
RELAÇÃO DA SÍNDROME DO PIRIFORME E DA DOR ISQUIÁTICA NA AVALIAÇÃO FISIOTERAPÊUTICA

Relation from the piriformis syndrome and from the ischiatic pain in the evaluation physiotherapeutics

Elaine Cristina Pravato¹, Jeferson Francisco da Silva², Andrea Marques Berbel³

¹Bacharel em Fisioterapia pelo Centro Universitário Nove de Julho (UNINOVE), São Paulo, SP - Brasil, e-mail: elaine_pravato@hotmail.com

²Especialista em Fisioterapia Ortopédica e Traumatológica. Professor das disciplinas de Fisioterapia Ortopédica, Ética e Deontologia, Administração em Fisioterapia da UNINOVE, Guarulhos, SP - Brasil, e-mail: jsilva0271@terra.com.br

³Mestre em Reabilitação. Professora das disciplinas de Fisioterapia em Saúde Coletiva e Trabalho de Conclusão de Curso da UNINOVE, São Paulo, SP - Brasil, e-mail: andrea.berbel@gmail.com

Resumo

INTRODUÇÃO: Síndrome do piriforme é a irritação do nervo isquiático, quando ele passa abaixo ou entre as fibras do músculo piriforme. Uma das causas que levam à síndrome é a variação anatômica entre este nervo e músculo. Dor isquiática **é dor que ocorre no trajeto do nervo isquiático**. A causa mais comum no indivíduo adulto é compressão de uma das 5 raízes dele, por hérnia de disco intervertebral na região da coluna lombar. O objetivo deste estudo de revisão bibliográfica é analisar a relação anatômica do nervo isquiático com o músculo piriforme e comparar a sintomatologia entre síndrome do piriforme e dor isquiática, durante avaliação fisioterapêutica. **MATERIAIS E MÉTODO:** Levantamento bibliográfico, por meio de livros, artigos científicos e banco de dados especializados para a aquisição destes periódicos e *sites* de internet. **RESULTADOS:** A variação anatômica mais comum é o nervo fibular comum perfurar o músculo piriforme e o nervo tibial passar inferiormente ao músculo piriforme. Os sintomas da síndrome do piriforme são dor profunda no quadril e nádega, irradiada para o membro inferior afetado, acentuando-se ao deitar-se. Os sintomas da dor isquiática são dor superficial e localizada na região lombar e/ou na nádega, irradiada para o membro inferior afetado, com distribuição do dermatomo. Esta dor melhora quando o indivíduo permanece deitado. **CONSIDERAÇÕES FINAIS:** Variações anatômicas do nervo isquiático com o músculo piriforme contribuem para síndrome do piriforme. O teste de AIF (adução, rotação interna e flexão do quadril) será positivo para a síndrome do piriforme, durante a avaliação fisioterapêutica.

Palavras-chave: Síndrome do piriforme; Dor isquiática; Variações anatômicas; Sintomas; Fisioterapia.

Abstract

INTRODUCTION: Syndrome of the piriformis is the irritation of the ischiatic nerve, when he passes below or enter the fibers of the piriformis muscle. One of the causes that take to syndrome is the anatomical variation between this nerve and muscle. Ischiatic pain is pain that happens in the itinerary of the ischiatic nerve. The most common cause in the adult is compression of one of the 5 roots of the same, for hernia of disk lumbar intervertebraly. The objectives of this study of bibliographic revision it is analyze the anatomical relationship of the ischiatic nerve with the piriformis muscle and to compare the symptomlogya between piriformis syndrome and ischiatic pain, during evaluation physiotherapeutic. **MATERIALS AND METHOD:** Bibliographical rising, through of books, scientific articles and database specialized for the acquisition of newspapers and sites of Internet. **RESULTS:** The more common anatomical variation, is the nerve common fibular to perforate the piriformis muscle and the nerve tibial to pass inferiority to the piriformis muscle. The symptoms of the piriformis syndrome are deep pain in the hip and buttock, irradiated for the affected inferior member, accentuate if to the lying down if. The symptoms of the ischiatic pain are superficial and located pain in the area lumbar and/or in the buttock, irradiated for the affected inferior member, with distribution of the dermatom. This pain improvement when the being stand lying. **FINAL CONSIDERATIONS:** Anatomical variation of the ischiatic nerve with the piriformis muscle contribute to piriformis syndrome. The test of AIF (adusin, rotation interns and inflect of the hip), being positive for to piriformis syndrome, during evaluation physiotherapeutic.

