



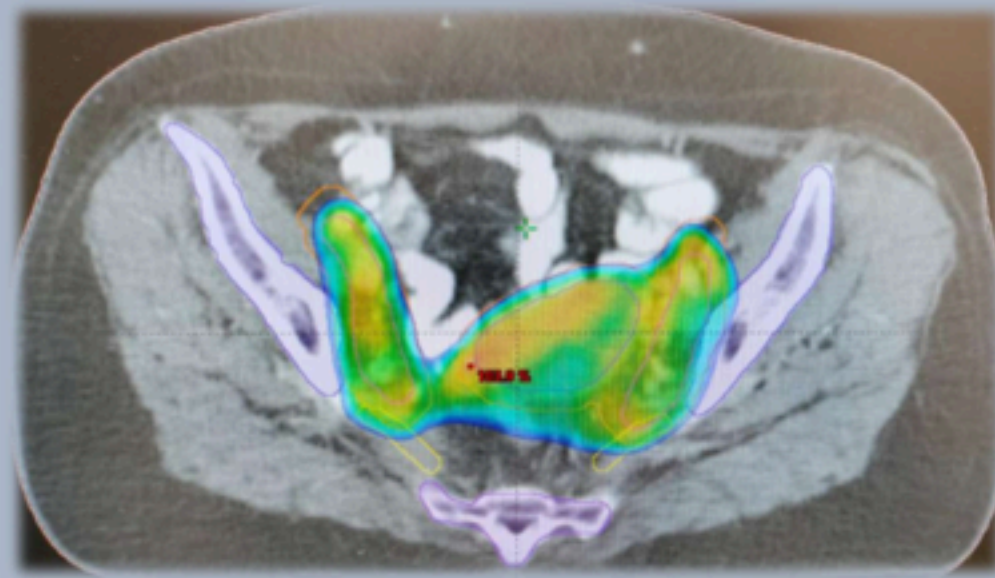
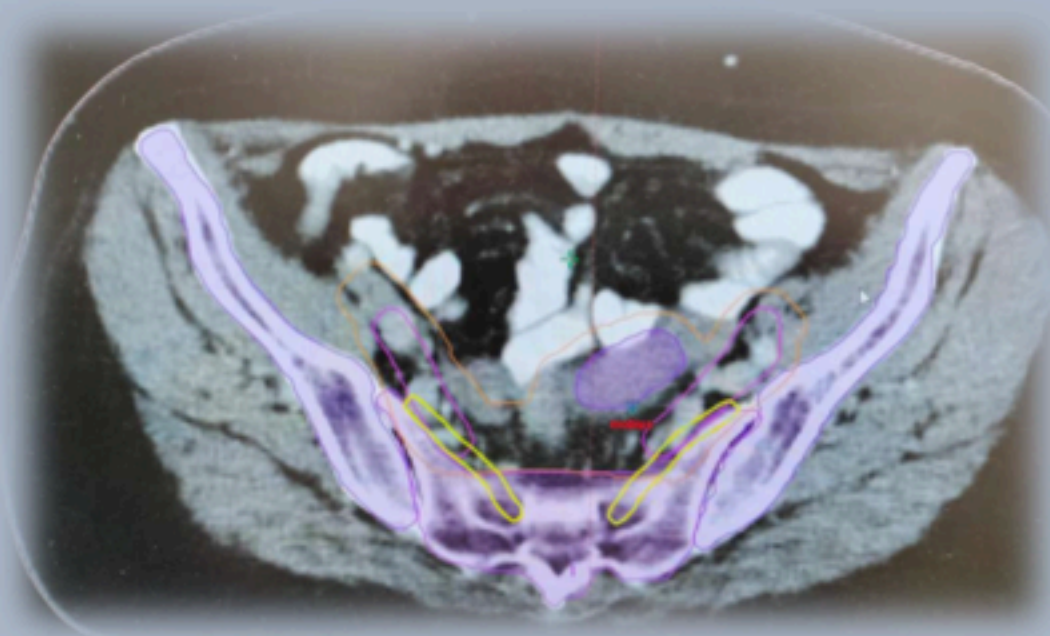
## ***Infiltración de toxina botulínica en dolor crónico secundario a síndrome miofascial del piramidal***

