



Síndrome de dolor miofascial como causa de dolor agudo postoperatorio en la cirugía de cadera

M. Benitez Jiménez, A. B. Alcaraz Martínez, J. Mula Leal, M. L. Padilla del Rey, J. Cartagena Sevilla y J. P. Vicente Villena

Unidad de Dolor. Servicio de Anestesia, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Hospital Universitario José María Morales Meseguer. Murcia, España

ABSTRACT

Myofascial pain syndrome (MPS) is a regional pain of muscular origin, usually presents as a cause of chronic pain, being a pathology not uncommon in the consultations of the Pain Unit. The present work refers to the case of a patient undergoing hip arthroplasty who developed an MDS in the immediate postoperative period, thus generating a situation of acute postoperative pain. In this clinical case reference is made to the great importance of a correct differential diagnosis for the treatment of a painful syndrome

As is known, patients undergoing joint replacement surgery experience intense and sustained postoperative pain if adequate perioperative analgesia is not carried out. Poor pain control would prevent early recovery and discharge from the patient. In the case in question, the control of perioperative pain was carried out satisfactorily, and it was not until the third day postintervention when an inguinal pain irradiated to the thigh and knee appeared that it was accompanied by muscular spasms to the mobilization. Coinciding this fact with the beginning of the rehabilitation of the member

Until the final diagnosis was reached, first the causes attributable to the prosthesis itself (dislocation, friction, malposition ...) were discarded, later a possible nerve injury that could have occurred during the surgical act was ruled out and finally, after the evaluation for the Pain Unit, a possible myofascial syndrome with involvement of the right psoas muscle was suspected and treated as such.

For the treatment of the condition, a muscle infiltration was performed with 40 mg of Triamcinilone and 5 ml of 0.25% levobupivacaine. The location was made by fluoroscopy and water-soluble contrast. After the procedure, a clear symptomatic improvement was obtained,

RESUMEN

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es un cuadro de dolor regional de origen muscular. Normalmente se presenta como una causa de dolor crónico, siendo una patología no poco frecuente en las consultas de la Unidad de Dolor. El presente trabajo hace referencia al caso de un paciente intervenido de artroplastia de cadera que desarrolló un SDM en el postoperatorio inmediato, generando así una situación de dolor agudo postoperatorio. En este caso clínico se hace referencia a la gran importancia que tiene un correcto diagnóstico diferencial de cara al tratamiento de un síndrome doloroso.

Como es sabido, los pacientes sometidos a cirugía de reemplazo articular experimentan un dolor postoperatorio intenso y sostenido si no se lleva a cabo una adecuada analgesia perioperatoria. El mal control del dolor impediría la recuperación precoz y el alta hospitalaria del paciente. En el caso que nos ocupa, el control del dolor perioperatorio fue llevado a cabo de forma satisfactoria, y no fue hasta el tercer día postintervención cuando apareció un dolor inguinal irradiado a muslo y rodilla que se acompañaba de espasmos musculares a la movilización, coincidiendo este hecho con el inicio de la rehabilitación del miembro.

Hasta llegar al diagnóstico final, se descartó en primer lugar las causas atribuibles a la propia prótesis (luxación, fricción, mal posición...). Posteriormente se descartó una posible lesión nerviosa que pudiera haber tenido lugar durante el acto quirúrgico y, finalmente, tras la valoración por la Unidad del Dolor se sospechó un posible síndrome miofascial con afectación del músculo psoas derecho y se trató como tal.

Para el tratamiento del cuadro se realizó una infiltración muscular con 40 mg de triamcinilona y 5 ml de levobupivacaína al 0,25 %. La localización se realizó mediante fluoroscopia y contraste hidrosoluble. Tras el procedimiento se obtuvo una clara mejoría sintomatológica, pudiendo

and the patient could begin the rehabilitation of the limb again. After 4 days of infiltration with local anesthetic and corticosteroids, the patient presented pain similar to the previous one, so it was decided to perform infiltrations of the right psoas muscle with 100 IU of botulinum toxin, in addition to repeating the dose of local anesthetic and corticosteroids already done previously, with the aim of controlling the pain in the window period that is required until the botulinum toxin takes effect, obtaining satisfactory results.

As we have already said, the pain attributed to the myofascial syndrome usually presents as a chronic pain, although in the present case it debuted in the immediate postoperative period, presenting itself acutely. In the literature reviewed, only one case of MS has been described in the postoperative period of hip arthroplasty, the occurrence of this syndrome being more frequent in knee arthroplasty. There is no clear cause to explain the reason for the syndrome. In knee arthroplasty, intraoperative ischemia is discussed as a possible triggering factor for PG, although this is not proven.