Keywords: Piriformis syndrome; Ischiatic pain; Anatomic Change; Symptoms; Physiotherapy

INTRODUÇÃO

Douglas (1) refere que cerca de 70% a 80% da população mundial já teve ou ainda terá dor lombar em algum momento de suas vidas, sendo que em uma parte dessas pessoas a dor está relacionada ao nervo isquiático e a maioria destes pacientes (em torno de 70%) busca a avaliação clínica como cuidado primário. Para Barrett (2), a dor isquiática é muito comum e em torno de 40% da população terá essa experiência em algum momento de sua vida, porém aproximadamente 1% da população irá apresentar déficit motor ou sensitivo. Os estudos realizados por Junior S. (3) e Junior O. (3) demonstraram que a síndrome do piriforme é relacionada como uma das principais causas das dores lombares e isquiáticas, sendo a patologia que apresenta uma etiologia mecânica, causada pela compressão do nervo isquiático pelo músculo piriforme, quando este músculo passa pelo nervo na região glútea. Cipriano (4) afirma que o músculo piriforme é importante devido a sua proximidade com o nervo isquiático, podendo tornar-se inflamado e espástico e comprimir o nervo isquiático, causando dor ao longo de todo o trajeto deste. Para Junior S. (3) e Junior O. (3), a relação entre o músculo piriforme e o nervo isquiático pode desencadear a chamada dor “isquiática” (dor ciática, ciatalgia), a qual é um sintoma e não uma patologia, sendo referida ao longo do trajeto do nervo isquiático e seus ramos. Segundo Benzon et al. (5), uma das causas que levam à síndrome do piriforme são as anormalidades anatômicas entre o músculo piriforme e o nervo isquiático, resultando em irritação do nervo isquiático pelo músculo piriforme. Já para Rodrigue e Hardy (6), são freqüentes os casos de anormalidades como causa de dor isquiática, mas às vezes pode ocorrer de pacientes não apresentarem dor. A causa mais comum de dor isquiática no adulto é a compressão de raiz nervosa espinhal, por uma hérnia de disco intervertebral lombar. A síndrome do piriforme pode apresentar sintomas semelhantes a problemas relacionados com hérnia de disco lombar. Barrett (2) relatou que a dor isquiática apresenta várias causas, sendo que das causas identificáveis estão as radiculopatias lombosacrais as quais são problemas de raízes dos nervos espinhais que passam entre as vértebras e dão origem ao nervo isquiático. O estudo de Cailliet (7)

refere que provavelmente a dor radicular seja o sintoma mais incapacitante na dor lombar da síndrome discogênica ou da patologia degenerativa da coluna vertebral, mas pode haver compressão da raiz nervosa sem dor. Barrett (2) afirma que entre as vértebras existe o disco intervertebral, cuja função é absorver os impactos; mas se este disco apresentar algum dano ou infectar-se, a raiz de nervo espinhal pode ser comprimida pelas vértebras e causar tais sintomas. O objetivo deste artigo é realizar um estudo, por meio de revisão bibliográfica, analisando a relação anatômica do nervo isquiático com o músculo piriforme e comparar a sintomatologia entre a síndrome do piriforme e a dor isquiática, durante avaliação fisioterapêutica. Este tema foi escolhido por tratar-se de um assunto bem discutido pela literatura, a qual mostra uma grande incidência de dor isquiática na população em geral. Por se tratar de uma região anatômica bem complexa, é preciso que se tenha bastante atenção e que se conheça muito bem as estruturas envolvidas, para que melhor se possa avaliar e tratar o paciente acometido por esta síndrome.

MATERIAIS E MÉTODO

Critérios de inclusão

- livros, artigos de revistas científicas e *sites* nacionais e internacionais;
- publicações em língua inglesa, portuguesa e espanhola;
- publicações de 1997 a 2004.

Critérios de exclusão

- publicações de outras línguas que não sejam inglesa, portuguesa e espanhola;
- publicações anteriores a 1997.

Protocolo

- Levantamento bibliográfico.
- *Sites* de busca, tais como: *Google*; *Medline*; *Lilacs*; *Scirus for scientific information only*; *Pubmed* e *SciELO*.
- Material adquirido pelo Instituto de Ortopedia e Traumatologia da Universidade de São Paulo; BIREME (Biblioteca Regional de Medicina), pertencente à Universidade Federal de São Paulo – Escola Paulista de Medicina; Biblioteca Emílio Ribas; Biblioteca do Centro Universitário Nove de Julho e *sites* de busca.

