

## El síndrome célulo-teno-miálgico de los dolores radiculares

R Maigne, MJ Teyssandier

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

No hace falta insistir en la frecuencia de los dolores de origen raquídeo:

cervicalgias,  
dorsalgias,  
lumbalgias,  
ciáticas,  
neuralgias: cérvico-braquiales,  
intercostales,  
crurales,

todas dolores particularmente molestos en el amputado del miembro inferior en el que la columna vertebral trabaja en permanente desequilibrio durante la marcha.

Además, cuando ha terminado la fase aguda, a menudo sucede que el sujeto continúa sufriendo de forma desesperante, y que los tratamientos usuales son ineficaces.

### I) Casos clínicos

**Caso 1:** Tomemos, por ejemplo el caso de esta paciente que presentó una ciática aguda L5 derecha hace cinco meses. Continúa sufriendo a pesar de los tratamientos. El examen clínico es normal, no existe déficit de la fuerza muscular, los reflejos son normales. La elevación de los miembros inferiores con las piernas estiradas tiene una amplitud simétrica. Aunque explica un trayecto doloroso de topografía L5 perfecta, la tentación es etiquetarla de «funcional». Es el examen de los planos cutáneos con la maniobra del « pinzado-rodado » la que nos dará la clave diagnóstica y el tratamiento. El pinzado-rodado de una zona bien delimitada, en la cara externa de la pierna, provoca un vivo dolor. Contraria a la piel sana, en esta zona el pliegue está espesado, la dermis y la epidermis son grumosas, infiltradas, y celulíticas.

El tratamiento empieza con maniobras en « pliegue » que son menos dolorosas; se sigue con el pinzado-rodado hasta la desaparición completa del infiltrado.

En general bastan de tres a cuatro sesiones de masaje.

Estas placas celulíticas ocupan zonas de predilección en el dermatoma de la raíz afecta.

Para L5 son:

- La cara externa de la pierna en su tercio medio.
- Alrededor de la cabeza del peroné.
- Cara postero-externa del muslo.

**Caso 2:** Paciente operada hace 2 años por una ciática derecha de territorio S1. Continúa sufriendo sobretodo en algunas posturas, y manifiesta rampas en la pierna.

El raquis es relativamente flexible. Tan solo persiste un moderado signo de Lasègue. Las placas de celulalgia son inexistentes. Pero la palpación profunda de las masas musculares revela la presencia de induraciones dolorosas en algunos de sus fascículos en el glúteo mayor cerca de sus inserciones sacras, en el cuarto inferior del bíceps crural, y en forma de hueso de aceituna en la parte externa de la pierna en el sóleo o el gemelo externo; siendo la paciente no conocedora de estas induraciones dolorosas. Su palpación provoca instantáneamente una sensación de rampa y reproduce el dolor habitual de la paciente. Hay que hacer notar que estos cordones indurados asientan con predilección en algunos músculos para una misma raíz, y siempre en las mismas partes de estos músculos. Esta paciente se curará con unas cuantas sesiones de tratamiento local con infiltración de la induración del bíceps hiperálgico, posturas en estiramiento de los músculos posteriores del miembro inferior mediante la maniobra de Lasègue forzada progresivamente y mantenida con el pie en flexión dorsal, y el amasamiento profundo de los fascículos musculares indurados del glúteo mayor.

**Caso 3:** Este otro sujeto se queja desde hace muchos meses de dolores en la cadera derecha y de una ciática de topografía L5. Aquí el examen clínico clásico es normal. Pero la palpación profunda de la fosa ilíaca externa descubre una especie de cigarro muscular que reproduce el dolor del paciente al presionarlo.

Este fascículo indurado hiperálgico está en el glúteo medio, en la vertical del trocánter mayor. Se tratará con infiltraciones locales, masaje profundo, y estiramientos en adducción.

**Caso 4:** Esta otra paciente presenta una ciática aguda L5 izquierda desde hace 4 meses. Aún sufre.

A examen se encuentra un punto exquisito en la inserción del glúteo medio en el trocánter mayor.

Es un dolor teno-perióstico que se curará con 3 o 4 infiltraciones anestésicas locales.