Key words: Myofascial pain syndrome, trigger point, hip arthroplasty, acute postoperative pain.

comenzar el paciente nuevamente la rehabilitación del miembro. A los cuatro días de la infiltración con anestésico local y corticoides, el paciente volvió a presentar dolor de características similares al previo, por lo que se decidió realizar infiltraciones del músculo psoas derecho con 100 UI de toxina botulínica, además de repetir la dosis de anestésico local y corticoides ya realizada previamente, con el objetivo de controlar el dolor en el periodo ventana que se requiere hasta que la toxina botulínica surte efecto, obteniéndose resultados satisfactorios.

Como ya hemos dicho, el dolor atribuido al síndrome miofascial suele presentarse como un dolor crónico, aunque en el caso que nos ocupa debutó en el postoperatorio inmediato, presentándose de forma aguda. En la literatura revisada solamente hay descrito un caso de SM en el postoperatorio de artroplastia de cadera, siendo más frecuente la aparición de este síndrome en la artroplastia de rodilla. No existe una causa clara que explique el motivo desencadenante del síndrome. En artroplastia de rodilla se habla de la isquemia intraoperatoria como posible factor desencadenante del PG, aunque esto no está demostrado.

Palabras clave: Síndrome de dolor miofascial, punto gatillo, artroplastia de cadera, dolor agudo postoperatorio.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es un cuadro de dolor regional de origen muscular, localizado en un músculo o grupo muscular (1), que consta de una banda tensa, aumentada de consistencia, dolorosa, identificable por palpación y en cuyo seno se encuentra el punto gatillo (PG). Se suele acompañar de dolor referido a distancia, espontáneamente o a la presión digital (2). Los PG pueden permanecer latentes por mucho tiempo y se pueden tornar activos bajo algunas circunstancias: estrés, sobreuso, estiramiento, etc.

Las causas del SDM están relacionadas con factores biomecánicos de sobrecarga, sobreutilización muscular o microtraumatismos repetitivos (3). No se conoce la fisiopatología, pero parece deberse a una disfunción de la placa motora por liberación excesiva de acetilcolina (4).

CASO CLÍNICO

Les presentamos el caso de un varón de 52 años que ingresó para ser intervenido de artroplastia total de cadera derecha por luxación congénita. Como antecedentes personales de interés destacaban: no alergia medicamentosa, fumador de 1 paquete/día, bebedor de 30-60 g/día, luxación congénita de cadera derecha intervenida a los dos años de edad, fractura de cabeza femoral derecha secundaria a traumatismo que requirió doble intervención, polineuropatía axonal sensitivo-motora crónica de etiología no filiada (probablemente tóxica-

etanólica) con empeoramiento en 2009 por aparición de un componente desmielinizante en el contexto de una varicela y lumbalgia crónica con protusión L5-S1.

Tras la intervención, el paciente quedó ingresado a cargo de traumatología. Al día siguiente de la intervención comenzó con tratamiento rehabilitador. Al tercer día postquirúrgico, el paciente comenzó con dolor intenso en la zona intervenida, que tuvo lugar tras la rehabilitación, y que precisó rescates con morfina intravenosa para obtener un adecuado control del dolor. A la exploración presentaba una disminución de la fuerza en flexión de la cadera, sin afectación sensitiva acompañante, además de arreflexia e hipoestesia distal ya conocidas, atribuibles a su polineuropatía de base.

En los días sucesivos persistieron los episodios de dolor al intentar movilizar la articulación, a la exploración destacaba un MI en rotación externa y acortado, con imposibilidad de rotarlo a interno y sin déficit sensitivo motor asociado. Ante la sospecha de una posible luxación de cadera que quedó descartada mediante pruebas de imagen.

Al séptimo día postquirúrgico, el paciente continuaba con episodios de dolor intenso en la zona inguinal, que el traumatólogo definió como de "características neuropáticas" y que se acompañaba de movimientos involuntarios espasmódicos en relación con la movilización del miembro, imposibilitando la realización de la rehabilitación. En este contexto, el servicio de traumatología solicitó la realización de un bloqueo crural o ciático a la Unidad del Dolor.

Desde la Unidad del Dolor se indicó, en primer lugar, valoración por parte de neurología con la finalidad de

que descartase afectación nerviosa antes de realizar tratamiento analgésico invasivo para control de síntomas. Tras la valoración, se descartó causa neurológica que explicase el cuadro.

En la valoración del paciente por parte de la Unidad del Dolor, se pudo identificar un dolor en la región inguinal derecha que se irradiaba a la zona anterolateral del muslo y rodilla, el dolor se desencadenaba con la movilización en flexión de la cadera, y además se acompañaba de espasmos involuntarios vigorosos (posible activación del punto gatillo).

