



Síndrome dolorosa miofascial do músculo psoas: complicação do tratamento intervencionista. Relato de caso *

Psoas muscle miofascial painful syndrome: complication of the interventional treatment. Case report

Fabício Dias Assis¹, Karina Rodrigues Romanini Subi², Charles Amaral Oliveira¹

* Recebido da Clínica Singular – Centro de Controle da Dor (SINDOLOR) de Campinas, SP.

RESUMO

JUSTIFICATIVA E OBJETIVOS: A infiltração anestésica do músculo psoas para tratamento da síndrome dolorosa miofascial apresenta reconhecida eficácia, tendo como complicações estabelecidas a infecção local e o hematoma. O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de síndrome dolorosa miofascial do músculo psoas com complicação decorrente do tratamento intervencionista.

RELATO DO CASO: Paciente do sexo feminino, 49 anos, com queixa de dor lombar e abdominal há cinco anos, com piora há dois anos. Na consulta relatou dor lombar, com irradiação para a região inguinal esquerda, contínua, com intensidade 8 pela escala analógica visual (EAV), apesar do uso de fórmula contendo fluoxetina, meloxicam e amitriptilina. A hipótese diagnóstica foi de síndrome dolorosa miofascial do psoas, sendo realizada infiltração anestésica do músculo, com alívio imediato e completo da dor. Dezoito dias após o procedimento a paciente apresentou dor de intensidade 6 e com história clínica compatível com hematoma subagudo. Trinta e cinco dias após o primeiro exame, a ressonância nuclear magnética (RNM) mostrou regressão total da coleção intramuscular, com persistência apenas de tênue área de edema e realce mio-fibrilar. Realizou-se infiltração muscular com toxina botulínica medicamentosa com duloxetina (60 mg/dia), sendo obtida a remissão total do quadro doloroso.

CONCLUSÃO: O caso mostrou a eficácia da infiltração do músculo psoas com anestésico local e corticoide como medida terapêutica indicada para relaxamento muscular imediato, com desativação dos pontos-gatilho e consequente alívio da dor, acelerando assim o processo de recuperação e mostrou que o hematoma é uma complicação que pode ser resolvida com tratamento clínico.

Descritores: psoas, Medicina Intervencionista, Síndrome Dolorosa Miofascial.

SUMMARY

BACKGROUND AND OBJECTIVES: Anesthetic infiltration of the psoas muscle to treat painful myofascial syndrome is recognized as effective and has as established complications local infection and hematoma. This study aimed at reporting a case of psoas muscle painful myofascial syndrome with a complication caused by the interventional treatment.

CASE REPORT: Female patient, 49 years old, with lumbar and abdominal pain complaint for five years which has worsened in the last two years. Patient reported lumbar pain, with irradiation to the left inguinal region, continuous, with intensity 8 according to visual analog scale (VAS), in spite of using a formula with fluoxetine, meloxicam and amitriptyline. Diagnostic hypothesis was painful psoas myofascial syndrome. The muscle was infiltrated with anesthetics with immediate and complete pain relief. Eighteen days after the procedure, patient presented pain of intensity 6 and with clinical history compatible with sub-acute hematoma. Thirty-five days after the first exam, MRI has shown total regression of the intramuscular collection with persistence of just a subtle area of edema and myo-fibrillary enhancement. Muscle was infiltrated with botulinic toxin drug with duloxetine (60 mg/day), with total remission of pain.

CONCLUSION: This case has shown the efficacy of infiltrating the psoas muscle with local anesthetics and

1. Anestesiologista com Área de Atuação em Dor pela AMB, *Fellow of Interventional Pain Practice*, Médico da SINDOLOR, Campinas, SP, Brasil.

2. Anestesiologista, Médica com Especialização em Terapia Intervencionista da Dor da SINDOLOR, Campinas, SP, Brasil.

Endereço para correspondência:

Dr. Fabício Dias Assis

Rua Maria Monteiro, 968 – Cambuí

13025-151 Campinas, SP.

Fone: +55+ (19) 9837-4648

E-mail: fabriciodiasassis@yahoo.com





steroid as therapeutic measure indicated for immediate muscle relaxation, with deactivation of trigger-points and consequent pain relief, thus accelerating the recovery process, and has shown that hematoma is a complication which may be solved with clinical treatment.

