

EL SÍNDROME MIOFASCIAL

Autor: Miguel Ángel Lériða Ortega, D.O PhD



Escuela de
Osteopatía
de Madrid
Internacional





ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology

journal homepage: www.elsevier.com/locate/bean



5

Treatment and management of myofascial pain syndrome

Ivan Urits, MD, Anesthesiologist ^{a,*},
Karina Charipova, BS, Medical Student ^b,
Kyle Gress, BS, Medical Student ^b,
Amanda L. Schaaf, BS, Medical Student ^c,
Soham Gupta, BS, Medical Student ^c,
Hayley C. Kiernan, BS, Medical Student ^c,
Paula E. Choi, BS, Medical Student ^d,
Jai Won Jung, BS, Medical Student ^b,
Elyse Cornett, PhD, Assistant Professor ^e,
Alan D. Kaye, MD, PhD, Anesthesiologist ^e,
Omar Viswanath, MD, Anesthesiologist ^{c,d,e,f}

Myofascial Pain Syndrome (MPS) is a regional pain disorder that affects every age-group and is characterized by the presence of trigger points (TrPs) within muscles or fascia [1,2]. Commonly recognized as “muscle knots,” MPS is the most common cause of persistent regional pain [1–4]. Simon's original definition of MPS remains the best; he defined it as a “complex of sensory, motor, and autonomic symptoms that are caused by myofascial trigger points”[1]. TrPs are defined as tender or hyperirritable areas in muscles and/or their fascia that are localized in taut, palpable bands, which mediate a local twitch response (a small, quick contraction of muscle fibers that occurs with radiation of pain) under snapping palpation [1,5]. (see [Tables 1–5](#))

***I. Urits et al. / Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology 34
(2020) 427e448***

Simons lo define como “un cuadro complejo de síntomas autonómicos, sensitivos y motores, causados por Puntos Gatillo Miofasciales”



- Es la Doctora, estadounidense, Jannet Travell la que, a mediados del siglo XX, impulsa la investigación sobre el Síndrome del Dolor Miofascial (SDM), y propone postulados, que a día de hoy, siguen vigentes.

- En 1948 la doctora Travell acuña el término de Trigger Points a la entidad clínica característica del SDM