Parece que la agresión de una raíz nerviosa en la columna vertebral se manifiesta con los signos clásicos motores, sensitivos, y reflejos además de lo que nosotros llamaremos «**síndrome celulo-miálgico**»; responsable de dolores rebeldes pseudo-radiculares.

## II) El Síndrome Célulo-Teno-Miálgico

Este síndrome celulo-miálgico comporta: placas de infiltración cutánea celulálgica, induraciones dolorosas de algunos fascículos musculares, y dolores teno-periósticos. Todos signos tróficos «a mínima» de los que su etiopatogenia propone problemas interesantes.

Estos signos que hemos descrito en los miembros inferiores tomando como ejemplo las radiculalgias ciáticas; pueden existir también en el tronco y en los miembros superiores, en donde son más frecuentes los dolores teno-periósticos (epicondilitis cervicales, pseudotendinitis del supraespinoso). Igual que los signos clásicos, los del síndrome celulo-miálgico tienen una topografía metamérica sistematizada.

Podemos pues encontrarlos en los territorios inervados por la rama anterior del nervio raquídeo o en la rama posterior, en ésta última se piensa poco a pesar de los trabajos de Lazorthes.

Hay que insistir en el hecho de que en las regiones dorsal y lumbar el dermatoma de la rama posterior está tres o cuatro niveles por debajo de su lugar de emergencia raquídeo. El examen sistemático de las partes blandas (en un paciente de este tipo) muestra que los signos tróficos (presentes pero inconstantes) pueden coexistir con los signos clásicos; sobrevivirlos una vez terminada la fase aguda, o estar aparentemente aislados; testimonio objetivo de una irritación radicular a mínima. Por ejemplo, en el tronco su existencia es causa frecuente de diagnósticos erróneos. ¿Cuántas precordialgias, falsos dolores digestivos, renales, ureterales, o ginecológicos, están relacionados con placas de celulalgia y desaparecen al mismo tiempo que desaparece ésta? ¿Cuántas intervenciones quirúrgicas y tratamientos inútiles se han utilizado por haber descuidado el examen de los planos musculares y cutáneos del paciente?

## III) Tratamiento

Una manipulación vertebral en el nivel correspondiente, a condición de que esté juiciosamente indicada y correctamente ejecutada por un médico experto, puede, a veces, hacer desaparecer instantáneamente los cordones indurados y los dolores teno-periósticos. Su efecto sobre los infiltrados celulálgicos es menor.

Señalar que una tracción vertebral, una infiltración epidural o radicular tienen efectos comparables a los de la manipulación.

En resumen, cuando los signos del síndrome celulo-miálgico existen o subsisten aisladamente pueden ser origen de dolores rebeldes. Su tratamiento local, complementando al vertebral representa la terapia más eficaz de los «restos de las radiculitis».

Cuando estamos ante una placa celulálgica de pequeña superficie, un pequeño cordón muscular, o un dolor teno-perióstico, podemos infiltrar con una solución anestésica al 0,5%.

Hemos observado que con solo el masaje se puede tener éxito ante placas de celulálgia es más extensa. Su eficacia aumenta cuando luego se aplica una solución de tiroxina de absorción percutánea.

Los cordones musculares más grandes desaparecen o se atenúan con los estiramientos musculares:

Estiramientos longitudinales con posturas análogas a las que solucionan las rampas

Estiramientos transversales como cuando se quiere hacer vibrar una cuerda.

Podemos ayudarnos también de los amasamientos, de larga duración y reforzados con masaje en deslizamiento profundo; y con presiones mantenidas durante 30-40 segundos.

En cuanto a los dolores teno-periósticos, además de las infiltraciones, pueden responder al masaje transversal profundo según el método preconizado por Cyriax que Troisier introdujo en Francia.

## **Conclusión**

En resumen, el estudio de lo que hemos llamado « síndrome celulomiálgico » con:

- placas celulálgicas
- fascículos musculares indurados
- dolores teno-periósticos

presenta verdadero interés tanto desde el punto de vista diagnóstico como terapéutico.

Y permite al médico aliviar con elegancia y eficacia muchos dolores rebeldes de origen vertebral

---

Trabajo del Centre de Rééducation de l'Hôtel-Dieu, Paris