Keywords: Interventional Medicine, Painful Myofascial Syndrome, psoas.

INTRODUÇÃO

O músculo psoas maior origina-se ao longo das laterais das vértebras lombares e dos discos intervertebrais e se insere no trocânter menor do fêmur^{1,2}. No interior da pelve, se junta a ele o músculo íliaco, para formar o iliopsoas. Durante seu trajeto, guarda íntima relação com outras estruturas, como o músculo quadrado lombar, a articulação sacro-ilíaca, o quadril, o ligamento inguinal e o triângulo femoral, além dos nervos femoral e cutâneo lateral da coxa. A principal função do músculo iliopsoas é a flexão do quadril. Ele ainda desempenha importante papel na manutenção da postura ereta. A síndrome dolorosa miofascial é definida como a presença de pontos-gatilho ou *trigger points* (TPs) nas bandas musculares. No caso do psoas, pode resultar da sobrecarga do músculo propriamente dito, ou secundário a TPs ativos em outros músculos da unidade funcional.

A dor referida desta condição clínica estende-se ao longo da coluna ipsilateralmente a partir da região torácica até a região sacro-ilíaca, anterior da coxa e virilha³. Pode incluir a porção medial da nádega e o sacro, e algumas vezes até a região interescapular.

O exame físico mostrou dor à flexão com rotação ipsilateral da coluna, além de dor à palpação do músculo, que pode ser realizada em três pontos: na parede lateral do triângulo femoral, dentro da margem interna da pelve, atrás da crista ilíaca e através da parede abdominal, pressionando o músculo contra a coluna vertebral^{4,5}. Quando em posição ortostática, os pacientes tendem a descarregar o peso do corpo sobre o membro não afetado, e ao caminhar adotam postura inclinada. A infiltração do músculo com anestésico local guiada por radioscopia fecha o diagnóstico. O alívio da dor imediatamente após a infiltração é o critério utilizado. Uma vez confirmada a síndrome, o próprio bloqueio diagnóstico consiste em medida terapêutica eficaz, propiciando relaxamento muscular imediato, com desativação dos TPs e consequente alívio da dor, acelerando o processo de recuperação. Utiliza-se um volume de 8 a 10 mL de solução de anestésico local e corticoide para o procedimento. Se a dor retornar, pode-se repetir a infiltração, desta vez com a toxina botulínica, que proporciona relaxamento muscular mais prolongado.

As complicações da intervenção incluem infecção local e hematoma, que embora raro, pode ocorrer principalmente com o uso crônico de anti-inflamatórios.

O objetivo do presente estudo foi relatar um caso de síndrome dolorosa miofascial do músculo psoas com complicação decorrente do tratamento intervencionista.

RELATO DO CASO

Paciente do sexo feminino, 49 anos, 63 kg, 1,65 m, com queixa de dor lombar e abdominal há cinco anos, com piora há dois anos. Há nove meses havia sido submetida à cirurgia para tratamento de hérnia de disco lombar, com melhora discreta do quadro algico. Na consulta inicial, queixava-se de dor lombar, com irradiação para a região inguinal esquerda, contínua, com intensidade da dor avaliada pela escala analógica visual (EAV) igual a 8. Em uso de fórmula por via oral, contendo fluoxetina, meloxicam e amitriptilina há aproximadamente um ano. Ao exame apresentava dor à palpação do músculo psoas e dor à rotação com flexão da coluna lombar; palpação de discos intervertebrais e facetas articulares, normais. Exame neurológico sem alterações. A hipótese diagnóstica elaborada foi de síndrome dolorosa miofascial do psoas. Para confirmação diagnóstica foi indicada infiltração anestésica do músculo guiada por radioscopia.