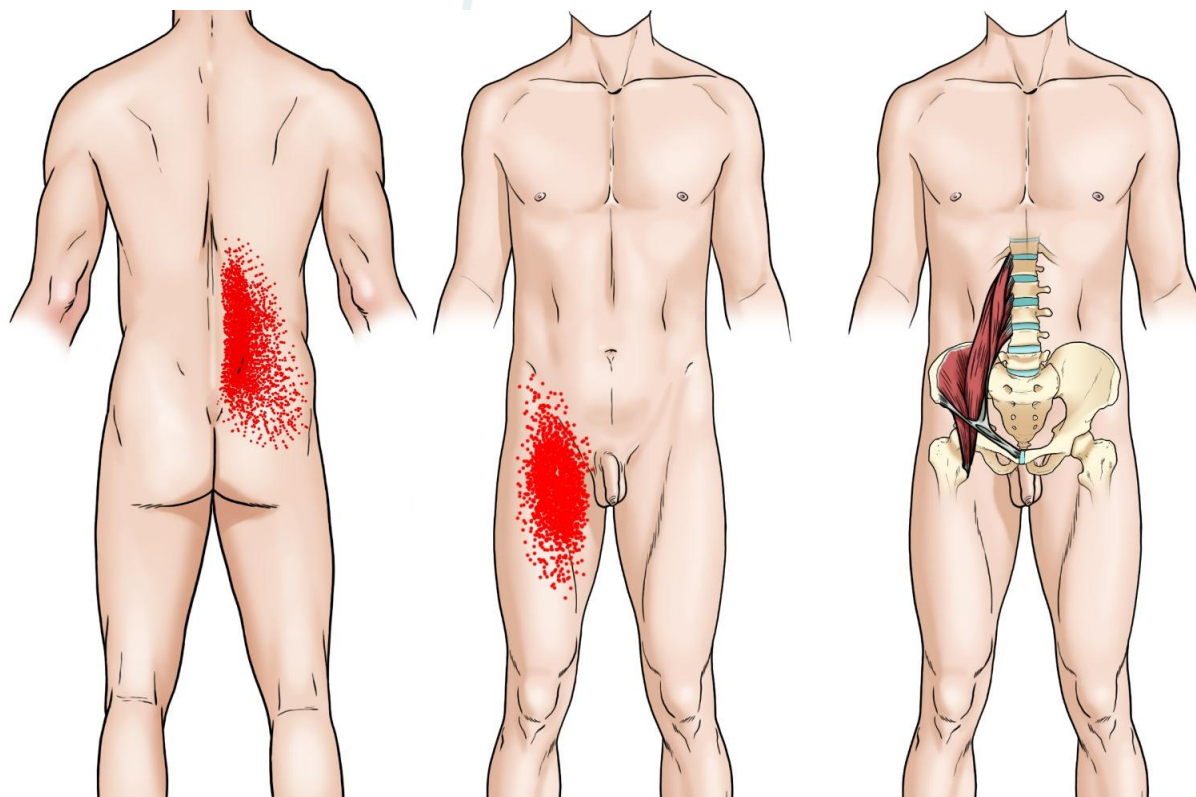
SDM ^[L]_[SEP] DEFINICIÓN

Es un trastorno doloroso regional, que afecta a músculos y fascias, de forma que los músculos implicados presentan las siguientes características:

- Aparece un Punto Gatillo (PG)
- La palpación de los PG provoca dolor y síntomas referidos.
- Los síntomas (sobre todo dolorosos) del paciente se reproducen al presionar los PG
- El PG está situado en una zona muscular dura y tensa
- Puede aparecer a la palpación o a la inserción de una aguja en la banda tensa, una respuesta de espasmo local (REL).



PUNTO TRIGGER MIOFASCIAL



La compresión del PT provoca dolor local y dolor referido que es similar al manifestado por el paciente (reconocimiento del dolor).

Hay que entender el SDM, como parte de un proceso más complejo y no como una situación aislada.

Los Puntos Gatillo se consideran como elementos de sensibilización periférica y el Síndrome Miofascial se explicaría como una expresión de los procesos de Sensibilización Central, en los que tendríamos que tener en cuenta una evaluación y abordaje de la esfera bio-psico-social.



A pesar de usar el término SÍNDROME DEL **DOLOR** MIOFASCIAL, el cuadro no sólo se caracteriza por la presencia de signos dolorosos, sino que también, y además es más característico, la presencia de otras manifestaciones sensitivas, sensoriales, autónomas y motoras que dan cuenta de la implicación del proceso de sensibilización central que también se produce.

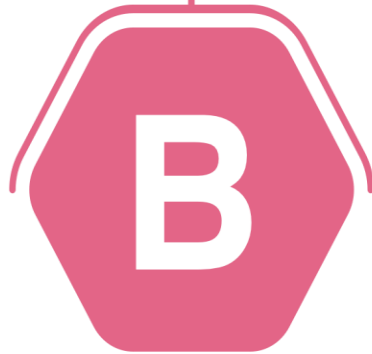


CARACTERÍSTICAS DEL SDM



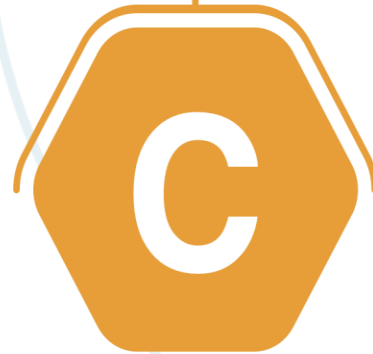
DESCONOCIMIENTO

A pesar de su alta prevalencia muchos profesionales no conocen el proceso, infravalorándolo



