

Dolores lumbares miofasciales: examen y tratamiento

**Hillel SOMMER, MD,
Winnipeg, Canadá**

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

El examen de los músculos es un punto importante del examen clínico de los pacientes que sufren dolores de origen mecánico. En este artículo presentaremos el examen y el tratamiento de algunos de los síndromes miofasciales lumbares más comunes, que pueden dar lugar a lumbalgias, tal y como los practicamos en Canadá.

Generalidades

Examen clínico y descripción de las técnicas de palpación

La búsqueda de un aumento local del tono muscular es fácil gracias a la palpación ligera de los planos superficiales. Antes se habrá tenido cuidado en examinar estos planos con la técnica del pinzado-rodado. Entonces se puede notar la presencia de una asimetría del tono muscular de un lado con respecto al otro, o de la parte proximal de un músculo con respecto a su parte distal. Cuando la palpación es más intensa, abarcando la parte profunda del músculo en las zonas localizadas, pueden ponerse en evidencia bandas tensas o "cuerdas". La palpación es más fácil si se utilizan los extremos de los dedos o del pulgar perpendicularmente a la orientación de las fibras musculares. Estos «cordones miálgicos» o «puntos gatillo» pueden ser dolorosos de forma espontánea (cordones activos) o solamente a la palpación (cordones latentes). El dolor puede proyectarse a distancia del "punto gatillo".

Los músculos que presentan zonas localizadas de hipertonía habitualmente están acortados de forma espontánea y el paciente puede quejarse de un dolor al final del recorrido de un movimiento dado. A menudo estos músculos son débiles, quizás en razón de una mala coordinación de las unidades motrices. Esta debilidad es más fácil observarla al final del recorrido en una contracción isométrica.

Tratamiento

1) *Técnicas manuales*. Se han propuesto muchas técnicas de tejidos blandos para el tratamiento del dolor muscular. Técnicas muy distintas unas de las otras, pero la mayoría de ellas comparten el objetivo de reducir el aumento anormal de tensión muscular (con la esperanza de reducir el dolor con ello). No obstante, en general, las técnicas más eficaces utilizan los principios de la inhibición post-facilitación. Se trata de técnicas de facilitación neuro-muscular propioceptiva, de relajación post-isométrica, de «energía muscular» y de estiramientos tras pulverización local de un aerosol refrigerante.

2) *Infiltraciones*. Las infiltraciones igualmente pueden utilizarse, sea en el músculo cuando se recurre a técnicas de estiramiento, sea en el segmento intervertebral que tiene correspondencia metamérica con el músculo afectado. Esta última técnica es de fácil aplicación y se utiliza mucho.

Para la infiltración del músculo habitualmente usamos una aguja del 22. La longitud depende de la dimensión del músculo (entre 1,5 y 3 inches; es decir de 4 a 7,5 cm). Habitualmente bastan de 5 a 10 cc de xilocaina (0,5 a 2 %). Previo a la inyección, debe palpase todo el cordón miálgico para determinar el lugar en el que es más sensible. En los casos en que existen dos o más puntos gatillo situados en proximidad, debe escogerse para el tratamiento aquel que es más sensible o el que reproduce mejor el dolor habitual al presionarlo.

Tras preparar la piel, deben estirarse firmemente a un lado y a otro entre el pulgar y el índice los tejidos superficiales que recubren el cordón miálgico. La aguja penetra primero la piel y después explora las fibras musculares afectadas. Cuando la aguja alcanza el punto gatillo aparece bruscamente un estremecimiento característico o una contracción visible o palpable. El paciente puede quejarse espontáneamente del dolor de la misma manera que cuando se palpaba el punto doloroso. Alcanzado este punto, el punto gatillo se puede inyectar con 1 cc de xilocaina aproximadamente. Se retira entonces lentamente la aguja del punto gatillo, procurando que quede bien insertada en los tejidos. El músculo y su fascia se sondan continuamente en círculo para tratar un círculo de alrededor de 1 cm². La inyección debe continuarse hasta que todos los «estremecimientos» se extingan y el dolor distal proyectado desaparezca. Un tratamiento medio dura aproximadamente 2 minutos. Una vez infiltrado el músculo, hay que tratarlo usando una de las técnicas de post-facilitación. Hay que advertir al paciente de la aparición de un posible dolor muscular temporal en el lugar de la inyección. Habitualmente puede prevenirse éste último con la aplicación juiciosa de hielo durante las primeras 24 horas.

