

# Síndrome piriforme: uma causa de dor ciática



Rui Jorge Oliveira,<sup>1</sup> Ilídia Carmezim<sup>2</sup>

## RESUMO

**Introdução:** A síndrome piriforme é uma patologia neuromuscular responsável por cerca de 6% dos casos de ciatalgia. Pretende-se, com este caso, transmitir informação que possibilite ao médico de família reconhecer os sintomas e sinais típicos desta síndrome, permitindo uma abordagem adequada e atempada.

**Descrição do caso:** Mulher de 68 anos, reformada, independente para as atividades da vida diária, com antecedentes pessoais de hipertensão arterial e gonartrose. Após queda com traumatismo da nádega direita, iniciou quadro de dor local com irradiação ao longo do trajeto do nervo ciático. Ao exame físico apresentava provas dirigidas à síndrome piriforme positivas. Os exames radiológicos encontraram apenas discretos sinais degenerativos. Foi iniciada terapia combinando relaxante muscular, anti-inflamatório não esteroide, exercícios de autorreabilitação e fisioterapia. A remissão das queixas foi conseguida após seis semanas.

**Comentário:** A síndrome piriforme é uma patologia com impacto significativo na qualidade de vida do doente. Quando diagnosticada atempadamente pode ser feito tratamento dirigido, conseguindo a remissão completa das queixas.

**Palavras-chave:** Síndrome piriforme; Ciática; Dor lombar.

## INTRODUÇÃO

A síndrome piriforme é uma causa de dor na região lombar que pode cursar com dor<sup>1</sup> e parestesias ao longo do trajeto do nervo ciático.<sup>2-3</sup>

A primeira descrição remonta a 1928.<sup>4</sup> Porém, o termo síndrome piriforme só foi introduzido em 1947 para definir os casos em que, não havendo evidência de hérniação discal, a dor ciática era provocada por alterações ao nível do músculo piriforme.<sup>5</sup>

O desconhecimento é a principal barreira ao diagnóstico,<sup>2,4,6</sup> para o qual contribui a escassez de artigos em revistas científicas portuguesas. Foi realizada uma pesquisa de artigos e teses de doutoramento, no Índice das Revistas Médicas Portuguesas, usando a expressão “síndrome AND piriforme” para pesquisa textual, sem limite temporal. Foi identificado apenas um artigo, de 1996, que não se encontra disponível para consulta *online*, que descreve uma série de casos tratados com infiltração local.<sup>7</sup>

No caso clínico apresentado realçam-se as características cardinais da síndrome piriforme. O médico de família sensibilizado para esta patologia será capaz de efetuar um diagnóstico atempado, explicando aos doentes a causa dos seus sintomas, e de oferecer terapêutica adequada de forma a evitar exames adicionais desnecessários e prevenindo recidivas.

## DESCRIÇÃO DO CASO

Mulher de 68 anos, casada, caucasiana, mãe de três filhos, com o quarto ano de escolaridade, reformada. Mantém atividade agrícola familiar e independente para as atividades da vida diária. Reside com o marido, constituindo uma família nuclear na fase VIII do Ciclo de Vida de *Duvall*. Dos antecedentes pessoais destaca-se hipertensão arterial e gonartrose, efetuando uma toma diária de altizida + espirolactona (15mg + 25mg) e glucosamina (1500mg). Sem antecedentes de raquialgia, fratura ou trauma relevantes. Sem antecedentes familiares de relevo.

A doente recorreu ao Serviço de Atendimento Permanente (SAP) da sua área de residência, por queda de trator em andamento devido à oscilação. A queda foi de cerca de 1,5 metros de altura, com impacto sob a anca

1. UCSP Pinhel, ULS da Guarda.

2. Serviço de Medicina Interna, Centro Hospitalar Tondela-Viseu.



direita, sem traumatismo craniano ou alteração do estado de consciência. A doente levantou-se sozinha e recorreu através de meio de transporte próprio ao SAP.

A doente foi admitida com marcha autónoma, calma, consciente e orientada. Ao exame físico apenas se destacou dor moderada (escala numérica de dor = 5) à palpação da bacia e dos músculos paravertebrais, bilateralmente, ao longo de toda a coluna.

