

J.C. Zuñil Escobar
C.B. Martínez Cepa

Universidad San Pablo – CEU.
Madrid.

Correspondencia:
Juan Carlos Zuñil Escobar
Universidad San Pablo – CEU
Martín de los Heros, 60
28008 Madrid
E-mail: jczuñil@ceu.es

Artroplastia de cadera y síndrome del dolor miofascial. A propósito de un caso

Hip arthroplasty and myofascial pain syndrome. A case study

Fecha de recepción: 23/11/05
Aceptado para su publicación: 6/3/06

RESUMEN

La artroplastia de cadera es una de las sustituciones protésicas más empleadas, ya que consigue una mejora en la calidad de vida del individuo, destacando la disminución del dolor y la mejora de la movilidad y funcionalidad. A pesar de ello, existen ciertas complicaciones que, aunque no muy frecuentes, pueden retrasar la recuperación. Una de ellas es el dolor postoperatorio. Se expone el caso de una paciente que, tras sustitución protésica, presentó un patrón de dolor postoperatorio en la cara lateral del muslo. Tras la exploración, se observó que el dolor estaba causado por la presencia de puntos gatillo miofasciales activos: glúteo menor, parte anterior y punto gatillo miofascial 4 del vasto externo. Después de realizar un tratamiento enfocado a la inactivación de dichos puntos gatillo miofasciales, se consiguió la desaparición de dicho patrón doloroso. Todo esto hace pensar en la posible importancia del síndrome del dolor miofascial en el dolor postoperatorio tras la sustitución protésica de cadera.

ABSTRACT

Hip arthroplasty results to be one of the protesic replacements more used to obtain an improvement in the quality of life, standing out the decreasing of the pain and the increasing in the mobility and functionality. In spite of this, several complications although not very frequent may exist diminishing this improvement. The postoperative pain is one of them. This case study shows the case of a female patient whom after protesic replacement presented a pattern of postoperative pain over the lateral face of the thigh. After the patient's exploration it was found that the pain was caused by the presence of active myofascial trigger points in the gluteus minor (anterior myofascial trigger point) and in the external vastus lateralis (myofascial trigger points 4). The pattern of pain dissapeared after carrying out a treatment based in the deactivation of the myofascial trigger points. All these facts may relate the possible importance of the myofascial pain syndrome with the postoperative pain after the protesic replacement of the hip.

PALABRAS CLAVE

Artroplastia; Cadera; Punto gatillo miofascial.

KEY WORDS

Arthroplasty; Hi; Myofascial trigger point.

99

INTRODUCCIÓN

La artroplastia de cadera es una de las sustituciones articulares más estudiada, así como de las primeras en llevarse a cabo con éxito¹, destacando su gran aportación a la mejora de la calidad de vida² de los individuos que son sometidos a la misma. Las indicaciones que justifican este tipo de intervención son varias: coxitis inflamatorias, necrosis de la cabeza femoral, coxartrosis traumática, etc.², destacando por su frecuencia, la coxartrosis primaria; la artroplastia de cadera estará justificada en este tipo de lesiones cuando el dolor interfiere en las actividades de la vida diaria, no habiendo remitido con tratamiento conservador¹⁻³. El objetivo de la misma, por tanto, será la reducción de la incapacidad funcional, así como la mejora de la calidad de vida de la persona⁴. Como señalan diversos autores, los resultados, tanto objetivos como subjetivos, son buenos^{5,6}, mejorando tanto el dolor, como la función articular y el estado general del paciente^{2,5,6}; los resultados más óptimos se van a producir en el dolor, sueño y movilidad⁷. En estas mejoras no influyen edad, sexo, lado, dolor o función preoperatoria⁵, siendo la calidad de vida de los pacientes intervenidos similar al del resto de la población⁸.

A estas ventajas hay que añadir el reducido número de días que va a estar el enfermo hospitalizado, encontrándose una estancia media de seis días⁹. Esta estancia hospitalaria se encuentra determinada por la edad^{10,11} y por las complicaciones¹¹. En cuanto a estas, a pesar de que no son muy frecuentes, habría que hacer referencia a infecciones, tromboembolismos, luxaciones protésicas, dolor y parálisis³.