RESULTADOS

Variações anatômicas do nervo isquiático com o músculo piriforme

Segundo Junior S. (3) e Junior O. (3), as variações anatômicas podem ser divididas em dois grupos: 1) Variação do Nervo Completo: onde o nervo isquiático é formado e se relaciona com o músculo piriforme; 2) Variação dos Ramos: não há formação do nervo isquiático e os nervos tibial e fibular comum se relacionam diretamente com o músculo piriforme. De acordo com Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3), são possíveis 6 relações anatômicas do nervo isquiático com o músculo piriforme: Para Cork et al. (9), Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3), 1) forma normal em que o nervo isquiático atravessa inferiormente o músculo piriforme (Figura 1.1). Em seus estudos, Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3) relataram 2) variação anatômica em que o nervo isquiático passa superiormente ao músculo piriforme (Figura 1.2). Segundo Cork et al. (9), Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3), 3) variação anatômica em que o nervo isquiático perfura o músculo piriforme (Figura 1.3). Cork et al. (9),

Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3) afirmam que 4) Variação anatômica em que o nervo fibular comum passa superiormente ao músculo piriforme, enquanto o nervo tibial passa inferiormente (Figura 1.4). Em relação a Cork et al. (9), Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3), 5) Variação anatômica em que o nervo fibular comum perfura o músculo piriforme e o nervo tibial passa inferiormente (Figura 1.5). Já para Hernandez et al. (8), Junior S. (3) e Junior O. (3), 6) Variação anatômica em que o nervo tibial perfura o músculo piriforme e o nervo fibular passa inferiormente (Figura 1.6).

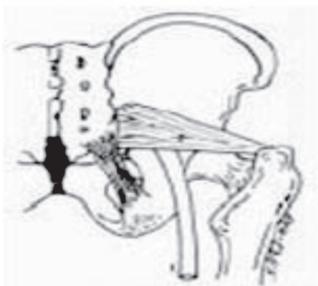


FIGURA 1.1 - Demonstração da forma normal com que o nervo isquiático atravessa inferiormente o músculo piriforme. Vista posterior. P - músculo piriforme; I - nervo isquiático

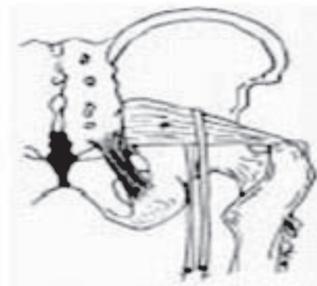


FIGURA 1.4 - Variação anatômica apresentando o nervo fibular comum emergindo superiormente ao músculo piriforme enquanto o nervo tibial emerge inferiormente. Vista posterior. P - músculo piriforme; F - nervo fibular comum; T - nervo tibial

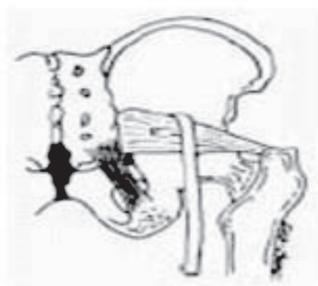


FIGURA 1.2 - Variação anatômica demonstrando o nervo isquiático emergindo superiormente ao músculo piriforme. Vista posterior. P - músculo piriforme; I - nervo isquiático

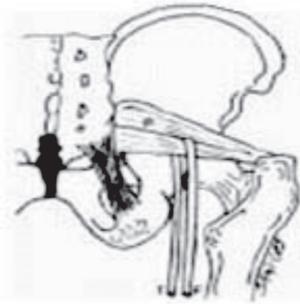


FIGURA 1.5 - Variação anatômica mais freqüente onde o nervo fibular comum perfura o músculo piriforme que se apresenta dividido em dois ventres. Vista posterior. P - músculo piriforme; F - nervo fibular comum; T - nervo tibial

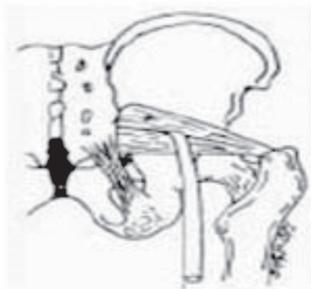


FIGURA 1.3 - Variação anatômica onde o nervo isquiático perfura o músculo piriforme. Vista posterior. P - músculo piriforme; I - nervo isquiático.

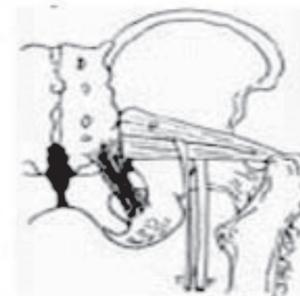


FIGURA 1.6 - Variação anatômica onde eventualmente o músculo piriforme é transpassado pelo nervo tibial. Vista posterior. P - músculo piriforme; F - nervo fibular comum; T - nervo tibial.