No SAP realizou radiografias de todos os segmentos da coluna e da bacia, que levantaram a suspeita de fratura da terceira vértebra lombar. Por este motivo foi transferida para o serviço de urgência do hospital de referência. Após realização de tomografia computadorizada da coluna lombar e sagrada não se confirmou a suspeita de fratura vertebral. Teve alta do serviço de urgência, medicada com tramadol + paracetamol (37,5mg+300mg) a cada 12 horas.

Recorreu ao seu médico de família, duas semanas após a queda, por quadro álgico, que não cedia à analgesia prescrita no serviço de urgência, mantendo características praticamente inalteradas. O foco da dor localizava-se na nádega direita, por vezes com irradiação para o ânus e face posterior da coxa, acompanhada de sensação de ardor que se prolongava pela face póstero-externa da perna atingindo ainda o bordo externo do pé. A dor agravava com o decúbito lateral para ambos os lados (pior à direita) e na posição sentada, quando mantida por mais de 10 minutos. Aplicando a escala numérica de dor, tinha habitualmente uma intensidade de 3, atingindo 6 nas exacerbações. Encontrava alívio em decúbito dorsal e ventral. A principal implicação para a doente eram os despertares noturnos frequentes, despoletados pela dor, que prejudicavam a qualidade de sono. A doente negava episódios similares prévios à queda. Negava irradiação álgica para outras zonas, nomeadamente região lombar superior, virilhas ou genitais, assim como a presença de queixas urinárias, ginecológicas ou digestivas.

Perante as queixas de dor na nádega, com agravamento na posição sentada, e face aos resultados dos exames realizados previamente que relevaram apenas sinais degenerativos com osteofitose discreta, colocou-se a hipótese de síndrome piriforme para a qual se realizou um exame objetivo orientado.

Na posição de decúbito dorsal observava-se uma rotação externa passiva do membro inferior direito, em

cerca de 25 graus, relativamente ao membro esquerdo. A rotação interna passiva do membro inferior direito em extensão (teste de *Freiberg*) despoletava dor na nádega homolateral. O teste de flexão, adução e rotação interna (teste FAIR) da coxa direita, realizado em decúbito dorsal, desencadeava dor irradiada ao membro inferior. O teste de *Lasègue* foi negativo bilateralmente.

Em decúbito lateral esquerdo encontrou-se um ponto doloroso à palpação, localizado no ponto médio entre o grande trocânter e a espinha íliaca póstero-inferior, que também desencadeava irradiação álgica para a face posterior da coxa quando a pressão era mantida por cerca de 20 segundos. Ainda em decúbito lateral, a abdução ativa isométrica do membro inferior direito (teste de *Beatty*) desencadeava dor na nádega irradiada à coxa.

Na posição sentada, a abdução da coxa contra resistência (teste de *Pace*) originava dor na nádega, mas sem irradiação.

Não foram encontradas outras alterações à inspeção e palpação da região lombar, nádegas e membros inferiores. O exame neurológico não mostrou alterações da motricidade, sensibilidade e reflexos ao nível da bacia e membros inferiores.

Pela conjugação da história clínica sugestiva, exame físico com ponto álgico entre o grande trocânter e a espinha íliaca póstero-inferior que agravava na posição sentada, positividade em quatro sinais específicos e com exames complementares que permitiram excluir outros diagnósticos, estabeleceu-se o diagnóstico provável de síndrome piriforme.

Explicou-se à doente de forma sucinta o mecanismo fisiopatológico e elaborou-se um plano combinando terapêutica farmacológica e fisioterapia. Foi prescrito um relaxante muscular (ciclobenzaprina, comprimido, 10mg, três vezes por dia), diclofenac (ampola, 75mg, uma vez por dia) por via intramuscular durante seis dias, passando posteriormente a diclofenac (comprimido, 50mg, de 12 em 12 horas), omeprazol (comprimido, 20mg, uma vez dia) e gabapentina (comprimido, 300mg, aumentando a cada 24 horas até 900mg/dia). Os tratamentos de fisioterapia decorriam com uma periodicidade de três sessões por semana.