El caso que a continuación se expone destaca por la presencia de dolor postoperatorio, el cual es frecuente durante las primeras semanas, no sólo en la colocación de prótesis de cadera, sino también en las de rodilla¹². En el caso de artroplastias de cadera, el dolor tiene una

incidencia entre el 1 y el 17,6 %¹³. El objetivo planteado es ver la posible relación existente entre este dolor y el síndrome del dolor miofascial, algo que ya se ha señalado en otras intervenciones quirúrgicas similares^{14,15}.

PACIENTES Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente, sometido a cirugía para la implantación de una artroplastia total de cadera en el miembro inferior derecho. Se trata de una mujer de 80 años de edad, sin sobrepeso, con antecedentes de coxartrosis, presencia de dolor e impotencia funcional; éstas fueron las causas de la intervención quirúrgica. El tiempo de hospitalización fue de siete días, siendo la media habitual, como se ha señalado anteriormente, de seis días⁹.

El tratamiento de fisioterapia comienza el segundo día del postoperatorio, ya que la fisioterapia precoz produce mejores resultados, tanto en cuanto a tiempo de hospitalización como a resultados funcionales¹⁶, realizándose, durante los siete días que la paciente permanece ingresada en el hospital, un tratamiento diario. Durante este periodo, el tratamiento consistió en: masoterapia circulatoria, control postural del miembro inferior, isométricos, maniobras encaminadas a aumentar la movilidad de la rodilla del miembro inferior operado, verticalización y carga progresiva. Cabe señalar que durante este periodo se observó la presencia de un pequeño edema en el miembro inferior, que se combatió mediante la aplicación de drenaje linfático manual.

Una vez recibida el alta hospitalaria, se continúa con el tratamiento ambulatorio, durante cinco semanas, cuatro veces por semana. En este caso, el tratamiento de fisioterapia fue el siguiente: técnicas de fisioterapia orientadas al aumento de la movilidad articular y de la fuerza muscular, tanto de la extremidad intervenida como de la contralateral, drenaje linfático manual (durante la pre-

100 sencia del edema, que desapareció a los 14 días de su aparición), reeducación de la marcha y control la postura del miembro inferior, evitando, sobre todo, la aparición de flexos de rodilla y cadera.

Dentro de la valoración de fisioterapia realizada se incluyó: balance articular y muscular de ambos miembros inferiores, evaluación del dolor, a través de la escala visual analógica (EVA), edema de la extremidad inferior intervenida mediante utilización de cinta métrica y capacidades funcionales. Dicha valoración se realizó el primer día de tratamiento y, posteriormente, cada semana.

En la evolución del paciente, además de la aparición del edema anteriormente señalado, destacó la presencia de dolor, el cual fue mayor al comenzar a realizar un trabajo de carga y bipedestación más importante. El dolor presentó una distribución en la cara lateral de cadera y muslo, descendiendo a la parte superolateral de la pierna. Además de aparecer, como se ha señalado previamente, en carga y bipedestación, también se presentaba en descarga y en el reposo nocturno, y cuando se pasa a la bipedestación desde la sedestación. La presencia de esta sintomatología¹⁷ hizo pensar en la posible presencia de puntos gatillo miofasciales (PGM).

Una vez que se considera la posibilidad de la presencia de PGM como fuente del dolor, se realizó una exploración de los posibles músculos implicados. Teniendo en cuenta que el dolor presentaba una distribución por la cara lateral de cadera y muslo, y superolateral de la pierna, se tomó como referencia lo descrito por Travell y Simons¹⁷, valorando los siguientes músculos: glúteo menor, vasto interno, vasto externo, vasto intermedio del cuádriceps, piramidal, cuadrado lumbar, tensor de la fascia lata y glúteo mayor. La valoración se realiza a los 22 días de la intervención quirúrgica.