Ante estos hechos se sospechó un posible SDM con afectación del músculo psoas derecho. Se procedió, en primer lugar, a la infiltración muscular con 40 mg de triamcinilona y 5 ml de levobupivacaína al 0,25 % para control analgésico. La localización se realizó mediante fluoroscopia y contraste hidrosoluble. Tras el procedimiento se obtuvo una clara mejoría sintomatológica, pudiendo comenzar el paciente nuevamente la rehabilitación del miembro.

A los cuatro días de la infiltración con anestésico local y corticoides el paciente volvió a presentar dolor de características similares al previo, por lo que se decidió realizar infiltraciones del músculo psoas derecho con 100 UI de toxina botulínica, además de repetir la dosis de anestésico local más corticoides ya realizada previamente, con el objetivo de controlar el dolor en el periodo ventana que se requiere para que la toxina botulínica surta efecto. Tras la infiltración, el paciente volvió a mejorar claramente, por lo que fue dado de alta a domicilio y se continuó con tratamiento de forma ambulatoria.

DISCUSIÓN

Los pacientes sometidos a cirugía de reemplazo articular experimentan un dolor postoperatorio intenso y sostenido si no se lleva a cabo una adecuada analgesia perioperatoria (5). El mal control del dolor impediría la recuperación precoz y el alta hospitalaria del paciente.

En el caso que nos ocupa, el control del dolor perioperatorio fue llevado a cabo de forma satisfactoria, y no fue hasta el tercer día postintervención cuando apareció un dolor inguinal irradiado a muslo y rodilla acompañado de espasmos musculares a la movilización, coincidiendo este hecho con el inicio de la rehabilitación del miembro.

En el caso expuesto se observa la presencia de puntos gatillo como causa del dolor postoperatorio en artroplastias de cadera. El dolor al que se hace referencia no era previo a la intervención quirúrgica, ya que el paciente no lo identificaba como tal; esto hace descartar que la activación de los PG encontrados fuera anterior a la cirugía, y lleva a pensar que el desencadenante de la activación de este PG estuviese en relación con la artroplastia y/o la rehabilitación.

El dolor atribuido al síndrome miofascial suele presentarse como un dolor crónico, aunque en el caso que nos ocupa debutó en el postoperatorio inmediato, pre-

sentándose de forma aguda. En la literatura revisada solamente hay descrito un caso de SM en el postoperatorio de artroplastia de cadera (6), siendo más frecuente la aparición de este síndrome en la artroplastia de rodilla. No existe una causa clara que explique el motivo desencadenante del síndrome. En artroplastia de rodilla se habla de la isquemia intraoperatoria como posible factor desencadenante del PG (7), aunque esto no está demostrado.

CONCLUSIÓN

El correcto control del dolor agudo postoperatorio representa un reto para el médico y es de vital importancia en el devenir del paciente durante su estancia hospitalaria.

Para lograr un correcto control del dolor postoperatorio es necesario realizar un correcto diagnóstico diferencial de las posibles causas de dolor.

Los puntos gatillo miofasciales pueden permanecer latentes y ser desencadenados por diferentes estímulos, por ejemplo tras un procedimiento quirúrgico, dando lugar a un síndrome de dolor miofascial que cause un cuadro de dolor agudo postoperatorio.

En el caso que nos ocupa se descartó en primer lugar las causas atribuibles a la propia prótesis (luxación, fricción, mal posición...); posteriormente se descartó una posible lesión nerviosa que pudiera haber tenido lugar durante el acto quirúrgico; finalmente, tras la valoración por la Unidad de Dolor, se sospechó un posible síndrome miofascial y se trató como tal, obteniéndose resultados satisfactorios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Simons DG. The nature of myofascial trigger points. *Clin J Pain* 1995;11(1):83-4.
2. Gerwin RD. Classification, epidemiology and natural history of myofascial pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep* 2001;5(5):412-20.
3. Torres JC, Hernández Santos JR, Ortiz Ramírez EM, Tenopala Villegas S. Toxina botulínica tipo A para el manejo del dolor en pacientes con síndrome de dolor miofascial crónico. *Rev Esp Dolor* 2010;17(1):22-7.
4. Hernández FMF. Myofascial pain syndrome. *Reumatol Clin* 2009;5(Supl E2):1-39.
5. Mejía-Terrazas GE, Peña-Riveron A, Unzueta-Navarro D. Analgesia postoperatoria en cirugía de reemplazo articular. *Acta Ortop Mex* 2013;27(4):273-8.
6. Zuñil Escobar JC, Martínez Cepa CB. Artroplastia de cadera y síndrome del dolor miofascial. A propósito de un caso. *Fisioterapia*. 2006;28(2):98-102. DOI: 10.1016/S0211-5638(06)74030-5.
7. Rodríguez AL, Bartolomé JL. Relación entre la cirugía artroscópica de rodilla y la activación de puntos gatillo miofasciales: presentación de una hipótesis. *Fisioterapia* 2003;25(4):189-246. DOI: 10.1016/S0211-5638(03)73061-2.