

TALLER SORECAR 2013. RESUMEN

Francisco Varas Fabra
FEA Medicina Física y Rehabilitación.
UGC Interniveles de Rehabilitación.
H.U. Reina Sofía. Córdoba.

Dolor torácico por puntos gatillo miofasciales. Diagnóstico y terapia manual básica.

Introducción.

Un punto gatillo miofascial (PGM) es una zona hiperirritable que, por lo general, se encuentra dentro de una banda tensa de un músculo esquelético o en la fascia muscular. El punto gatillo miofascial (PGM) duele al ejercer presión sobre él, y a menudo da lugar a dolor irradiado o a la aparición de dolor en una zona distante (dolor referido), además de presentar una sensibilidad aumentada a la palpación. Cualquier músculo puede desarrollar PGM.

Fisiopatología.

Se han propuesto diversos mecanismos fisiopatológicos para explicar el desarrollo de los PGM y los patrones de dolor. Se sabe que muchos factores pueden predisponer a la aparición de los PGM. Los conocimientos actuales asocian la formación de PGM con una disfunción en la placa motora terminal en una hipótesis integrada que sugiere que los PGM se forman por una excesiva presencia local de calcio, lo cual conduce a la liberación continuada de acetilcolina (o es resultado de ésta). Esto condiciona que se origine una crisis energética local en la que se reduce la disponibilidad de ATP, lo que perpetúa la presencia de calcio que ocasiona una contracción mantenida de los sarcómeros al trabar los filamentos de actina y miosina. Se provoca entonces un aumento de la demanda metabólica y una isquemia relativa que puede ser un factor importante responsable del acortamiento y el espasmo continuado de la unidad contráctil que puede llegar a alterar los tejidos afectados. En estas condiciones se produciría un déficit de oxígeno y nutrientes y la síntesis y liberación de sustancias algógenas e inflamatorias (sustancia P, bradiquinina, noradrenalina, serotonina, leucotrienos, etc...) que activarían los nociceptores musculares e incrementarían la actividad en la placa motora, con la consecuente aparición del dolor. La sensibilización de los nociceptores periféricos contribuye a la activación de múltiples receptores del asta dorsal de la médula espinal. Esto lleva a hipersensibilidad, alodinia y dolor referido característico del PGM activo.

Causas.

Un PGM puede activarse directamente por sobrecarga aguda, fatiga por sobreesfuerzo, trauma por impacto directo y por radiculopatía. Pueden ser activados indirectamente por otros PGM, enfermedad visceral, articulaciones artríticas o artrósicas, disfunciones articulares y estrés emocional.

Los factores de perpetuación de un PGM son: el estrés mecánico debido a trastornos estructurales, tensiones posturales, sobrecargas crónicas; traumatismos repetidos; alteraciones nutricionales como por ejemplo una insuficiencia vitamínica; alteraciones metabólicas y endocrinas como el hipotiroidismo; infecciones e infestaciones crónicas; y factores psicológicos.

Los **reflejos viscerosomáticos** mediante los cuales un estímulo localizado en una vísceras (órgano interno o glándula) produce una respuesta refleja en una estructura somática segmentariamente relacionada (cutánea, ósea o muscular). Se ha sugerido que estos reflejos producidos en los órganos internos pueden dar lugar a puntos gatillo musculares. Parece que estos reflejos están orientados hacia la intensidad, lo cual quiere decir que el grado de la respuesta refleja se relaciona en forma directa con la intensidad del estímulo visceral. Por ejemplo: Una persona tiene un infarto agudo de miocardio (IAM).

La información sobre la lesión miocárdica es conducida hacia la médula espinal a través de las aferencias viscerales. La respuesta a esta información afectará a todo el segmento medular, pudiendo reaccionar el esclerotoma, el miotoma y el dermatoma. La respuesta del miotoma puede ser la producción de PGM en los músculos de la pared torácica. Cuando se produce la curación de la lesión miocárdica, hay dos regiones reactivas, la fascia y los músculos, que pueden mantener su estado reactivo. La actividad de los PGM debe ser identificada y tratada ya que su perpetuación puede ser punto de partida de otras alteraciones.

Diagnóstico.

No se ha establecido hasta ahora ninguna prueba de laboratorio ni técnica de imagen en particular para la identificación de los PGM. El diagnóstico del dolor miofascial por puntos gatillo se basa en la actualidad en criterios clínicos.