De forma complementar foi proposto um plano de autorreabilitação diária, baseado no protocolo de Michael e colaboradores,<sup>2</sup> composto por alongamentos do músculo piriforme (flexão, adução e rotação inter-



#### QUADRO I. Outras causas de lombociatalgia<sup>2,15</sup>

Artrose das faces articulares
Estenose lombar
Lesões intraespinhais
Lesões pélvicas
Sacroileíte
Síndrome piriforme
Trocanterite

na da coxa). Estes foram ensinados presencialmente na consulta. Antes de cada sessão deveria ser aplicado calor local, por cerca de 10 minutos,<sup>3</sup> e os alongamentos deveriam durar cerca de um minuto, com estiramento progressivo até ao limite em que surgia dor, para evitar contração mioreflexa.<sup>2</sup> Foi ainda aconselhada colocação de uma almofada entre os joelhos, de forma a evitar a adução passiva do membro inferior direito, sempre que estivesse em decúbito lateral esquerdo, sobretudo durante o sono, de forma a evitar a dor.<sup>2</sup>

A consulta de reavaliação aconteceu após três semanas. Por melhoria significativa das queixas tinha suspenso a medicação oral, executando os exercícios de autorreabilitação apenas ocasionalmente. Seis semanas após a queda, tendo realizado 12 sessões de fisioterapia, relatava remissão completa das queixas.

## DISCUSSÃO

Estima-se que a síndrome piriforme seja responsável por 0,5% a 6% dos casos de dor ciática.<sup>4,8</sup> É mais fre-

quente na terceira e quarta década de vida, atingindo sobretudo mulheres (rácio 6:1),<sup>8</sup> possivelmente devido à biomecânica da bacia mais larga.<sup>9-10</sup>

A etiologia mais frequente é o trauma.<sup>5-6,9,11</sup> Porém, há outras causas como a assimetria dos membros inferiores, lesões ocupando espaço, variações anatómicas congénitas, uso excessivo e hipertrofia do músculo piriforme.<sup>8,12</sup>

O nervo ciático é formado por raízes com origem no plexo lombo-sagrado (L4, L5, S1, S2 e S3).<sup>1,4</sup> Este cruza o músculo piriforme após emergir da grande chanfradura ciática.<sup>1,3</sup> Esta relação anatómica está na origem da ciatalgia provocada pela síndrome piriforme.<sup>1,4</sup> Uma vez que as *guidelines* europeias<sup>13</sup> definem lombalgia como dor localizada entre o final da grelha costal e a prega nadegueira, a síndrome piriforme deve ser um diagnóstico a considerar. É importante ter presente que a dor ciática não é uma doença, mas antes um sintoma, resultado de algum problema subjacente.<sup>4</sup> Assim, em doentes com dor ciática, sem evidência de herniação discal vertebral, devem ser pesquisadas outras causas (Quadro I).

A semiologia mais comum da síndrome piriforme é a dor na nádega acompanhada de ciatalgia, que é despoletada pela posição sentada, pela palpação do grande forâmen ciático e por manobras que aumentem a tensão do músculo piriforme.<sup>4,12</sup> Menos habituais são a dispareunia, *Lasègue* positivo ou alterações neuromusculares (reflexos, sensibilidade ou motricidade).<sup>4,9,12</sup> Várias manobras foram propostas para o diagnóstico clínico, baseadas na contração ativa ou estiramento passivo do músculo, descritas no Quadro II, que são

#### QUADRO II. Manobras específicas do exame físico<sup>9,11</sup>

Manobra	Posição do paciente	Execução
FAIR	Decúbito dorsal	Com o membro inferior em extensão e relaxado, o médico realiza rotação interna passiva, seguida de flexão do joelho e por último flexão e adução da coxa
<i>Pace</i>	Sentada	Paciente realiza abdução da coxa contra resistência
<i>Freiberg</i>	Decúbito dorsal	Com o membro inferior em extensão e relaxado, o médico realiza rotação interna passiva
<i>Beatty</i>	Decúbito lateral sobre o lado sem lesão	Paciente realiza abdução ativa do membro inferior e mantém essa posição (contração isométrica)

QUADRO III. Score clínico, diagnóstico provável, se  $\geq 8^2$ 

Critério	Pontos
Dor na nádega, uni- ou bilateral, com períodos indolores ao longo do dia	1
Ausência de dor lombar	1
Palpação da coluna (L2 a S1) indolor	1
Lasègue negativo	1
Posição sentada desencadeia dor na nádega e/ou ciatalgia	1
Ciatalgia, com períodos indolores ao longo do dia	1
Dor na nádega, na região do músculo piriforme, desencadeada por:	
• Palpação	1
• Contração contra resistência ( <i>Beatty</i> )	1
• Manobras de alongamento ( <i>FAIR; Freiberg</i> )	1
Ciatalgia, desencadeada por:	
• Alongamento do músculo piriforme	1
• Contração contra resistência ( <i>Beatty</i> )	1
Ausência de irradiação perineal	1
<b>Total</b>	<b>12</b>