Músculos ilio-psoas y cuadrado lumbar

Con frecuencia se afectan de manera simultánea, habitualmente si existe una disfunción de la charnela tóraco-lumbar (de T11 a L2). En este síndrome el paciente se queja habitualmente de dolores en la fosa ilíaca posterior, el ano, y la zona lateral alta del muslo.

Examen

Cuando están afectados estos músculos, con frecuencia existe una postura antiálgica, con el paciente colgado del lado doloroso. Aparece el dolor durante la extensión activa y la inclinación lateral. Es frecuente observar contractura muscular paraespinal u homolateral. El test de Thomas es positivo cuando se afecta el psoas, con acortamiento doloroso durante la extensión pasiva de la cadera.

El ilio-psoas se examina mejor con el paciente tumbado sobre su espalda. Cuando el paciente es delgado el psoas mayor puede palparse en profundidad justo por fuera del recto abdominal. El ilíaco también puede palparse justo por dentro y delante del ala ilíaca pero es difícil a no ser que el paciente sea particularmente delgado. La región más accesible a la palpación es la porción del ilio-psoas proximal en su inserción en el trocánter menor. La localización del punto gatillo se sitúa a 2 cm por debajo del ligamento inguinal y a dos dedos por fuera de la arteria femoral (Fig. 1).



Fig. 1 : Examen del músculo psoas



Fig. 2 : Examen del músculo cuadrado lumbar

El examen del cuadrado lumbar (*quadratus lumborum*) se efectúa en decúbito lateral, lado sintomático arriba. Debe colocarse un pequeño cojín bajo la cadera para aumentar la distancia entre la cresta ilíaca y la 12ª costilla. Se solicita entonces al paciente que extienda el brazo por encima de la cabeza para atrapar el reborde de la camilla. De esta manera fija la parte superior de su cuerpo y aumenta el espacio entre la 12ª costilla y la cresta ilíaca. El cuadrado lumbar está situado por delante y fuera del borde externo de la masa muscular

espinal. Sus fibras se palpan perpendiculares fácilmente en dirección de la 12ª costilla a la cresta ilíaca. (Fig. 2).

Tratamiento manual

El tratamiento de estos músculos se realiza con facilidad usando una técnica de post-facilitación en posición de decúbito lateral similar a la utilizada para el examen.

Al tratar el ilio-psoas el examinador, frente a la camilla atrapa el muslo del paciente con su mano (mano derecha para el muslo derecho y viceversa) y coloca la cadera en posición neutra. La pierna más baja del paciente está doblada 90° en la cadera y en la rodilla, entonces el examinador estabiliza la pelvis del paciente con su otra mano. De esta forma la cadera puede ser colocada en extensión, lentamente, con un ligero grado de rotación interna utilizando una de las técnicas de post-facilitación (Fig. 3).



Fig. 3a : Estiramiento del psoas : posición



Fig. 3b : Estiramiento del psoas: puesta en tensión

El cuadrado lumbar se trata en la misma posición. Para facilitar la adducción de la cadera se pide al paciente que coloque su espalda lo más cerca del borde de la camilla y deje caer su pierna mientras se estabiliza el tórax con la mano (mano izquierda para la pierna derecha y viceversa). El examinador puede usar de esta forma su otra mano o su pierna homolateral para aumentar más la adducción (Fig. 4).



Fig. 4a : Vaporización del cuadrado lumbar



Fig. 4b : Estiramiento del cuadrado lumbar

Infiltración

Aunque el ilio-psoas y el cuadrado lumbar pueden ser tratados con infiltración, es una técnica raramente utilizada por la dificultad para inyectar estos dos músculos y la facilidad para tratarlos con técnica de estiramiento.

La misma posición descrita de decúbito lateral durante el examen del cuadrado lumbar es la utilizada para la infiltración. Una aguja de punción lumbar de 22, 7 «inches» de largo, ha de colocarse lateralmente y ligeramente anterior con respecto al borde externo de los músculos paraespinales. Se dirige la aguja a la cima de la apófisis transversa. Cuando la aguja entra en contacto con ésta, debe retirarse ligeramente y reinsertarse por encima y por debajo. Hay que procurar no dirigir la aguja por encima de L1 ni por delante, para evitar los pulmones y las vísceras retroperitoneales. Tras la inyección, el cuadrado lumbar debe tratarse con una técnica de post-facilitación. Debe advertirse al paciente de una exacerbación temporal del dolor y de un espasmo temporal tras la infiltración, que pueden tratarse con suaves estiramientos seguidos de un masaje con hielo.