Diferentes relações anatômicas referentes ao nervo isquiático e seus ramos com o músculo piriforme

Conforme os estudos de Junior S. (3) e Junior O. (3), os autores que estudaram a relação entre o nervo isquiático e o músculo piriforme:

TABELA 1 - Relação do Nervo Isquiático com o Músculo Piriforme por autor em ordem cronológica crescente

	Nervo Completo			Ramos		
	Inferior (norma)	Superior	Perfurando	Superior + Inferior (Fibular) (Tibial)	Perfurando Tibial	Fibular
BEATON E ANSON, 1938	90%		0,8%	2,1%		7,1%
TESTUT E LATARJET, 1951	74%			1%		25%
ANSON E MACVAY, 1971	89,1%		0,2%	0,7%		10%*
* LEE E TSAI, 1974	70,2%	2,98%	1,8%	4,2%		19,6%
ANDERSON, 1979	87,5%	0,5%				12%
PECINA, 1979	93,85%					6,15%
AGUR, 1991	87%	0,5%				12,5%
CHIBA, 1992	60%	2%			4%	34%
PERITO <i>et al.</i> , 1996	90,9%					9,1%
GABRIELLI <i>et al.</i> , 1994 e 1997	86,3%			2,5%		11,2%

Fonte: Junior S. (3) & Junior O. (3).

Nota: *Encontraram ainda 1,2% dos casos com um ramo perfurando (não específica) e outro passando acima do músculo.

Cork et al. (9) e Hernandez et al. (8) determinaram que a situação mais comum de ocorrer é de o nervo isquiático ser anterior ao músculo e passar inferiormente ao músculo piriforme. Já para Junior S. (3) e Junior O. (3), a relação mais comum é do nervo completo passar inferiormente (passagem normal) e das variações o mais comum de ocorrer é o ramo fibular comum perfurar o músculo piriforme e o ramo tibial passar inferiormente ao músculo piriforme.

De acordo com Beauchesne e Schutzer (10), normalmente é o fibular comum, ramo do nervo isquiático, que perfura o músculo piriforme. Já o tibial, ramo do nervo isquiático, é menos comum de perfurar o músculo piriforme. A divisão do tibial é menos freqüente em perfurar o músculo piriforme do que a divisão do fibular comum, porque a passagem do fibular comum é localizada mais medialmente no nervo isquiático.

Para Oldershaw et al. (11), o fibular comum é mais vulnerável à lesão do que o ramo tibial, possivelmente porque o fibular comum tem menos feixes e menos quantidade abundante vascular da artéria glútea inferior.

Gabrielli et al. (12) apresentaram um estudo sobre o trajeto do nervo glúteo inferior e correlacionaram este com a divisão alta do nervo isquiático. Foram dissecadas 80 regiões glúteas de 40 cadáveres formolizados, sendo 29 masculinos e 11 femininos, de indivíduos brasileiros adultos. Os dados foram registrados por meio de esquemas e fotografias. Encontraram dois tipos de variações que se caracterizaram por uma divisão alta do nervo isquiático, correspondendo a 11 casos (13,7 %). A classificação tipo I esteve presente em 9 casos (11,2 %), sendo quando o nervo fibular comum passa pelo músculo piriforme e o nervo tibial passa por debaixo da margem inferior do músculo piriforme. Em 6 deles (66,7 %), 5 à direita e 1 à esquerda, o tronco do nervo glúteo inferior também atravessa o músculo piriforme e nos 3 casos restantes (33,3%), 2 à direita e 1 à esquerda, somente uma parte do nervo glúteo inferior apresentou este trajeto. Já a outra passa por debaixo da margem inferior do músculo, unindo-se logo à primeira. A classificação tipo II foi observada em somente 2 casos (2,5%), correspondentes ao mesmo indivíduo, sendo quando o nervo fibular comum passa sobre a margem superior e o nervo

tibial abaixo da margem inferior do músculo piriforme. No lado direito, o nervo glúteo inferior passa abaixo da margem inferior do músculo e no lado esquerdo, uma parte do nervo glúteo inferior se origina no nervo fibular comum, passando por cima da margem do músculo piriforme, enquanto a outra parte passa por debaixo da margem inferior, unindo-se logo à primeira. Nos casos da divisão alta do nervo isquiático, a maior probabilidade é de o nervo glúteo inferior seguir o mesmo trajeto do nervo fibular comum, passando totalmente ou em parte pelo músculo piriforme, ou ainda, por cima dele. Conforme mostra a literatura, existem variações na relação do nervo isquiático com o músculo piriforme em aproximadamente 1/6 dos casos, sendo mais freqüente quando o nervo perfura o músculo (tipo I).

