

El punto doloroso interescapular paramedial de las dorsalgias comunes

Papel de la rama posterior de la raíz T2

R. Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

En anteriores publicaciones ⁽¹⁾ hemos llamado la atención de una forma de dorsalgia benigna del adulto, particularmente frecuente: «el dolor interescapular». Hemos podido explicar su frecuente origen cervical y las interesantes posibilidades terapéuticas que ello permite. Hemos insistido en la existencia constante en estas dorsalgias de la presencia de un punto particularmente sensible a la presión que se sitúa a un través de dedo de la línea media a la altura de T5 o de T6. El objeto de este artículo es relatar las características de este punto interescapular.

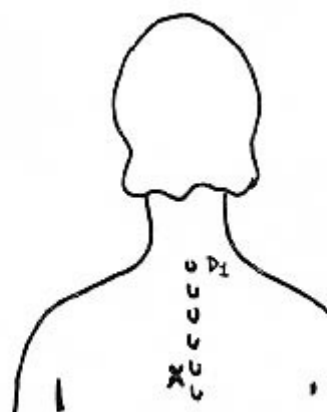


Fig. 1: El Punto Interescapular, siempre presente en esta forma de dorsalgia e inmutable en su topografía. La presión con la pulpa del índice en este lugar concreto reproduce o exagera la dorsalgia habitual del paciente.

Este dolor interescapular se ve favorecido y agravado con algunos trabajos (mecanografía, costura). Recordaremos brevemente sus características y los argumentos que permiten relacionar el origen de este dolor en el raquis cervical.

Características

Este dolor interescapular se caracteriza por:

- Su topografía paramediana unilateral inter-escápulo-vertebral con poca irradiación; su carácter de “quemadura”, fatiga localizada, “punto agudo”.

- Sobre todo la existencia constante de un punto muy preciso a la presión a un través de dedo de T5 o de T6. Este punto es especial porque parece ser el epicentro del dolor cuando se efectúa presión sobre él, pero la infiltración con procaína no es muy efectiva.
- Su origen cervical se afirma por el hecho de que se puede reproducir o exagerar esta dorsalgia con la siguiente maniobra cervical: la palpación cuidadosa de la región anterolateral del cuello en la emergencia de las últimas raíces cervicales muestra que en el lado de la dorsalgia uno de los niveles cervicales es muy sensible a la presión moderada hecha con el pulpejo del pulgar, mucho más que en las zonas simétricas o los niveles superiores e inferiores. Pero sobre todo el mantener la presión durante algunos segundos en este « Punto Timbre Anterior » provoca también la dorsalgia interescapular habitual ^(Fig. 2).

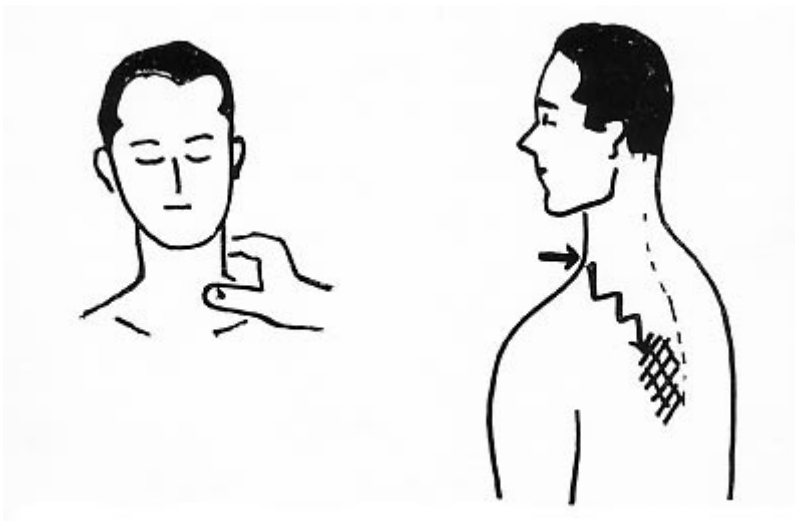


Fig. 2: El Punto Timbre Anterior: la presión con el pulpejo del pulgar horizontal en la parte anterolateral del raquis en la emergencia de las raíces raquídeas, evidencia un nivel más sensible que los otros. La ligera presión mantenida algunos segundos provoca la irradiación dorsal habitual.

El examen mostrará que este nivel cervical presenta una sensibilidad anormal que se observa por el dolor que provoca la presión del canal paravertebral y de la espinosa correspondiente.

