

Examen y tratamiento de los dolores cervico-escapulares de origen miofascial

Hillel Sommer, MD, Physical Medicine and Rehabilitation,

Director Musculoskeletal Teaching Program,

The Rehabilitation Hospital, Winnipeg, MB, Canada

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Músculos trapecio y levator scapula

Muchos músculos que se insertan en la región escapular tienen una doble función, la fijación del omóplato sobre el tórax y la rotación del hombro. Dos de estos músculos, el trapecio y el angular de la escápula (levator scapula) poseen inserciones cervicales. Estos dos músculos se ven afectados a menudo en caso de disfunción segmentaria cervical media (C3-C4) y frecuentemente son origen de dolor en cuello y hombro. El factor desencadenante más frecuente de estos síndromes es el traumatismo en «latigazo cervical» (particularmente con componente de fuerzas de rotación) o falsos movimientos, como una rotación brutal del cuello. A menudo el paciente se queja de un dolor en la parte lateral del cuello que puede extenderse desde la base del occipital hasta el acromion homolateral. Estos síntomas se asocian a zonas de hipertonía muscular en lugares muy precisos.

Examen clínico

Se han descrito muchos puntos gatillo en el trapecio. Los más comunes son los situados a lo largo de la parte superior del músculo, entre el raquis cervical y el acromion. Los puntos gatillo del angular se sitúan en la zona de su inserción distal. La parte superointerna del omóplato frecuentemente es asiento de una viva sensibilidad perióstica cuando este músculo se ve afectado.

Para buscar mejor los cordones miálgicos que se desarrollan en el borde superior del trapecio, la masa carnosa del músculo debe estar firmemente sujeta entre el índice y el pulgar. Las fibras musculares se pinzan y enrollan una contra otra de forma similar a la técnica del pinzado-rodado de Maigne, aunque los tejidos palpados son más profundos. Se explora el borde superior del músculo de su parte externa a la interna buscando modificaciones de tensión muscular. El examen del angular del omóplato es más fácil si se colocan sus fibras en tensión de manera que aparezca bajo el trapecio que lo cubre. Para lograrlo el paciente debe estar sentado con el cuello flexionado y una rotación cervical contralateral de unos 45°.

El examinador puede entonces aumentar poco a poco esta tensión con una mano colocada detrás de la cabeza mientras que la otra palpa perpendicularmente a su dirección las fibras musculares contracturadas ^(Fig. 1).

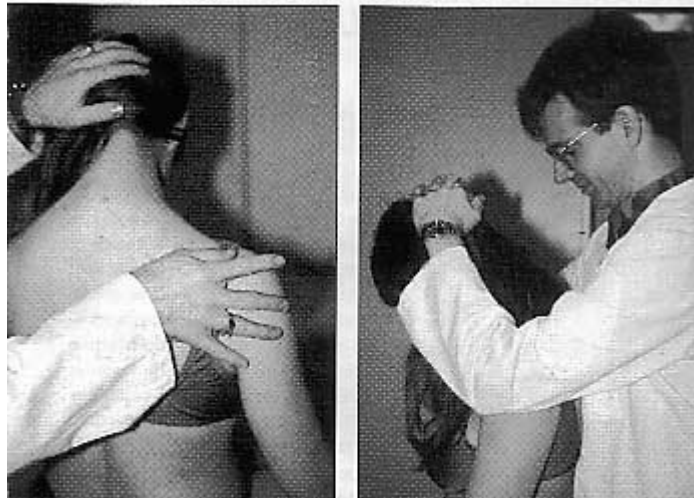


Fig. 1 (a la izquierda): Posición de examen para el músculo angular. La repetición de este movimiento estira al músculo y forma parte del tratamiento.

Fig. 2 (a la derecha): Estiramiento global en flexión de los trapecios (así como de los angulares y los paravertebrales).

Tratamientos manuales

Las técnicas de postfacilitación son extremadamente útiles para el tratamiento de estos músculos ya que consisten en un tratamiento global de muchos músculos que se insertan en el cuello y que a menudo están afectados junto a los antes mencionados. El trapecio se puede tratar con el paciente sentado ^(Fig. 2) o en decúbito supino. No obstante, el decúbito supino permite una mejor relajación de los músculos posturales y facilita la relajación miofascial. En decúbito supino, el examinador coloca de forma pasiva la cabeza del paciente en latero-flexión contralateral, sin rotación ni flexión, de forma que el músculo esté discretamente tenso. Con su mano homolateral inmoviliza el hombro estirando el músculo. La otra mano se utiliza para guiar la cabeza y aumentar lentamente la lateroflexión. Este tratamiento puede repetirse con diferentes grados de rotación para cambiar la dirección de estiramiento de los tejidos.

Una segunda maniobra para el trapecio en decúbito supino, relaja el músculo en flexión. El terapeuta coloca su mano izquierda sobre el hombro derecho del paciente, y la mano derecha sobre el hombro izquierdo. Sus brazos se cruzan tras la cabeza del paciente formando un soporte estable. De esta forma los dos hombros pueden fijarse simultáneamente sobre la camilla mientras se flexiona el cuello.