PERSISTENCIA

El SDM tiende a persistir en el tiempo, si no se maneja de manera adecuada



COSTE ECONÓMICO

Es el cuadro clínico que genera más bajas laborales, así como consumo de fármacos



INCAPACITANTE

Genera limitaciones severas, a veces, relacionadas de manera errónea con otros procesos



ALTERACIÓN EMOCIONAL

Puede generar cuadros de ansiedad e incluso depresión cuando no se da respuesta a los síntomas continuados



DEFINICIÓN DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

Es una zona minúscula, altamente irritable, localizada en el interior de un músculo, que se presenta rígido a la palpación y que produce dolor, limitación en la amplitud del estiramiento y debilidad sin atrofia ni déficit neurológico.

En ocasiones puede dar lugar a fenómenos autónomos y distorsión de la sensibilidad propioceptiva.

EL PG ES EL GENERADOR DE LOS SÍNTOMAS



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

Puntos Gatillo Activos. Son dolorosos sin estimulación. Siempre sensibles, el paciente los siente como un punto de dolor constante. El dolor aumenta al palpar el músculo, al presionarlo, al movilizarlo y al estirarlo.



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

Puntos Gatillo Latentes . No ocasionan dolor durante las actividades normales. Pero pueden alterar la función (Lucas y cols. 2004)

Sólo son dolorosos a la palpación. Son capaces de ocasionar los mismos fenómenos que los activos, cuando son estimulados. Son activados por el frío, calor, cambios de presión atmosférica, daño repetitivo...



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

-según origen-

Puntos Gatillo Primarios. PG central aparentemente activado de manera directa por alguno de los factores activadores sin ser ocasionado por la actividad de ningún otro PG en otro músculo.

Puntos Gatillo Clave. Responsable de la activación de PG satélites. La inactivación de este inactiva los satélite.



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

-según origen-

Puntos Gatillo Secundarios o Satélites. PG central inducido neurogénica o mecánicamente por la actividad de un PG clave. Anteriormente el PG satélite se consideraba al que aparecía en la zona de dolor referido del PG clave.



TIPOS DE PUNTO GATILLO MIOFASCIAL

Puntos Embrionarios. Son puntos sensibles de los tejidos que duelen de forma atípica al presionarlos pero que no genera dolor de tipo referido. Son zonas del tejido muscular con una disfunción, que con el tiempo suficiente y bajo la estimulación de factores de activación, pueden pasar a PG latentes y más tarde a activos.

Conocidos también como “**TENDER POINTS**”

Si ese punto se encuentra dentro de la zona de referencia de un PG activo o latente puede evolucionar a un PG satélite.



el dolor referido

"El patrón de dolor y de hipersensibilidad referidos del paciente a menudo constituye la **clave** para identificar al músculo o a los músculos responsables de un SDM."



el diagnóstico de los PGM

Pain Medicine 2018; 19: 142–150
doi: 10.1093/pm/pnx207



MUSCULOSEKELTAL SECTION

Original Research Article

International Consensus on Diagnostic Criteria and Clinical Considerations of Myofascial Trigger Points: A Delphi Study

	Essential No. (%)	Confirmatory No. (%)
Taut band*	56 (93)	4 (7)
Hypersensitive spot*	46 (76.5)	14 (23.5)
Referred pain*	43 (71.5)	17 (28.5)
Local twitch response	19 (31.5)	41 (68.5)
Jump sign	4 (6.5)	56 (93.5)
Restricted range of motion	4 (6.5)	56 (93.5)
Pain with muscle stretching	3 (5)	57 (95)
Pain with muscle contraction	2 (3.5)	58 (96.5)

* More than 70% of respondents judged these criteria to be “essential” for trigger point diagnosis.

según Domerholt y De Las Peñas en 2018, los signos que se consideran esenciales para el diagnóstico del SDM son:

A

banda tensa

B

punto hipersensible

C

dolor referido



el diagnóstico de los PGM



Current Rheumatology Reports (2021) 23: 69
<https://doi.org/10.1007/s11926-021-01024-8>

CHRONIC PAIN (R STAUD, SECTION EDITOR)

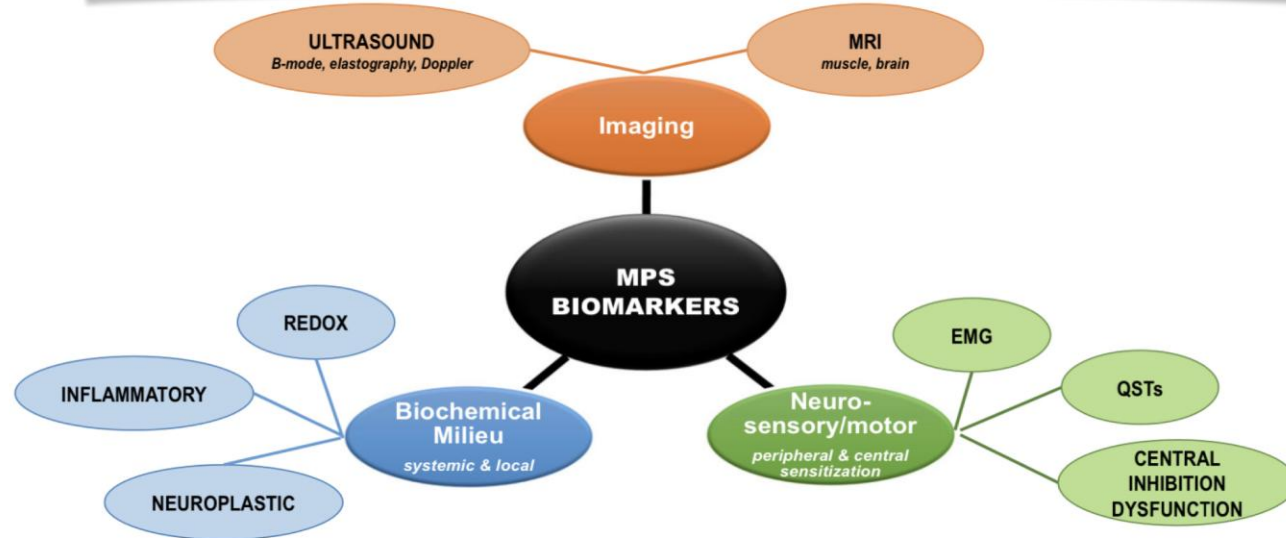


Re-Examining Myofascial Pain Syndrome: Toward Biomarker Development and Mechanism-Based Diagnostic Criteria

Felipe C. K. Duarte¹ · Daniel W. D. West^{2,3} · Lukas D. Linde^{4,5,6} · Samah Hassan² · Dinesh A. Kumbhare^{2,3,7}

Accepted: 22 May 2021 / Published online: 8 July 2021

© The Author(s), under exclusive licence to Springer Science+Business Media, LLC, part of Springer Nature 2021



Existen biomarcadores utilizados en el diagnóstico del SDM, aunque la evaluación manual del mismo por clínicos experimentados sigue siendo la más utilizada.



En Osteopatía vamos a utilizar diferentes técnicas que pueden ser útiles para el manejo del SDM, actuando sobre los puntos gatillo miofasciales.

Entre otras, disponemos de las maniobras de Jones, las técnicas de Energía-Muscular, técnicas neuromusculares, incluso las mismas técnicas de alta velocidad que tienen un impacto positivo sobre estas alteraciones tisulares.



No obstante lo más importante es entender que el cuadro clínico es parte de un proceso de **sensibilización** en la que pueden intervenir múltiples factores sobre los que habrá que actuar, además de no perder el concepto de **INTERDEPENDENCIA REGIONAL** y actuar en base al mismo.





Visita nuestra Revista Científica

europeanjournalosteopathy.com