consideradas positivas quando provocam dor na nádega. Estudos atribuíram à positividade conjunta dos testes FAIR e *Pace*, uma sensibilidade 91% e uma especificidade de 80%.<sup>14</sup> Outros estudos<sup>2</sup> propuseram um *score* clínico para facilitar o diagnóstico, com uma sensibilidade e especificidade estimadas, respetivamente, em 96% e 100% (Quadro III).

Numa revisão sistemática publicada recentemente sobre as manifestações clínicas é focado um quarteto semiológico: dor na nádega, dor que agrava na posição sentada, sensibilidade na região da grande chanfradura ciática e positividade em algum dos testes específicos.<sup>12</sup> Destaca-se ainda que esta síndrome pode ocorrer com ou sem dor ciática.<sup>12</sup>

Vários autores procuraram estabelecer a especificidade e sensibilidade de vários exames auxiliares de diagnóstico; porém, nenhum mostrou características que possam justificar a sua designação como *Gold Standard*.<sup>8,15-17</sup> Contudo, os exames radiológicos e eletromiográficos devem ser considerados caso a caso, em função dos diagnósticos diferenciais mais prováveis,

ajudando sobretudo a distinguir a síndrome piriforme da patologia vertebral.<sup>10</sup>

O tratamento baseia-se em medidas conservadoras, como anti-inflamatório não esteroide (AINE), analgésicos, relaxantes musculares, autorreabilitação e fisioterapia.<sup>4,15</sup> Quando aplicadas simultaneamente, estas medidas mostraram ser capazes de eliminar a ciatalgia em metade dos casos, ao fim de quatro semanas, e a dor na nádega ao fim de sete semanas.<sup>2-3</sup> Nenhum estudo comparou o impacto da autorreabilitação isolada *versus* em associação com fisioterapia.

Quando estas medidas não são eficazes, a próxima linha de tratamento será a injeção ecoguiada de anestésico, AINE ou toxina botulínica.<sup>4</sup> Os tratamentos não cirúrgicos conseguem resolver cerca de 85% dos casos,<sup>6</sup> ficando o tratamento cirúrgico reservado para os casos refratários, geralmente com bons resultados.<sup>6,8,10</sup>

Embora a anamnese e o exame físico se revelem bons preditores do diagnóstico, a síndrome piriforme apresenta várias semelhanças com outras patologias da coluna lombar e sagrada.<sup>2,15</sup> Assim, sendo a síndrome piriforme um diagnóstico de exclusão, devem ser excluídos os principais diagnósticos diferenciais.<sup>1,8,14</sup>

Este caso pretende sumariar as características da síndrome piriforme, lembrando a importância de uma história clínica e um exame físico detalhados. Salienta-se também a importância de dar uma explicação ao doente para as queixas, facilitando o seu envolvimento no processo terapêutico, nomeadamente na autorreabilitação.

Esta patologia tem um impacto significativo na vida dos doentes, levando a absentismo laboral e a sofrimento, disfunções crónicas como atrofia muscular ou cronificação da dor,<sup>6,10-11</sup> daí o interesse em diagnosticar e providenciar tratamento adequado em tempo útil.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Papadopoulos EC, Khan SN. Piriformis syndrome and low back pain: a new classification and review of the literature. *Orthop Clin North Am.* 2004;35(1):65-71.
- Michel F, Decavel P, Toussiot E, Tatu L, Aleton E, Monnier G, et al. Piriformis muscle syndrome: diagnostic criteria and treatment of a monocentric series of 250 patients. *Ann Phys Rehabil Med.* 2013;56(5):371-83.
- Fishman LM, Dombi GW, Michaelsen C, Ringel S, Rozbruch J, Rosner B, et al. Piriformis syndrome: diagnosis, treatment, and outcome: a 10-year study. *Arch Phys Med Rehabil.* 2002;83(3):295-301. §
- Hopyayan K, Song F, Riera R, Sambandan S. The clinical features of the