El angular se trata con el paciente sentado, habitualmente tras haber tratado el trapecio, asegurando la máxima relajación. Usando la misma posición en la que se examinan los cordones miálgicos, el examinador coloca su mano homolateral a lo largo de la espina del omóplato para fijarla, la otra mano guía la cabeza del paciente.

Infiltración

La inyección de los puntos gatillo permite un tratamiento más específico cuando las técnicas de postfacilitación no han dado el resultado apetecido. Además de los riesgos habituales de la inyección hay que vigilar especialmente con la posición de la punta de la aguja (sobre todo en el trapecio) para evitar un neumotórax.

En el trapecio, el paciente se puede colocar en decúbito lateral, con el lado sintomático arriba. Los cordones miálgicos se cogen entre los dedos del aceptor, como en el examen, para asegurar la posición de la aguja y detectar una respuesta localizada de brusco estremecimiento. El músculo se pincha con la aguja, con la punta de la misma se traza un círculo hasta que todas las respuestas de “estremecimiento” hayan cesado y el dolor proyectado haya desaparecido.

La infiltración del angular se practica en la misma posición que la del examen manual. La técnica de infiltración es similar a la descrita anteriormente. Además debe infiltrarse el periostio que recubre el ángulo superointerno del omóplato para eliminar cualquier sensibilidad perióstica residual.

Tras la inyección debe ejecutarse una técnica de postfacilitación. Como para los demás músculos, puede aparecer un dolor post-infiltración que puede durar 48 horas. Éste se puede tratar con masaje con hielo. Los pacientes han de ser advertidos en caso de aparición de síntomas anormales como dolor en el pecho o disnea.

Músculos del manguito de los rotadores

Examen clínico

El examinador empieza palpando el infraespinoso a lo largo de su borde lateral justo dentro del borde externo del omóplato (Fig. 3). Examinando el músculo de esta manera, el borde del infraespinoso, aunque cubierto por el trapecio, se reconoce fácilmente. Igual que para los demás músculos, los dedos que palpan deben dirigirse perpendicularmente a las fibras musculares. Un signo de resalte positivo y una irradiación del dolor al miembro superior homolateral, aparecen con frecuencia.



Fig. 3: Posición de examen del infraespinoso

Tratamiento

El infraespinoso es un músculo fásico que se fatiga fácilmente. Se puede encontrar también una debilidad de todos los retardadores (especialmente en rotación externa) por una disinergia que puede desestabilizar la mecánica de las articulaciones glenohumeral y escapulotorácica.

El infraespinoso es uno de los músculos más fáciles para infiltrar, quizás más fácil que tratarlo con técnicas de postfacilitación. Es evidente si se considera que es difícil aislar un movimiento del infraespinoso sin movilizar al mismo tiempo la articulación escápulo-torácica. Una manera más específica es inyectar el músculo hasta el periostio con una aguja fina. La penetración del músculo se asegura en los pacientes obesos o muy musculados con el contacto con la superficie ósea de la fosa infraespinosa. El músculo se pincha de forma circular en el centro y alrededor del punto gatillo hasta que todas las respuestas «en estremecimiento» y las irradiaciones dolorosas se han eliminado. Aunque el alivio acostumbra a ser inmediato, los pacientes deben ser advertidos de los efectos de la infiltración durante 48 horas, tiempo en el que se puede producir una reacción post-inyección que se alivia fácilmente con masajes con hielo.

Conclusión

La evaluación de los tejidos miofasciales puede ser la llave que oriente al examinador hacia el origen del dolor.

Aunque la afectación miofascial es habitualmente secundaria a una disfunción vertebral segmentaria o a una patología articular o tendinosa dentro de un elemento de la misma unidad miotática, pueden presentarse síndromes de sobre utilización local o regional como una disfunción primaria con afectación miofascial como único elemento al examen.

No hay que esperar de los tratamientos descritos que se usen como único tratamiento en la mayoría de los casos; más bien como tratamiento de apoyo en el contexto de un programa de rehabilitación.

REFERENCIAS

1. ASPINALL W Clinical Implications of ilio-psoas dysfunction. Orthopaedic Revision Review 1992 September-October: 8-13.
 2. JANDA V Muscle Spasms a Proposed Procedure for Differential Diagnosis J. Manual Medicine 1991: 6 ; 136-139.
 3. JANDA V Treatment of Chronic Buck Pain; J. Manual Medicine 1992: 6 ; 166-168.
 4. LEWIT K Manipulative Therapy in Rehabilitation of the local Motor System, Second Edition, Butterworth Heinemann Publishers 1991.
 5. LEWIT K Management of Muscular Pain Associated with Articular Dysfunction J. Manual Medicine 1991 : 6 ; 140-142.
 6. MAIGNE R Diagnostique et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne Expansion scientifique française 1989.
 7. TRAVELL JG., SIMONS DG Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual, Williams & Wilkins, Volume 1 1983~
 8. TRAVELL JG., SIMONS DG Myofascial Pain and Dysfunction The Trigger Point Manual (The lower extremities), Williams & Wilkins, Volume II 1992.
-