Machado et al. (13) realizaram um estudo com a finalidade de verificarem as variações anatômicas entre o nervo isquiático e o músculo piriforme, durante o período fetal. Foram dissecadas 100 regiões glúteas, de 50 fetos humanos e nos resultados foram encontrados 3 tipos de variações, sendo que 2 tipos se caracterizavam pela divisão alta do nervo isquiático e classificados em tipo I e tipo II e 1 tipo não apresentava divisão, sendo classificado como tipo III. No tipo I, o nervo fibular comum perfura o músculo piriforme e o nervo tibial passa abaixo de sua margem inferior, estando presente em 8 casos. No tipo II, o nervo fibular comum passa sobre a margem superior e o nervo tibial abaixo da margem inferior do músculo piriforme, sendo observado somente em 1 caso. O tipo III foi encontrado somente em 1 caso no qual o nervo isquiático perfurava o músculo piriforme com suas duas porções, tibial e fibular comum, sem divisão. Esses autores concluíram que as variações poderiam se perpetuar na idade infanto-juvenil e na vida adulta, contribuindo para a síndrome do músculo piriforme e que a incidência de variações no período fetal são equivalentes com os apresentados na literatura para os adultos.

De acordo com os resultados obtidos pelos autores deste trabalho e os encontrados na literatura, a relação do nervo isquiático e do músculo piriforme é que normalmente o nervo isquiático passa abaixo do músculo piriforme. Existem variações nesta relação e as mais freqüentes são aquelas em que o nervo fibular comum perfura o músculo piriforme e o nervo tibial passa inferiormente ao músculo piriforme.

Se associar alterações do nervo isquiático e do músculo piriforme com posturas inadequadas, pode-se observar o aumento do risco da síndrome do piriforme, pois as posturas inadequadas podem desencadear encurtamento deste músculo.

As variações anatômicas entre o nervo isquiático e o músculo piriforme têm relevância para a Fisioterapia, pois são variações importantes que os profissionais precisam saber para avaliar e tratar, pois isso pode favorecer o aparecimento da síndrome do piriforme, com compressão do nervo isquiático e a conseqüente dor isquiática.

Sintomatologia da síndrome do piriforme e da dor isquiática

Em seus estudos, Beneliyahu (14) observou que os resultados mostraram que os sintomas da síndrome do piriforme incluíam dor no quadril e nádega, sinal de Lasègue positivo, dor aumentada com rotação interna, dor diminuída com rotação externa, hiperestesia sensorial em cima do dermatomo de S1/2 e difusa fraqueza motora. A dor no sacro ou na região glútea era o sintoma mais constante encontrado na síndrome do piriforme.

Em seus resultados, Junior S. (3) e Junior O. (3) mostraram que a síndrome do piriforme caracteriza-se clinicamente por dor nas regiões lombar, glútea e trocântérica, além da porção posterior da coxa e toda região anterolateral e posterolateral da perna e todo o pé. No exame físico, a compressão do nervo isquiático pode ser induzida por meio dos movimentos combinados de adução, rotação interna e flexão do quadril, o que tencionaria o músculo piriforme por alongamento e em decorrência comprimiria o nervo isquiático, como mostra a Figura 2 (15). A síndrome do piriforme apresenta sintomas idênticos aos de uma hérnia de disco, com exceção da ausência de sinais neurológicos verdadeiros.

