic technique between 2012 and 2016 with a minimum follow-up of 12 months. The patients were evaluated before the procedure and during the first year of follow-up with the WOMAC and VAIL scale.

Results: Forty-four operations on 41 patients (36 women and 5 men) were included with an average age of 48.4 ± 14.5 . The most common cause of nerve compression was fibrovascular bands. There were two cases of anatomic variant at the exit of the nerve; compression of the sciatic nerve was associated with the use of biopolymers in the gluteal region in an isolated case. The results showed an improvement of functionality and pain measured with the WOMAC scale with a mean of 63 to 26 points after the procedure ($P < .05$). However, at the end of the follow-up one patient continued to manifest residual pain of the posterior cutaneous femoral nerve. Four cases required revision at 6 months following the procedure due to compression of the scarred tissue surrounding the sciatic nerve.

Conclusion: Endoscopic release of the sciatic nerve offers an alternative in the management of DGS by improving functionality and reducing pain levels in appropriately selected patients.

© 2018 SECOT. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El síndrome del glúteo profundo (SGP) es una enfermedad caracterizada por la compresión a nivel extra-pélvico del nervio ciático (NC) por cualquier estructura en el espacio glúteo profundo¹. El espacio subglúteo (ESG) está delimitado delante por el cuello femoral, detrás por el borde posterior del glúteo máximo, en la parte lateral por la línea áspera del fémur y en la parte medial por el ligamento sacrotuberoso y la fascia falciforme (fig. 1). El síntoma que predomina es la incapacidad para permanecer sentado durante periodos prolongados de tiempo, además de dolor irradiado en la pierna afectada. Existen diversos factores etiológicos para el desarrollo del SGP como son: trauma directo a nivel glúteo o pelvis, hipertrofia de los músculos en la región profunda del ESG, hematoma, variantes anatómicas en la salida del NC con respecto al músculo piriforme y bandas fibrovasculares¹⁻⁵.

El SGP sigue siendo una enfermedad de difícil diagnóstico y tratamiento para el cirujano ortopédico, lo cual retrasa su identificación, afectando la calidad de vida del paciente. El diagnóstico del SGP se realiza por sospecha clínica de acuerdo a la historia y a la sintomatología manifiesta por el paciente durante el examen físico, en ausencia de enfermedad lumbar.

Existen algunas maniobras que pueden ayudar al médico a definir el diagnóstico como son: el test de estiramiento pasivo y activo del piriforme que sumados a la infiltración del ESG dan fuerza a la sospecha clínica⁶.

El tratamiento del SGP es inicialmente conservador con terapia física, la cual se enfoca en el estiramiento de todos los tejidos alrededor del ESG con el fin de movilizar las estructuras anatómicas de mayor riesgo de atrapamiento

como son las bandas fibrovasculares^{6,7}. Este manejo logra buenos resultados en más del 87% de los pacientes. Sin embargo, existe un porcentaje que no responde satisfactoriamente a este esquema de tratamiento¹.

El abordaje quirúrgico es considerado en pacientes que fallan al manejo conservador después de un periodo mínimo de 3 meses, y se han descrito dentro de las opciones técnicas abiertas y endoscópicas. El abordaje endoscópico disminuye el riesgo de lesión a las estructuras cercanas por una visualización directa del nervio, además de disminuir los riesgos de infección y lesiones, ofreciendo buenos resultados con una mejoría en el grado de dolor y funcionalidad de los pacientes^{1,8-12}. El objetivo de este trabajo fue describir los resultados clínicos en pacientes con SGP manejados con técnica endoscópica.

Métodos

Estudio retrospectivo de pacientes diagnosticados con SGP, tratados con técnica endoscópica. Se incluyeron las cirugías realizadas entre los años 2012 y 2016 con un seguimiento mínimo de 12 meses. Durante el periodo de estudio, se intervinieron 47 pacientes y de estos 44 cumplieron los criterios de selección. Se excluyeron los sujetos menores de 18 años y con cirugías previas de pelvis o cadera. Todos los procedimientos fueron realizados por un mismo cirujano. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Institución.

Como parte del protocolo de manejo, se realizó una historia clínica detallada, describiendo el inicio de los síntomas, antecedente de trauma y cirugías previas. El proceso diagnóstico se describe en la figura 2. Los estudios

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8958809>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8958809>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)