

## **P-027 SÍNDROME DE DOLOR MIOFASCIAL TRAS CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA COMO CAUSA DE DOLOR ABDOMINAL CRÓNICO**

**M. Benítez, A. B. Alcaraz, J. Mula, C. Díaz, J. P. Vicente, J. Cartagena**

*Hospital General Universitario JM Morales Meseguer, Murcia*

**Palabras clave:** *síndrome de dolor miofascial, cirugía laparoscópica, toxina botulínica tipo A.*

**Introducción:** El empleo de la cirugía abdominal laparoscópica es cada vez más frecuente dentro de nuestros quirófanos. Este procedimiento aporta un gran número de beneficios, pero el aumento de su uso conlleva también un incremento de las complicaciones asociadas. En este trabajo les vamos a presentar dos casos de síndrome de dolor miofascial (SDM) abdominal con afectación del músculo recto anterior atribuido al empleo de cirugía laparoscópica.

**Caso clínico:** Presentamos los casos de dos pacientes de 52 y 47 años intervenidos de colecistectomía laparoscópica hacía 3 y 5 meses respectivamente. Ambos remitidos a la Unidad del Dolor por su cirujano debido a la presencia de dolor en la pared abdominal que no cedía con AINE y opioides menores.

Tras descartarse afectación visceral y la presencia de patología de la pared abdominal (hernias, lipomas, apendicitis...), los pacientes fueron remitidos a la Unidad del Dolor, donde se llevó a cabo una exploración exhaustiva. Ambos casos referían dolor en la zona anterior de la pared abdominal que aumentaba a la palpación y que a veces era "tipo pinchazo", desde la fecha de intervención. En la exploración, se palpó la pared abdominal de manera sistemática, incluyendo el recto abdominal y el oblicuo externo de ambos lados. La presencia de puntos gatillos miofasciales (PGM) con afectación del recto abdominal se confirmó según los criterios diagnósticos de Travel y Simons en ambos pacientes.

Con la sospecha diagnóstica de un SDM con afectación del recto anterior probablemente secundario al empleo de cirugía laparoscópica, se procedió en primer lugar a la infiltración muscular de cada punto gatillo con 40 mg de triamcinolona y 5 ml de levobupivacaína al 0,25 % para control analgésico. Tras el procedimiento se obtuvo una clara mejoría sintomatológica, confirmando la sospecha diagnóstica. A los 4 días de la infiltración reapareció el dolor, por lo que se decidió infiltrar con 100 UI de toxina botulínica tipo A y repetir la dosis de anestésico local más corticoides ya empleada previamente, con el objetivo de controlar el dolor en el periodo ventana que se requiere para que la toxina botulínica tipo A surta el efecto deseado, quedando los pacientes asintomáticos durante varios meses.

**Discusión:** El dolor abdominal crónico suele atribuirse a enfermedades de los órganos intraabdominales y la pared

abdominal; a menudo se pasa por alto como una fuente potencial de dolor. Un alto grado de sospecha clínica y un examen físico y clínico completos son de importancia primordial para identificar un origen muscular como causa de dolor abdominal (1).

El SDM está relacionado con factores biomecánicos de sobrecarga, sobreutilización muscular o microtraumatismos repetitivos. No se conoce la fisiopatología, pero parece deberse a una disfunción de la placa motora por liberación excesiva de acetilcolina (2), es por ello que el empleo de toxina botulínica tipo A podría resultar efectivo en este síndrome, ya que actúa inhibiendo la liberación de la acetilcolina de las terminaciones nerviosas periféricas (2).

La pared abdominal se compone principalmente de músculos esqueléticos, por ello el dolor abdominal puede surgir de la activación de PGM abdominales, puntos hiperirritables en el músculo esquelético, muy sensibles a la palpación que presentan una banda tensa palpable y que puede causar dolor local y/o referido (2). En estos casos el paciente generalmente presenta un dolor persistente y, a veces, intenso y profundo.

El traumatismo en el músculo durante la cirugía y la distensión abdominal secundaria al neumoperitoneo utilizado en la cirugía laparoscópica podrían desencadenar la formación de PGM. Estos pacientes experimentarán dolor persistente durante un largo periodo después de la cirugía y las investigaciones no revelan ninguna patología visceral. El tratamiento de los PGM en tales casos podría ayudar a los pacientes a recuperarse del dolor.

**Conclusiones:** El empleo de cirugía laparoscópica podría desencadenar la activación de PGM, dando lugar a un SDM con afectación de la musculatura abdominal y dolor crónico de la pared abdominal; en los casos que presentamos el músculo implicado fue el recto abdominal. En el caso de nuestros pacientes, el empleo de toxina botulínica tipo A resultó efectiva en el control del dolor.

### **Bibliografía:**

1. Rajkannan P, Vijayaraghavan R. Dry needling in chronic abdominal wall pain of uncertain origin. *J Bodyw Mov Ther.* 2019;23(1):94-8.
2. Rivers WE, Garrigues D, Graciosa J, Harden RN. Signs and symptoms of myofascial pain: An international survey of pain management providers and proposed preliminary set of diagnostic Criteria. *Pain Med.* 2015;16(9):1794-805.

## **P-029 TRATAMIENTO DE LA DORSALGIA CON TOXINA BOTULÍNICA TIPO A PREVIA INFILTRACIÓN EN SÁBANA DE CORTISONA. SERIE DE TRES CASOS**

**M. M. Salvans Bartrons**

*Hospital Comarcal Sant Bernabe, Berga*