R. Kaplan | D. Boquera | M. Coret | S. Cuñat | G. Garofalo | M.A. Martínez

*Las fracturas pélvicas producidas por estrés tras radioterapia pueden provocar dolor tanto por la propia fractura como por la afectación muscular secundaria a su contractura, una buena exploración y anamnesis nos permiten realizar un correcto diagnostico diferencial, ante sospecha de síndrome piramidal, la infiltración con toxina botulínica es una buena alternativa a los tratamientos convencionales analgésicos.*

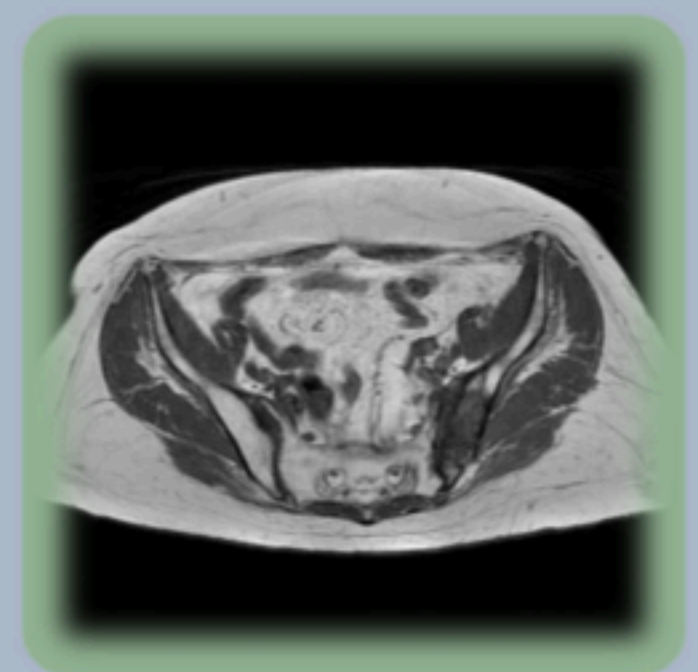
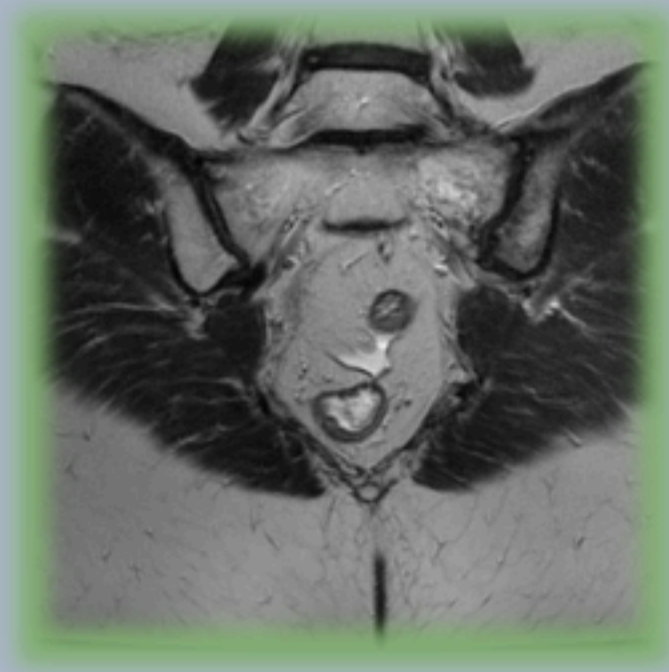
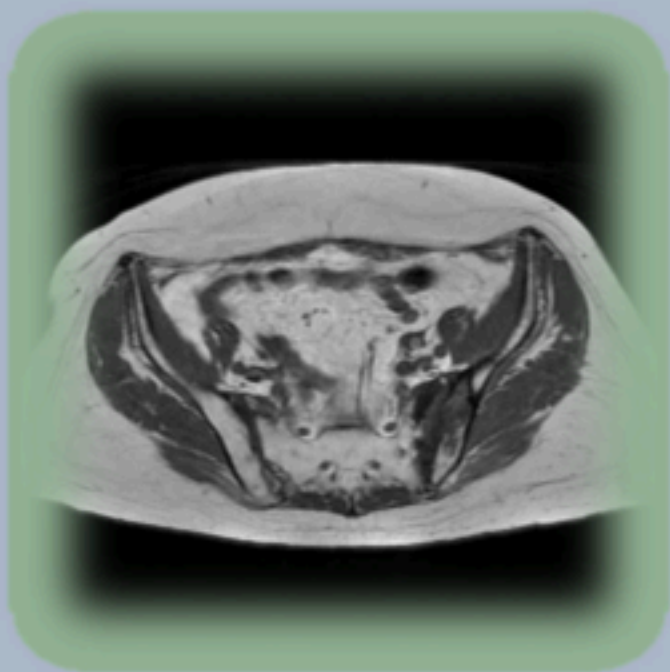
### **A. Personales**