Músculos glúteo y piramidal (piriforme)

Se afectan también de forma simultánea. La presencia de una disfunción de la unión lumbosacra (L4-L5, L5-S1) es una circunstancia acompañante extremadamente común. Cuando en glúteo medio y el menor se asocian a una disfunción de L4-L5 y el mayor y el piramidal se asocian a disfunción de L5-S1, estos síndromes se asocian con frecuencia con la afectación de todos los músculos. Las zonas de proyección dolorosa para estos músculos son: la parte baja de la espalda y el glúteo para el glúteo mayor; la parte baja de la espalda, el glúteo, y la cadera homolateral para el glúteo medio; el glúteo, la cadera, la parte lateral del muslo y la pierna para el glúteo menor; el glúteo, la parte posterior del muslo y de la pierna para el piramidal.

Examen

Puede utilizarse la posición de decúbito lateral para examinar la amplitud de movimiento de todos estos músculos. Actúan en fase y se debilitan cuando están afectados. Ello es especialmente evidente al final del recorrido cuando se utiliza la contracción resistida. La movilización pasiva es frecuentemente dolorosa en estos grupos musculares. Las fibras de los glúteos se palpan perpendicularmente cuando el paciente está tumbado boca abajo. El glúteo mayor es interno, el glúteo medio es lateral, los dos superficiales; se palpan fácilmente. Las fibras del glúteo menor son paralelas, ligeramente más profundas e inferiores con respecto a las del glúteo mediano. El músculo piramidal puede localizarse a lo largo de la «línea del piramidal», que va de la espina ilíaca posterosuperior al trocánter mayor. El punto doloroso más frecuente está situado a 2 cm por debajo de esta línea, en la perpendicular de su centro (Fig. 5). La palpación de un cordón miálgico en este músculo se facilita alternando los movimientos de rotación interna y externa en decúbito ventral.



Fig. 5 : Examen del piramidal



Fig. 6 : Estiramiento del piramidal

Tratamiento manual

Paciente en decúbito dorsal, la cadera no dolorosa en posición neutra con la rodilla flexionada de manera que la pierna cuelgue fuera de la camilla, lo que estabiliza la pelvis. El examinador usa su mano derecha para el muslo izquierdo (y viceversa); flexiona la otra cadera mientras utiliza la otra mano para estabilizar primero la pelvis del lado no doloroso. La cadera sintomática se moviliza en flexión, rotación interna y adducción progresivas. Se trata de esta manera el grupo de los cuatro músculos. Las fibras anteriores del glúteo medio y del glúteo menor se tratan con mayor facilidad con la técnica del cuadrado lumbar, descrita anteriormente.

La posición en decúbito lateral es un método alternativo para el tratamiento del piramidal. En esta posición, la cadera y la rodilla del miembro inferior no doloroso se extienden; y las del lado sintomático se flexionan a 90°. Se coloca entonces la cadera en adducción y ligera rotación interna. El examinador estabiliza la pelvis con una mano y aumenta progresivamente la rotación interna de la cadera colocando al piramidal en estiramiento, aumentándolo al elevar la pierna por encima de la camilla con la otra mano. (Fig. 6).

Infiltración

Las infiltraciones son de fácil realización en los músculos glúteos y piramidal. Se necesita una aguja de punción lumbar del 22 para asegurar la inyección de las fibras más profundas, excepto en los sujetos más delgados. El contacto con la fosa ilíaca posterior permite confirmar que el músculo ha sido bien atravesado en profundidad. Los tejidos blandos que recubren el músculo a tratar se sujetan solidamente entre el pulgar y el índice mientras la aguja se reinserta continuamente en círculo. Se tendrá mucho cuidado para evitar la arteria glútea y el nervio ciático.

Se ha de advertir al paciente de la eventualidad de una paresia ciática o del acorchamiento temporales del glúteo y la parte posterior del muslo tras estas inyecciones. Una vez más, una contractura post inyección puede ser tratada con estiramientos seguidos de masajes con hielo.