Otros datos se unen a este argumento:

- La frecuencia del mismo dolor interescapular en algunas neuralgias cervico-braquiales, radicales típicas (con el punto interescapular en T5 y el punto timbre anterior).
- La frecuente aparición de una dorsalgia interescapular de iguales características tras un traumatismo cervical o una manipulación del raquis cervical mal hecha.
- Los muy buenos resultados obtenidos solo con tratamientos en el raquis cervical: manipulaciones cervicales (los más frecuentes), uso de un

collarín cervical durante unos 15 días, radioterapia cervical. Los buenos resultados que así se obtienen son aún más sorprendentes conociendo el carácter generalmente rebelde de las dorsalgias benignas del adulto.

Todo ello muestra el origen cervical de esta dorsalgia.

El problema estriba en comprender cómo esta dorsalgia puede tener su origen en el raquis cervical y a qué corresponde el punto interescapular tan fijo y constante.

Cloward, neurocirujano americano ha buscado durante una serie de experimentos qué dolor podía provocar la irritación de cada parte del disco intervertebral en la región cervical. Excita cada parte del annulus con distintos procedimientos (aguja, discografía, excitación eléctrica a través de la aguja de discografía) y más recientemente excitación bajo control visual durante la intervención cervical hecha bajo anestesia local. Junto al dolor radicular que obtiene por irritación directa de la raíz sensitiva, describe un dolor « discogénico » al excitar directamente las fibras superficiales del annulus. La parte póstero-lateral del annulus irritada de esta forma provoca un dolor bastante sordo de la cara posterior del cuello y la espalda, mientras que la excitación antero-lateral del annulus da un dolor interescapular vivo, profundo, y tenso de la región interescapular del mismo lado.

Si anestesia la parte correspondiente del annulus la excitación no provoca más dolores. Señala también que la excitación directa de la raíz anterior provoca exactamente el mismo dolor interescapular que se obtiene con la irritación del disco.

Lanza diferentes hipótesis respecto a la transmisión de este dolor y da importancia al nervio sinu-vertebral. Interpreta el dolor interescapular como un dolor muscular apoyándose en algunas constataciones electromiográficas.

Estos trabajos de Cloward aportan datos de la relación entre el raquis cervical y el dolor interescapular, pero no explican su fijación y su constancia.

¿A qué corresponde este punto interescapular?

► **Podría tratarse de un sufrimiento de los músculos** como el romboides (hipótesis de Cloward), pero la inervación del mismo depende de C4-C5 y no de los niveles inferiores en los que encontramos el punto timbre anterior. Por otro lado, esto explica mal la fijación del punto interescapular, y además, las maniobras de contracción contrariada del romboides no aumentan el dolor espontáneo ni la sensibilidad a la presión.

► **Podría tratarse de una irritación de la rama posterior de los nervios cervicales;** pero sabemos que, según los trabajos anatómicos, estas ramas no descienden más allá de tres o cuatro niveles por debajo de su lugar de emergencia; no obstante hay que pensar en los músculos que inervan. El splenius y el complexus descienden bastante abajo y su inserción terminal se hace precisamente en la 5ª o 6ª vértebras dorsales mientras que la inserción proximal se hace en el occipucio. Pero existe un argumento en contra de esta hipótesis: la contracción contra-resistencia de estos músculos no aumenta el dolor dorsal y no hace más sensible a la presión el punto interescapular.

► Hay que preguntarse a qué formación anatómica precisa corresponde este punto interescapular tan fijo y constante. El tratado de anatomía de HOVELACQUE, sobre los nervios raquídeos, aporta una respuesta plausible; explica que este punto se corresponde exactamente a la **emergencia superficial de la rama posterior de T2**.

Esta rama nace en la 2ª vértebra dorsal, primero tiene un trayecto profundo, desciende paralelamente a la línea media, y se vuelve superficial a un través de dedo de la línea media enfrente de T5 o T6. Desde allí se expande hacia afuera. Su territorio cutáneo es netamente más extenso que el de otros nervios dorsales. Alcanza el borde externo del omoplato. Este nervio puede contener un ramo muscular que inerva los músculos para-vertebrales adyacentes y puede dar ramas al Romboides y a la parte inferior del Trapecio (TURNER). Esta topografía de la sensibilidad, esta inervación motriz, se corresponden perfectamente a lo que vemos cada día en las dorsalgias. Hemos podido hacer la prueba de esta hipótesis practicando la anestesia de este nervio en su salida del raquis (entre T2 y T3).