- piriformis syndrome: a systematic review. *Eur Spine J.* 2010;19(12):2095-109.
5. Robinson DR. Piriformis syndrome in relation to sciatic pain. *Am J Surg.* 1947;73(3):355-8.
  6. Benson ER, Schutzer SF. Posttraumatic piriformis syndrome: diagnosis and results of operative treatment. *J Bone Joint Surg Am.* 1999;81(7):941-9.
  7. Marçal N, Correia J. Infiltração do músculo piriforme no tratamento do síndrome do piriforme. *Rev CAR Clube Anest Regional.* 1996;8:31-3.
  8. Jankovic D, Peng P, van Zundert A. Brief review – Piriformis syndrome: etiology, diagnosis, and management. *Can J Anaesth.* 2013;60(10):1003-12.
  9. Siddiq MA, Hossain MS, Uddin MM, Jahan I, Khasru MR, Haider NM, et al. Piriformis syndrome: a case series of 31 Bangladeshi people with literature review. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2017;27(2):193-203.
  10. Boyajian-O'Neill LA, McClain RL, Coleman MK, Thomas PP. Diagnosis and management of piriformis syndrome: an osteopathic approach. *J Am Osteopath Assoc.* 2008;108(11):657-64.
  11. Singh US, Meena RK, Singh CA, Singh AK, Singh AM, Langshong R. Prevalence of piriformis syndrome among the cases of low back/buttock pain with sciatica: a prospective study. *J Med Soc.* 2013;27(2):94-9.
  12. Hopayian K, Danielyan A. Four symptoms define the piriformis syndrome: an updated systematic review of its clinical features. *Eur J Orthop Surg Traumatol.* 2018;28(2):155-64.
  13. Van Tulder M, Becker A, Bekkering T, Breen A, del Real MT, Hutchinson A, et al. European guidelines for the management of acute nonspecific low back pain in primary care. *Eur Spine J.* 2006;15 Suppl 2:S169-91.
  14. Martin HD, Kivlan BR, Palmer IJ, Martin RL. Diagnostic accuracy of clinical tests for sciatic nerve entrapment in the gluteal region. *Knee Surg Sports Traumatol Arthrosc.* 2014;22(4):882-8.
  15. Niu CC, Lai PL, Fu TS, Chen LH, Chen WJ. Ruling out piriformis syndrome before diagnosing lumbar radiculopathy. *Chang Gung Med J.* 2009;32(2):182-7.
  16. Polesello GC, Queiroz MC, Linhares JP, Amaral DT, Ono NK. Anatomical variation of piriformis muscle as a cause of deep gluteal pain: diagnosis using MR neurography and treatment. *Rev Bras Ortop.* 2013;48(1):114-7.
  17. Broadhurst NA, Simmons DN, Bond MJ. Piriformis syndrome: correlation of muscle morphology with symptoms and signs. *Arch Phys Med Rehabil.* 2004;85(12):2036-9.
  18. Yeoman W, Lond MB. The relation of arthritis of the sacro-iliac joint to sciatica, with an analysis of 100 cases. *Lancet.* 1928;212(5492):1119-23.

#### CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não ter quaisquer conflitos de interesse.

#### ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA

Rui Jorge Oliveira  
E-mail: rui\_joveira@yahoo.com  
<https://orcid.org/0000-0002-3297-8172>

Recebido em 23-02-2017

Aceite para publicação em 12-03-2019

## ABSTRACT

### PIRIFORMIS SYNDROME: A CAUSE OF SCIATIC PAIN

**Introduction:** Piriformis syndrome is a neuromuscular disorder, causing 6% of all cases of sciatica. Considering this clinical report, we resumed the most relevant information that enables family doctors to recognize typical symptoms and signs of this syndrome, allowing an appropriate and timely approach.

**Case report:** A 68-year-old woman, retired, independent on all daily living activities, with hypertension and gonarthrosis. After a fall, causing a trauma of the right buttock, she began complaining with local pain, irradiating along the sciatic nerve path. At the physical examination, the patient presented positive tests for piriformis syndrome. The radiological tests only found discrete degenerative signs. She started a therapy combining muscle relaxation, non-steroidal anti-inflammatory drugs, self-rehabilitation exercises and physical therapy. The remission of complaints was achieved after six weeks.

**Comment:** Piriformis syndrome is a disorder with a significant impact on quality of life. If diagnosed in a timely manner, it is possible to provide a targeted treatment and to achieve complete remission of complaints.

**Keywords:** Piriformis syndrome; Sciatica; Back pain.