O procedimento foi realizado em centro cirúrgico, sob sedação com midazolam e fentanil, com técnica asséptica, guiada por radioscopia. Feito botão anestésico com lidocaína a 2% sem adrenalina, punção única com agulha 22G, ao nível do espaço entre a terceira e a quarta vértebras lombares. A medicação utilizada consistiu de ropivacaína a 0,2% (6 mL) e depomedrol (80 mg). O procedimento transcorreu sem intercorrências. Imediatamente a paciente apresentou alívio completo da dor, recebendo alta hospitalar em duas horas. O diagnóstico de síndrome de dor miofascial do músculo psoas foi confirmado (Figura 1).

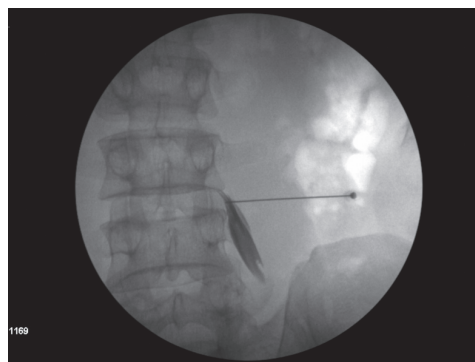


Figura 1 – Radiografia em AP; o contraste desenha o músculo psoas maior esquerdo



Aproximadamente 5 horas após o procedimento, a paciente apresentou dor intensa na mesma localização inicial, porém com maior intensidade. Procurou atendimento hospitalar de urgência, sendo medicada com cetoprofeno e tramadol, por via venosa, com alívio parcial do quadro doloroso. Teve alta com prescrição de codeína (30 mg) a cada 6h e ciclobenzaprina (5 mg) a cada 8 horas.

Dezoito dias após o procedimento, mesmo com o uso da codeína e ciclobenzaprina a dor persistia com intensidade 6 pela EAV. Exame de ressonância nuclear magnética (RNM) de músculo psoas evidenciou imagem fusiforme alongada, com sinal heterogêneo, de contorno discretamente irregular e limites parcialmente definidos, localizada em permeio às fibras do músculo psoas esquerdo, estendendo-se desde a segunda vértebra até o nível do espaço entre a quarta e a quinta vértebras lombares, medindo aproximadamente 7,2 x 1,2 x 1,7 cm (Figura 2). O aspecto da imagem, correlacionando com a história clínica era compatível com hematoma subagudo.

A RNM do músculo psoas de controle, realizada 35 dias após o primeiro exame, demonstrou regressão total da coleção intramuscular visualizada anteriormente, com persistência apenas de tênue área de edema e realce mio-fibrilar local.

Na ocasião a paciente mantinha dor à palpação de músculo psoas, quando então se optou por infiltração muscular com toxina botulínica, para relaxamento muscular mais duradouro. Introduzido também terapêutica duloxetine (60 mg/dia), por via oral. Após o procedimento, evoluiu com alívio significativo da dor, mantendo-se assim até o controle realizado 12 meses depois do procedimento.

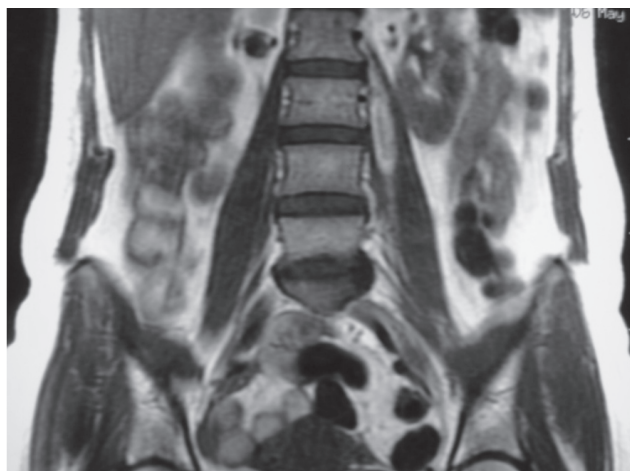


Figura 2 – Ressonância nuclear magnética mostra coleção líquida no aspecto superior do psoas esquerdo

DISCUSSÃO

O músculo psoas maior é peculiarmente vulnerável ao desenvolvimento de hematoma em associação com terapia anticoagulante e após trauma leve em adolescentes. O hematoma provoca dor e edema local, dificuldade para andar e com frequência, compromete a função do nervo femoral^{6,7}.