Es evidente que en caso de que este nervio se vea implicado en la dorsalgia, su anestesia debe hacer desaparecer el dolor espontáneo y el punto interescapular a la presión. Lo hemos hecho 30 veces, tanto en las algias interescapulares agudas como en las crónicas. En todos los casos los resultados fueron inmediatos: desaparición del dolor espontáneo y desaparición del punto interescapular que la presión no podía generar, así como desaparición de la sensibilidad de los tejidos superficiales a la maniobra del pinzado-rodado. Es la rama posterior de C2 la responsable del dolor interescapular. Es un eslabón de la cadena, pero falta comprender las relaciones que existen entre el raquis cervical bajo y este nervio dorsal.

Tiempo atrás dijimos que en algunos casos de algia interescapular subaguda hemos podido calmar perfectamente al paciente con una infiltración de novocaína en el ganglio estrellado. Hemos retomado este tratamiento en 23 casos. En 20 de ellos hemos obtenido un alivio muy importante e incluso total (pero generalmente transitorio) del dolor dorsal y la desaparición del punto interescapular a la presión. Señalemos que el nivel cervical era aún sensible pero su presión no desencadenaba el dolor dorsal. Sucedió como si hubiéramos cortado una relación. Evidentemente podemos preguntarnos si era el ganglio estrellado lo que infiltrábamos o las partes vertebrales o musculares adyacentes. En los casos en los que no obteníamos un síndrome de Claude Bernard Horner con la primera infiltración, el alivio fue nulo o ligero. Recordemos a este respecto que la punción del ganglio estrellado o su excitación (Arnulf) provocan un dolor profundo en la región interescapular media. Además cuando infiltramos el ganglio estrellado de las dorsalgias, los pacientes nos dicen con frecuencia que durante la inyección sienten el pinchazo en el lugar de « su dolor ». Por el contrario, en algunos casos, una perfecta infiltración del estrellado con síndrome de Claude Bernard Horner, no ha podido modificar el dolor interescapular.

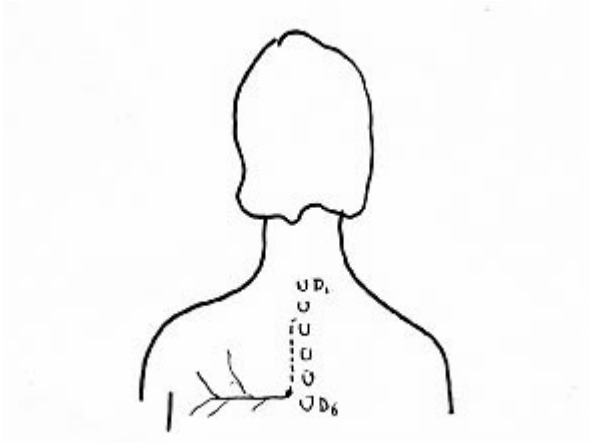


Fig. 3: Trayecto esquemático de la rama posterior de T2. Esta rama desciende verticalmente en el plano muscular profundo hasta los alrededores de T5 y allí se torna superficial, expandiéndose hacia el exterior y hacia arriba. Su territorio cutáneo y muscular es más importante que el de otras ramas posteriores. El punto doloroso interescapular corresponde a su emergencia superficial.

Añadamos el efecto a menudo exitoso de los gangliopléjicos (dibromuro de hexametil-pentano-amonio) en estos dolores interescapulares agudos. Ello permite pensar en un cierto papel del simpático.

Parece pues que el sufrimiento de la rama posterior de T2 permite etiquetar muchas dorsalgias comunes, en particular las que se presentan con un punto exquisito a la presión, que se sitúa a un través de dedo de T5 o T6 (punto de emergencia superficial de este nervio).

Pero como hemos visto, estos dolores tienen a menudo su origen en el raquis cervical como pueden evidenciarlo algunos test (búsqueda del punto timbre anterior), confirmados por algunas observaciones clínicas (dolores que acompañan las neuralgias cervicobraquiales), y por la confirmación terapéutica (buena respuesta de las manipulaciones, o la inmovilización cervical).

Resta el comprender cuál es el intermediario entre el raquis cervical y la rama posterior de T2, apuntando la acción exitosa de la infiltración del estrellado y de los gangliopléjicos.

(1) Sobre el origen cervical de algunas dorsalgias benignas y rebeldes.

R. MAIGNE, Ligue Française contre le Rhumatisme; séance du 15 avril 1964, et Revue du Rhumatisme, 9, 497-503, 1964. L'algie interscapulo-vertébrale. Forme fréquente de dorsalgie bénigne; son origine cervicale.
R. MAIGNE et F. LE CORRE, Annales de Médecine Physique, VII, I, 1-16, 1964.