Carcinoma epidermoide de cérvix tratado con quimioterapia y radioterapia hace 13 años, no antecedentes quirúrgicos de interés. Tratamiento habitual con parches de fentanilo transdermico 25mcg y gabapentina 300mg cada 8horas.



### **Cuadro clínico del dolor**

Mujer de 70 años remitida a la unidad del dolor por presentar desde hace seis meses dolor lumbar bajo y sacroiliaco izquierdo de tipo mecánico. Dolor en glúteo izquierdo que empeora con la sedestación prolongada, acompañado de parestesias en la región posterior del muslo izquierdo. EVA 8/10. DN4 4/10. Se solicita RMN lumbo-sacra objetivando fracturas de stress en ambas alas sacras, línea de fractura en el iliaco izquierdo, fractura vertebral L5 secundarias a radioterapia. A la exploración se objetiva dolor a la palpación en zona lumbar baja, dolor a punta de dedo en articulaciones sacroiliacas. Dolor en glúteo izquierdo que empeora con la palpación, maniobra de Pace y Freiberg positivas, Lassege negativo. Tras el diagnostico de dolor secundario a fracturas óseas por estrés y sospecha de afectación del musculo piramidal se decide realizar técnica intervencionista ecoguiada, utilizando sonda convexa y referencias anatómicas, tras comprobar localización y movimiento del musculo piramidal, se procede a infiltración de 40U de toxina botulínica tipo A intramuscular. Se realiza control al mes objetivando mejoría clínica EVA post-procedimiento 1/10. A los tres meses la paciente presentaba solo dolor en zona lumbar baja, pudiendo iniciar fisioterapia, ejercicios adaptados y disminuir dosis analgésicas.



### **Conclusiones**

El síndrome piramidal puede estar producido por contracturas del musculo piramidal, asociado a inflamación o edema y compresión secundaria del nervio ciático. En este caso, objetivamos afectación ósea que podría explicar parte del cuadro clínico del dolor que presenta la paciente, aunque la exploración nos orienta más hacia una afectación de origen muscular. Las infiltraciones musculares con toxina botulínica permitieron a la paciente disminuir la dosis de analgesia utilizada, así como mejorar la calidad de vida de la paciente en un periodo más prolongado.

### **Bibliografía**

Correa González N, Macías Corbacho A. Síndrome piramidal. A propósito de un caso. SEMERGEN.2008;34(3):156-9  
Ruiz JL, Alfonso I, Villalón J. Síndrome del músculo piramidal. Diagnostico y tratamiento. Presentación de 14 casos. Revista Española de Cirugía Ortopédica y Traumatología.2008;52:359-65.