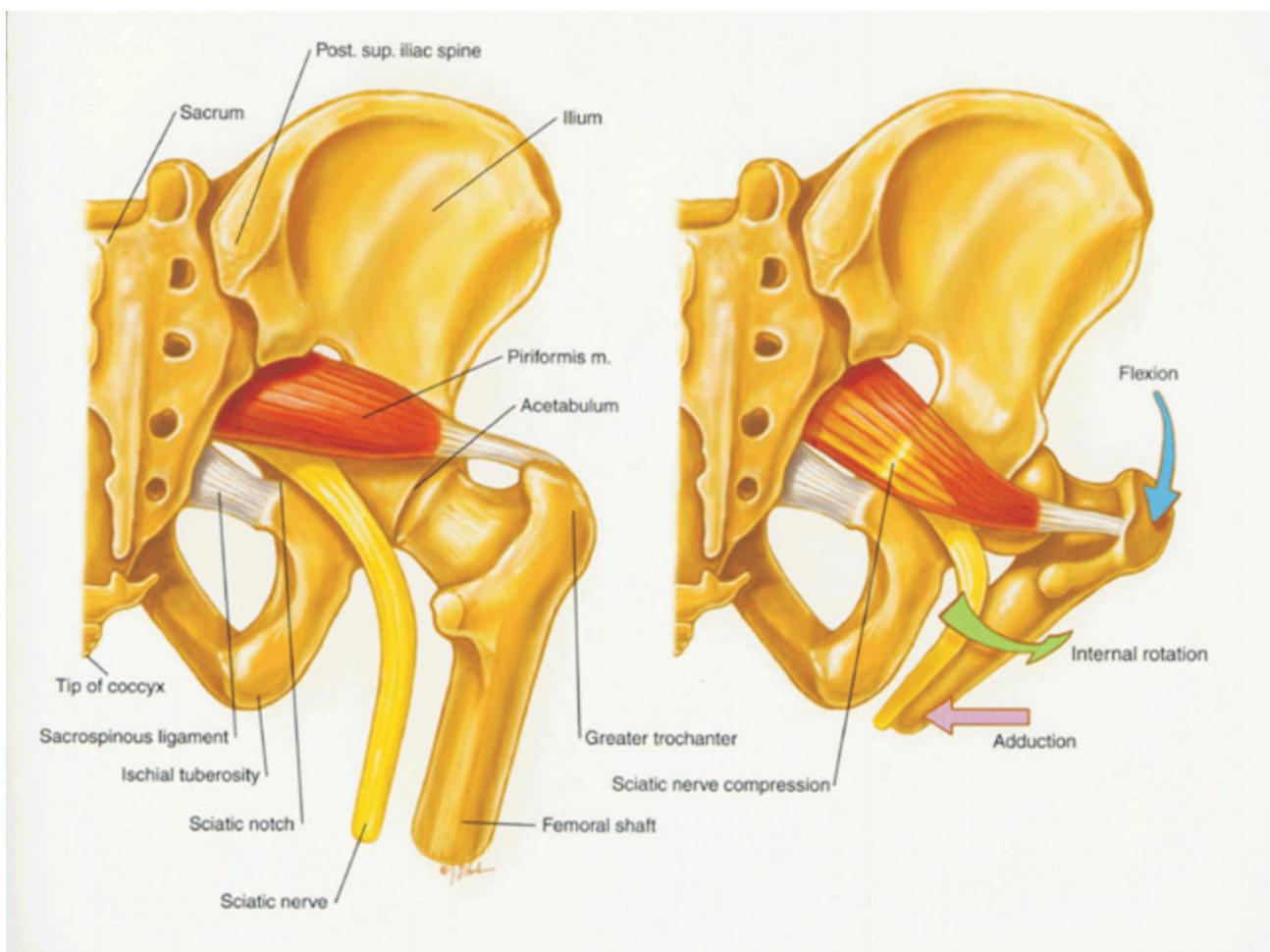


FIGURA 2 - Posições do quadril como adução, rotação interna e flexão, distendem o músculo piriforme contra o nervo isquiático, causando dor na nádega e dor na perna irradiando (15)

Machado et al. (13) afirmam que os sinais e sintomas da síndrome do piriforme são caracterizados por distúrbios sensitivos, motores e tróficos em uma área de inervação do nervo isquiático. Ocorre dor e parestesia na região glútea, alteração da postura e biomecânica da cintura pélvica, podendo levar à incapacidade de locomoção. Um sinal importante para a síndrome do piriforme é quando o paciente apresenta dor na nádega irradiada para os membros inferiores ao realizar o teste AIF (adução, rotação interna e flexão do quadril).

Em seus estudos, o paciente de El-Rubaidi et al. (16) apresentou uma complicação pouco descrita na literatura, relacionada com a posição sentado. Este paciente tinha 29 anos, 90 kg, apresentava dor intensa na região do nervo isquiático esquerdo e instabilidade da marcha. Havia a presença do sinal de Lasègue no início da manobra e paralisia completa a 0/5 na flexo-extensão plantar do pé esquerdo. Apresentou como complicação paralisia do nervo isquiático secundária à compressão do músculo piriforme, conhecida como “síndrome do piriforme”, ocorrendo devido à posição sentado. A compressão do nervo isquiático pode também ser devido à complicação da posição sentado porque a pressão prolongada do peso levaria a uma irritação, a uma inflamação e um espasmo do músculo piriforme. Quando há espasmo (sendo o resultado do trauma e inflamação), pode dar lugar à compressão do nervo contra o forame isquiático maior.

