

## **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*

**Palabras clave:** dorsalgia, miofascial, dolor, toxina, infiltración.

**Introducción:** La toxina botulínica ha demostrado eficacia en el tratamiento del dolor desde 1994 (1) cuando empezaron a tratarse los puntos trigger, obteniendo un resultado de la reducción del dolor del 30 % sin eventos adversos. Más adelante otros autores han estudiado el efecto de la toxina botulínica administrada en los puntos trigger. Hay un metanálisis del 2016 (2) donde el efecto de la administración de la toxina tipo A en dolor miofascial cervical reduce el dolor en comparación al placebo a partir de los 2-6 meses.

En este artículo vamos a abordar la dorsalgia mecánica (como un dolor miofascial), una dolencia con pocos estudios pero con prevalencia notable en consulta; el paciente se queja de un dolor intenso “entre las paletillas”. Los músculos participantes son: superficialmente el trapecio inferior (inervado por el XI par craneal), el romboides mayor por debajo del trapecio y superiormente (inervado por el nervio dorsal escapular C4) y por debajo del trapecio e inferiormente, el dorsal ancho (inervado por el nervio toracodorsal C6-8). El paciente a la exploración física presenta un dolor a la abducción máxima de la extremidad superior del lado afectado, y también a la rotación del tronco hacia el lado afectado. En este dolor, en medicina manual, se explora la espalda articulación a articulación y se trata la articulación que origina la clínica, considerándolo un dolor referido o telefoneado, lo cual necesita de una gran experiencia en la exploración de la columna así como en la infiltración de la articular correspondiente (hay riesgos de dañar estructuras circundantes como la pleura o arterias).

**Casos clínicos:** En los tres casos que se presentan, se trata al paciente directamente donde tiene el dolor, sin considerarlo referido, con la ayuda de la ecografía: se trata a tres mujeres con dolores crónicos varios de más de un año de evolución, las tres refieren que el dolor más molesto está entre las paletillas. Han tomado medicación oral como cortisona, AINE varios e incluso mórficos sin respuesta.

**Procedimiento:** Con el ecógrafo se identifica el espacio intermuscular entre trapecio inferior y romboides mayor donde se inyecta: 10 ml de suero fisiológico, 2 ml de mepivacaína y 1 mg de dexametasona (infiltración en sábana), separando las fascias y bañándolas de medicación. Esta infiltración produce un alivio rápido del dolor, pero poco duradero, unos 2 o 3 días. Las pacientes acuden a revisión a las dos semanas del tratamiento con dolor de nuevo cuando se administra, también en sábana, 50 unidades de toxina botulínica con 10 ml de suero fisiológico en el mismo punto.

**Conclusiones:** Se obtiene un resultado positivo duradero en el tiempo de cuatro meses en la primera, dos meses en la segunda que se desconoce hasta la actualidad y la tercera refiere una disminución del dolor de 5 puntos de la EVA a las dos semanas.

**Discusión:** Es un tratamiento fácil de aplicar, con mínimos riesgos durante la intervención y sin efectos adversos para el paciente. En las visitas de control los sujetos refieren dolor en otros puntos, signo que se ha considerado como de mejora del dolor tratado.

La ecografía nos permite un nuevo enfoque al tratamiento del dolor miofascial crónico con la infiltración en sábana interfascial. Si con la primera infiltración mejora, se podría pensar que hay receptores del dolor en las fascias donde podría actuar la toxina botulínica tipo A. Son pocos casos para sacar conclusiones pero podría ser un camino a explorar.

#### Bibliografía:

1. Cheshire WP, Abashian SW, Mann JD. Botulinum toxin in the treatment of myofascial pain syndrome. *Pain*. 1995;59:65-9.
2. Khalifeh M, Mehta K, Varquise N, Suarez-Durall P, Enciso R. Botulinum toxin type A for treatment of head and neck chronic myofascial pain syndrome: A systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc*. 2016;147(12):959-73.

### P-030 CAPSAICINA 8 % Y ESCOLIOSIS. AMPLIANDO HORIZONTES

I. Fernández Villa, A. Álvarez Fernández, A. Gutiérrez Fernández, I. Solera Ruiz, A. Alonso Cardaño, F. Sánchez Díaz

Complejo Asistencial de León, León

**Palabras clave:** capsaicina 8 %, escoliosis, dolor nociceptivo.

**Introducción:** El parche de capsaicina 8 % es un fármaco aprobado por las Agencias Europea y Española del Medicamento para el tratamiento del dolor neuropático periférico (neuralgia postherpética, diabética, asociada a VIH, oncológica, etc.). Sin embargo, la evidencia sugiere que la utilidad de la capsaicina tópica puede extenderse más allá de las neuropatías periféricas dolorosas.

La capsaicina es un agonista selectivo y potente del receptor TRPV1 localizado en determinados nervios sensoriales nociceptivos (principalmente fibras C y algunas fibras A). Durante años, la hipótesis del “agotamiento de la sustancia P” se usó para describir su mecanismo de acción. Sin embargo, los estudios experimentales y clínicos muestran que este mecanismo tiene poco o ningún papel causal en el alivio del dolor a largo plazo. En la actualidad, se sabe que las altas concentraciones de capsaicina sobreestimulan al TRPV1, produciendo una liberación masiva de calcio intracelular y una desfuncionalización de las fibras