Esta valoración va a incluir tanto la búsqueda de PGM activos, así como la utilización de una escala visual analógica, para poder valorar cuantitativamente el dolor espontáneo presentado. Los criterios utilizados para el diagnóstico PGM activos fueron¹⁸:

1. Dolor en un patrón característico para cada músculo.
2. El PGM se encuentra dentro de una banda tensa.

3. El dolor provocado por la palpación es reconocido por el paciente como propio.

Aquí hay que señalar que, a pesar de que otros autores también hacen referencia a la limitación dolorosa de la movilidad al estirar el músculo¹⁹, en este caso no se puede realizar un estiramiento completo de los músculos implicados, ya que se encontró una limitación, propia de la intervención quirúrgica.

A pesar de la distinción entre PGM activos y latentes¹⁹, se ha buscado sólo la presencia de PGM activos, ya que estos podrían ser los responsables del dolor manifestado.

RESULTADOS

En la valoración realizada, se obtuvo una EVA de 6,7 (en cuanto al dolor espontáneo), encontrándose los siguientes PGM activos:

1. Glúteo menor, parte anterior.
2. PGM 4 del vasto externo.

También es necesario hacer referencia a algunos de los factores de perpetuación de los PGM del glúteo menor como es la inmovilización prolongada¹⁷. Aunque se trató de una artroplastia total de cadera, donde el periodo de inmovilización es pequeño, en este caso, fue algo mayor, debido a la presencia de edema, que limitó la puesta en pie.

Posteriormente, se realiza tratamiento de estos PGM, dentro del propio tratamiento de fisioterapia que se ha descrito anteriormente, observándose una progresiva disminución de la sintomatología, hasta su total desaparición a los 30 días postintervención. El tratamiento realizado consistió en la utilización de técnicas de masoterapia y técnicas de liberación por presión. Además, se recomendaron una serie de actividades y posturas encaminadas a no sobrecargar al glúteo menor: evitar bipedestación de forma prolongada (cuando sea necesaria, alternar la carga entre ambos pies, así como la utilización de bastón), en caso de dormir en decúbito lateral sobre la cadera no operada, colocar una almohada entre las piernas del paciente, para que el glúteo menor del lado superior se encuentre en posición media¹⁷.

DISCUSIÓN

En el caso expuesto se observa la presencia de PGM activos como causa del dolor postoperatorio en artroplastias de cadera. El dolor al que se hace referencia, no era el previo a la intervención quirúrgica, ya que la paciente no lo identificaba como tal; esto hace descartar que la activación de los PGM encontrados fuera anterior a la cirugía.

En la literatura, no se ha encontrado ningún estudio en el cual se haya estudiado esta posible relación. Sin embargo, existen referencias que relacionan el dolor miofascial con intervenciones quirúrgicas similares; artroplastias de rodilla^{14,15}. Respecto a cuales pueden ser las posibles causas de activación de dichos PGM en este tipo de cirugías, habría que hacer referencia a la isquemia, ya señalada por otros autores como causa en otras cirugías¹⁸, como la artroscopia de rodilla, así como al

inicio de la reeducación de la carga y la marcha, algo observado empíricamente. A este respecto, también hay que señalar lo propuesto por Smith et al, los cuales afirman que el dolor postquirúrgico puede explicarse de forma parcial por el mantenimiento de patrones de movimiento previos a la cirugía²⁰. Esto puede ser para explicar la influencia del inicio de la carga y la bipedestación en el aumento de la sintomatología, como anteriormente se ha señalado. Una vez que se consigue una reeducación de la marcha correcta se evitan patrones anormales, que pueden ayudar, no sólo a la activación, sino también a la perpetuación de los PGM.

Como se trata de un único caso, además de no encontrarse referencias bibliográficas similares, no se puede afirmar que el dolor postoperatorio tras la implantación de artroplastias de cadera pueda estar causado por la activación de PGM. Sin embargo, es una vía de trabajo a tener en cuenta en la que se debe profundizar.