Cocicov et al. (17) consideram que a dor isquiática tem início na raiz da coxa, podendo ser unilateral ou bilateral, ultrapassando o(s) joelho(s) e alcançando, na maioria das vezes, o pé homolateral, podendo ser acompanhada ou não de déficit motor e/ou sensitivo.

Segundo Karppinen (18), seus resultados mostraram que os pacientes com dor isquiática apresentaram dor em queimação que irradiava para baixo do joelho. Essa dor era superficial e localizada, freqüentemente associada com parestesia. Inicialmente a dor podia ser sentida apenas na lombar e na(s) nádega(s), mas com o progresso de doença, esta era sentida distalmente ao longo do dermatomo. A extensão de irradiação da dor aparece, dependendo da severidade do processo patológico que afeta a raiz nervosa.

Em estudos realizados por Dias et al. (19), os resultados mostraram que a apresentação clínica clássica nas hérnias discais L4-L5-S1 era a dor irradiada para a perna, na face posterior, no trajeto do nervo isquiático; já a dor na face anterior da coxa ocorria nas hérnias L2-L3-L4 (sendo que as hérnias discais de L1 eram extremamente raras). Geralmente havia uma piora aguda da dor às manobras do tipo Valsalva e o sinal de Lasègue positivo. Com base nas alterações neurológicas, era possível estabelecer o nível de lesão.

Santos (20) afirmou que os sintomas provocados pela hérnia de disco lombar são dor ao longo da perna, originando-se na região lombar ou nas nádegas. Essa dor limita o paciente a se curvar ou levantar para uma posição completamente vertical, sem um certo grau de desconforto. A dor piora ao se curvar, tossir ou espirrar. A diminuição ou ausência de reflexos são evidências de distúrbios neurológicos causados pela hérnia discal. Quando há elevação da perna reta em decúbito dorsal, pode reproduzir dor radicular. Ao elevar a perna contralateral e havendo dor espontânea, sugere-se hérnia discal. Uma das principais causas de dor lombar é a hérnia de disco e a localização da dor lombar é geralmente entre L4 e L5 e entre L5 e S1 comprimindo as raízes L5 e S1, respectivamente. Mesmo sendo incomum, há herniação em L3 e L4.

Tendo em vista os resultados obtidos pelos autores deste trabalho e os encontrados na literatura, os sintomas da síndrome do piriforme são dor profunda no quadril e nádega, irradiada para o membro inferior afetado e sensibilidade à palpação sobre a incisura isquiática maior. A dor piorava ao deitar e sentar por períodos prolongados. Havia ausência de sinais neurológicos verdadeiros. Já os sintomas da dor isquiática eram dor superficial e localizada na região lombar e/ou na nádega, irradiada para o membro inferior afetado, com distribuição do dermatomo. A dor piorava ao ficar de pé, sentar, curvar, tossir ou espirrar, melhorando quando deitado. Podia ocorrer déficit neurológico.

Entre os autores que relatam sobre a síndrome do piriforme, existem divergências. Segundo Douglas (1), a dor na síndrome do piriforme é aliviada ao caminhar. Já Benzon et al. (5), El-Rubaidi et al. (16), Junior S. (3) e Junior O. (3), Machado et al. (13), Rodrigue e Hardy (6); Hanania e Kitain (21), Gabrielli et al. (12) afirmam o contrário, isto é, que a dor na síndrome do piriforme é agravada ao caminhar. É possível que Douglas (1) tenha feito essa afirmação devido ter estudado um tipo específico de variações anatômicas do nervo isquiático com o músculo piriforme, mas em seu trabalho isso não foi especificado.

Devido aos sintomas da síndrome do piriforme e da dor isquiática serem semelhantes, é preciso saber diferenciar para que seja realizada uma avaliação fisioterapêutica adequada e um tratamento correto. Os autores relatam a importância de uma avaliação fisioterapêutica minuciosa para que os profissionais não cometam erros.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Segundo os autores pesquisados:

- as variações na relação do trajeto do nervo isquiático com o músculo piriforme, que podem ocorrer tanto em fetos como em adultos, contribuem para a síndrome do piriforme e para a dor isquiática;
- as mais freqüentes variações são aquelas em que o nervo fibular comum perfura o músculo piriforme e o nervo tibial passa inferiormente ao músculo piriforme;
- o sinal de Lasègue irá dar positivo tanto para a síndrome do piriforme, quanto para a dor isquiática;
- é preciso realizar o teste de AIF (adução, rotação interna e flexão do quadril), pois irá dar positivo somente para a síndrome do piriforme.

AGRADECIMENTOS

Agradeço aos meus pais Nanci e Romildo, aos meus irmãos Sandra e Anderson, ao meu namorado Edinei e as minhas amigas Bia e Elisângela, por terem me dado força e incentivo durante todo o trabalho.