O uso de anti-inflamatórios pode alterar os mecanismos de agregação plaquetária, pela inibição da enzima ciclo-oxigenase (COX-1), e consequente inibição do tromboxano, que é um estimulante da agregação plaquetária, gerado pelas plaquetas⁸. Com exceção dos salicilatos, os outros anti-inflamatórios não esteroides (AINES) causam inibição reversível da COX, retornando sua atividade em 2 ou 3 dias após a interrupção do uso do fármaco. Em relação aos oxicans, eles são parcialmente COX-2 seletivos, o que confere ao fármaco menor perfil de efeitos colaterais e consequente menor ação sobre o tromboxano.

O risco de hematoma com uso isolado de AINES é considerado baixo. Isto é reforçado pelo grande consumo desses fármacos e a relativa escassez de relatos de hematomas, após procedimentos invasivos como punções de neuroeixo, infiltrações musculares e até mesmo cirurgias^{9,10}.

Dessa forma, atualmente a Sociedade Americana de Anestesia Regional, não recomenda a suspensão de AINES quando utilizados isoladamente. Apesar disso o Fórum Espanhol e a Sociedade Alemã de Anestesia recomendam a suspensão desses medicamentos por um período de três dias antes do procedimento¹¹.

A infiltração de TPs musculares é uma forma eficiente para o diagnóstico e tratamento das síndromes dolorosas miofasciais. A suspensão dos AINES para a realização de bloqueios é assunto controverso e os protocolos das sociedades mais respeitadas no mundo divergem a esse respeito. Este relato, apesar da evolução benigna do quadro, alerta para o risco aumentado de sangramento no paciente em uso crônico dos AINES, embora pela literatura esta complicação seja bastante rara. Recomenda-se que se avalie individualmente caso a caso, levando-se em consideração a urgência o local onde o bloqueio será realizado, pois um bloqueio no neuroeixo pode ter complicações mais sérias.

CONCLUSÃO

O caso clínico descrito ilustrou adequadamente a eficácia da infiltração do músculo psoas com anestésico local e corticoide como medida terapêutica indicada para



relaxamento muscular imediato, com desativação dos pontos-gatilho e conseqüente alívio da dor, acelerando assim o processo de recuperação e mostra que o hematoma é uma complicação que pode ser resolvida com o tratamento clínico.

REFERÊNCIAS

1. Bogduk N, Twomey LT. Clinical Anatomy of Lumbar Spine. Curchill Livingstone, New York, 1987;72-73.
2. Clemente CD. Anatomy. A Regional Atlas of the Human Body. Philadelphia, Lea & Febiger, 1985;557-558.
3. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. 2. Torso muscles. Postgrad Med, 1983;73:81-92.
4. Travell JG, Simons DG. Miofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual, Baltimore, Williams Wilkins, 1983:1.
5. Travell JG, Simons DG. Miofascial Pain and Dysfunction: The Trigger Point Manual. Baltimore, Williams Wilkins, 1992;1.
6. Graif M, Olchovsky D, Frankl O, et al. Ultrasonic demonstration of iliopsoas hematoma causing femoral neuropathy. Isr J Med Sci, 1982;18:967-968.
7. Ekelund L, Jónsson G, Rünow A. Compartment syndrome in the iliopsoas region with compression of the femoral nerve.] Lakartidningen, 1980;77:4539-4540.
8. Rainsford KD, Velo GP. Side-Effects of Antiinflammatory/Analgesic Drugs. Kuwer Academic Publishers, Lancaster, 1992.
9. Cronberg S, Wallark E, Soderberg I. Effect on platelet aggregation of oral administration of 10 non-steroidal analgesics to humans. Scand J Hematol, 1984;33:155-159.
10. Chaves I, Chaves L. Anticoagulantes e bloqueios espinhais. Rev Bras Anestesiol, 2001;51:225-234.
11. Llau Pitarch JV, De André Ibáñez J, Gomar Sancho C, et al. Hemostasis-altering drugs and regional anesthetic techniques: safety guidelines. Rev Esp Anestesiol Reanim, 2004;51:137-142.

Apresentado em 27 de janeiro de 2010.

Aceito para publicação em 15 de março de 2010.