101

BIBLIOGRAFÍA

1. Dejoz R, Gil A. Articulación de la cadera. En: Comín M, Prat J, Dejoz R, editores. Biomecánica articular y sustituciones protésicas. Valencia: Instituto de biomecánica de Valencia; 1998. p. 322-325.
2. Duparc J, Hutten D, Cavagna R. Indicaciones de las prótesis totales de cadera para el cirujano. En: Vidal J, Simon L, editors. Prótesis de cadera y rodilla. Barcelona: Masson; 1991. p. 93-105.
3. Díaz J. Patología mecánica y degenerativa del raquis. Región cervical. En: Serra MR, Díaz J, De Sande ML, editores. Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Barcelona: Masson; 2003. p. 297-306.
4. Navarro MJ, Peiró S, Ruiz L, Payá A, Hervás MT, López P. Validez de la escala de cadera de Harris en la rehabilitación tras la artroplastia de cadera. Rehabilitación. 2005;39:47-54.
5. Lizaure A, Miralles F, Elías R. La calidad de vida tras las artroplastias totales de cadera y rodilla. Rev Ortop Traumatol. 2002; 46:31-5.
6. Espehaug B, Havelin LI, Engesaeter LB, Langeland N, Vollset SE. Patient satisfaction and function after primary and revision total hip replacement. Clin Orthop Relat Res. 1998;351:135-48.
7. Rissanen P, Aro S, Slati P, Sintonen H, Paavolainen P. Health and quality of life before and after hip or knee arthroplasty. J Arthroplasty. 1995;10:169-75.
8. Rissanen P, Aro S, Sintonen H, Slati P, Paavolainen P. Quality of life and functional ability in hip and knee replacements: a prospective study. Qual Life Res. 1996;5:56-64.
9. Arranz JL, González P, Godino M, Sanz A. Análisis de las estancias generadas por la artroplastia de rodilla. Rev Ortop Traumatol. 2003;47:120-4.
10. Forrest G, Fuchs M, Gutierrez A, Girardy J. Factors affecting length of stay and need for rehabilitation after hip and knee arthroplasty. J Arthroplasty. 1998;13:186-90.
11. Rissanen P, Aro S, Paavolainen P. Hospital- and patient- related characteristics determining length of hospital stay for hip and knee replacements. Int J Technol Assess Health Care. 1996; 12:325-35.
12. Brandler VA, Stulberg SD, Adams AD, Harden RN, Bruehl S, Stanos SP, Houle T. Predicting total knee replacement pain: a prospective observational study. Clin Orthop. 2003;416: 27-36.
13. Kalicke T, Wick M, Frangen TM, Muhr G, Seibold D. Iliopsoas tendonitis-rare cause of pain following implantation of a total hip endoprosthesis. Unfallchirurg. 2005. p. 30.
14. Aceituno J. Dolor persistente en hueso poplíteo tras prótesis total de rodilla: incidencia y tratamiento de punto gatillo 3 del gastrocnemio. Fisioterapia. 2003;25:209-14.

- 102**
15. Zuñil JC, Martínez CB, Rodríguez AL. Artroplastia de rodilla y puntos gatillo miofasciales: estudio de casos. *Fisioterapia*. 2005; 27:167-76.
 16. Munin MC, Rudy TE, Glynn NW, Crosset JS, Rubash HE. Early inpatient rehabilitation after elective hip and knee arthroplasty. *JAMA*. 1998;279:200-9.
 17. Travell J, Simons D. Cadera, muslo y rodilla. Guía del dolor y músculos. En: Travell J, Simons D, editores. Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Volumen 2. Extremidades inferiores. Madrid: Panamericana; 2004. p. 265-7.
 18. Rodríguez AL, Bartolomé JL. Relación entre la cirugía artroscópica de rodilla y la activación de puntos gatillo miofasciales: presentación de una hipótesis. *Fisioterapia*. 2003;25:215-25.
 19. Martínez JM, Pecos D. Criterios diagnósticos y características clínicas de los puntos gatillo miofasciales. *Fisioterapia*. 2005;27: 65-8.
 20. Smith AJ, Lloyd DG, Wood DJ. Pre-surgery knee joint loading patterns during walking predict the presence and severity of anterior knee pain after total arthroplasty. *J Orthop Res*. 2004; 22:260-6.