Agradeço a colaboração do Prof. Jeferson Francisco da Silva e da Prof.^a Andrea Marques Berbel, pelas sugestões e incentivos dados durante a realização deste trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Douglas S. Sciatic pain and piriformis syndrome. *The Nurse Practitioner*, Cleveland, Ohio. 1997;22(5):166-168.
2. Barrett J. Sciatica. [internet]. 2003 [Acesso 2004 mar 17]. Disponível em: <http://www.buildingbetterhealth.com/topic/topic100587439>.
3. Junior SAG, Junior OP. Síndrome do piriforme e dor isquiática (Ciática): revisão da literatura e a variação anatômica como fator etiológico. *Revista de Fisioterapia do Centro Universitário UniFMU*. 2003;1(2):28-33.
4. Cipriano JJ. Testes ortopédicos lombares. In: manual fotográfico de testes ortopédicos e neurológicos. 3ª ed. São Paulo: Manole; 1999. p. 193-228.
5. Benzon H T, Katz JA, Benzon HA, Iqbal MS. Piriformis syndrome: anatomic considerations, a new injection technique, and a review of the literature. *Anesthesiology*. 2003;98(6):1442-1448.
6. Rodrigue T, Hardy RW. Diagnosis and treatment of piriformis syndrome. *Neurosurgery Clinics of North America*, Cleveland, Ohio. 2001;12(2):311-319.
7. Cailliet R. Síndrome da dor lombar. In: Cailliet R. *Estrutura e função da coluna lombossacra*. Porto Alegre: Artmed; 2001. p. 19-79.
8. Hernandez L, et al. Treatment of piriformis syndrome with botox. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2003;6(2):1-8.
9. Cork R, et al. Treatment of piriformis syndrome with botulinum toxin-A, using V-sNCT to aid diagnosis. *The Internet Journal of Anesthesiology*. 2003;7(1):1-7.
10. Beauchesne RP, Schutzer SF. Myositis ossificans of the piriformis muscle: an unusual cause of piriformis syndrome. *The Journal of Bone and Joint Surgery*. 1997;79-A(6):906-910.
11. Oldershaw J B, et al. Sciatic nerve entrapment in the upper thigh caused by an injury sustained during world war II at the battle of Anzio. *J Neurosurg: Spine*, Albuquerque, New Mexico, march. 2004;100(3):295-297.
12. Gabrielli C, et al. Trayecto del nervio glúteo inferior asociado a la división alta del nervio isquiático. *Revista Chilena de Anatomía*. 1997;15(1):24-28.
13. Machado FA, et al. Variaciones anatómicas entre el nervio isquiático y el músculo piriforme durante el período fetal humano. *International Journal of Morphology*. 2003;21(1):29-35.
14. Beneliyahu D. Neuromyofascial pain syndromes. *Dynamic Chiropractic*, Seldon. 2000; 18(14):1-4.

15. Piriformis Syndrome: anatomy of the sciatic nerve and piriformis muscle [Internet]. 2003. [Acesso 2004 mar 17]. Disponível em: http://www.neurography.com/Images/Piriformis/PirAnat_files/PirAnat.htm.
16. El-Rubaidi OA, Horcajadas-Almansa A, Rodríguez-Rubio D, Galicia-Bulnes JM. Compresión del nervio ciático como complicación de la posición sentado. *Neurocirugía*. 2003;14:426-430.
17. Cocicov AF, Cocicov HLF, Silva MBG, Skare TL. Uso de corticosteróides por via peridural nas síndromes dolorosas lombares. *Revista Brasileira de Anestesiologia*. 2004 jan./fev; 54(1):129-141.
18. Karppinen J. Sciatica: studies of symptoms, genetic factors, and treatment with periradicular infiltration [dissertation]. Oulu: University of Oulu; 2001.
19. Dias CL, Aires JM, Weidebach W. A clínica e o tratamento fisioterápico da hérnia discal lombar. *Revista da Coluna Fisioterápica*. 2001 set;1(1):10-14.
20. Santos M. Hérnia de disco: uma revisão clínica, fisiológica e preventiva. <http://www.efdeportes.com/> Revista Digital. 2003 out;9(65):1-12.
21. Hanania M, Kitain E. Perisciatic injection of steroid for the treatment of sciatica due to piriformis syndrome. *Regional Anesthesia and Pain Medicine*. 1998 Mar/Apr;23(2):223-228.

Recebido: 06/06/2005

Received: 06/06/2005

Aprovado: 06/12/2007

Approved: 12/06/2007