Los criterios diagnósticos básicos para la identificación de un punto gatillo miofascial son la combinación de dolor puntual a la palpación en una banda palpable y el reconocimiento del dolor por el sujeto. Las cuatro características esenciales de los PGM son:

- Banda tensa palpable en el músculo.
- Pequeño engrosamiento nodular o fusiforme en el centro de la banda tensa, con dolor exquisito cuando se ejerce presión palpatoria sobre él.
- Patrón de dolor referido cuando el punto gatillo es estimulado mecánicamente por presión sobre un nódulo doloroso a la palpación.
- Limitación dolorosa de la movilidad completa de la movilidad del músculo afectado.

Otras características comunes de los PGM son las siguientes:

- Respuesta local con una contracción (respuesta de espasmo local-REL-) cuando una banda tensa es pinzada o un nódulo es comprimido rápidamente o penetrado por una aguja.
- La compresión de un nódulo doloroso a la palpación produce dolor o una sensación alterada en la zona de destino.
- Dolor a la contracción del músculo afectado.
- Debilidad muscular.

El PGM **activo** es aquel que causa una queja clínica de dolor. Frecuentemente el dolor miofascial se refiere a una cierta distancia del PGM, en un patrón característico de cada músculo. A veces el paciente percibe alteración de la sensibilidad o parestesias más que dolor. EL PGM **latente** es aquel que no produce dolor espontáneo, sólo duele cuando es palpado. Produce disfunción motora (rigidez y restricción de la amplitud de movilidad).

Dolor torácico por puntos gatillo miofasciales.

Los músculos que con mayor frecuencia pueden desarrollar PGM nuevos o activar PGM latentes ya existentes en los músculos de la pared torácica tras un IAM son el músculo pectoral mayor, el músculo pectoral menor, el músculo serrato postero-superior, y el músculo serrato anterior.

Tratamiento.

En el tratamiento de los puntos gatillo se utilizan diferentes técnicas terapéuticas no invasivas (terapias manuales y técnicas instrumentales como ultrasonidos y electroterapia) e invasivas (punción seca e infiltraciones con diversos fármacos).

Entre las terapias manuales básicas, el estiramiento, el aerosol frío con estiramiento postisométrico y la liberación por presión están entre las más habituales, sin que quede claro cuál de ellas es la más efectiva. La terapia combinada empleando varias de estas técnicas tiene mejores resultados que el uso de una técnica aislada.

Además de las diversas técnicas de tratamiento de los PGM hay que tener en cuenta dos factores importantes:

- La intervención sobre los factores que mantienen o perpetúan los PGM.
- El paciente debe estar implicado de forma activa en el tratamiento de mantenimiento.

Bibliografía

- Simons DG, Travell JG, Simons LS. Travell and Simons' myofascial pain and dysfunction: the trigger point manual. 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- Mense S, Simons DG. Muscle pain: understanding its nature, diagnosis, and treatment. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2001.
- Huguenin L.K. Myofascial trigger points: the current evidence. *Physical Therapy in Sport* 2004; 5:2–12.
- Dommerholt J, Bron C. Myofascial Pain Syndrome: Trigger Points. *Journal of Musculoskeletal Pain* 2012; 20:226-234.
- Shah JP, Phillips TM, Danoff JV, Gerber LH. An in vivo microanalytical technique for measuring the local biochemical milieu of human skeletal muscle. *J Appl Physiol*. 2005;99:1977–84.
- Bron C, Dommerholt J. Etiology of Myofascial Trigger Points. *Curr Pain Headache Rep*. 2012; 16:439–444.
- Tough EA, White AR, Richards S, Campbell J. Variability of criteria used to diagnose miofascial trigger point pain syndrome. Evidence from a review of the literature. *Clin J Pain*. 2007;3:278–86.
- Simons DG. Understanding effective treatments of myofascial trigger points. *Journal of Bodywork Movement*.2002;6:81–8.
- Fernández de las Peñas C, Sohrbeck M, Fernández J, Miangolarra JC. Manual therapies in miofascial trigger point treatment: a systematic review. *Journal of Bodywork and Movement Therapies*.2005;9:27–34.
- Chaytow L. Técnicas de liberación posicional. 3ª edición. Elsevier España S.A. 2009.