

Lumbalgia y Síndrome de Dolor Miofascial de la Cintura Pélvica

Low Back Pain and Pelvic Myofascial Pain Syndrome



Úrsula Ocaña Jiménez: Fisioterapeuta colegiada 1046; CLM.



Correspondencia:

Úrsula Ocaña Jiménez.

C/ Melquíades Álvarez, nº 21.13710 Argamasilla de Alba (Ciudad Real).

E-mail: ursulaoj@hotmail.com.

Recibido: 03-07-08. Aceptado: 15-5-10

Rev fisioter (Guadalupe). 2010; 9(1): 43-48

RESUMEN

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar cómo los puntos gatillo miofasciales (PGM) pueden relacionarse con la disfunción músculo-esquelética, y ver la estrecha relación existente entre la aparición de los PGM en la musculatura de la cintura pélvica y la lumbalgia.

Material y métodos: Para llevar a cabo este estudio se realiza una búsqueda en las bases de datos Medline, Doyma y en Cochrane Library.

También se han consultado varios libros de gran relevancia en este tema.

Por último, se han obtenido referencias bibliográficas de la Universidad Católica de San Antonio.

Resultados: Los PGM son extraordinariamente comunes y llegan a representar un capítulo doloroso de la vida de casi todo el mundo en uno u otro momento.

Desde la primera mitad del siglo XX, hasta las publicaciones más recientes se identifica una estrecha relación entre la lumbalgia y los PGM.

Muchos autores están de acuerdo en que la aparición de PGM en el cuadrado lumbar es la causa muscular más frecuente de dolor lumbar.

Conclusión: Muchos investigadores muestran la asociación e interacciones entre el dolor muscular y alteraciones musculares causadas por la existencia de PGM.

Existe una estrecha relación entre la existencia de PGM en el cuadrado lumbar y la aparición de la lumbalgia. Existen cuatro localizaciones de PGM (dos superficiales y dos profundas) en el músculo cuadrado lumbar que refieren diferentes patrones de dolor referido.

PALABRAS CLAVES

Lumbalgia y dolor lumbar, síndrome de dolor miofascial, puntos gatillo miofasciales, cuadrado lumbar.

ABSTRACT

Introduction: the aim of this research is to explore how myofascial trigger points (MTrPs) may relate to musculoskeletal dysfunction, and to see the intimate relation that exist between the appearance of MTrPs in the pelvic's muscles and low back pain.

Material and method: To carry out this study, data bases such as Medline, Doyma and Cochrane Library have been searched.

Some very important books relate with this subject have also been consulted.

Finally some bibliographic references from La Universidad Católica de San Antonio de Murcia have been taken.

Results: MTrPs are common extraordinarily and they get to almost represent a painful chapter of the life of everybody at one or the other moment.

From first half of century XX to the most recent publications one close relation between low back pain and MTrPs is identified.

Many authors agree in which the appearance of MTrPs in the quadratus lumborum one is the more frequent muscular cause of lumbar pain.

Conclusions: Many investigators show the association and interactions between the muscle pain and muscular alterations caused by the MTrPs existence.

One intimate relation between the existence of MTrPs in the quadratus lumborum and the appearance of the low back pain exists. Four locations of MTrPs (two superficial and two deep ones) in the quadratus lumborum exist that refer different landlords from referred pain.

KEYWORDS

Low back pain, myofascial pain syndrome, myofascial trigger points, quadratus lumborum.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día, prácticamente todos los individuos sufrirán un episodio de lumbalgia en algún momento de la vida (entre un 65 y un 90%) (1).

En la actualidad una teoría sólida es la que atribuye la causa del dolor músculo-esquelético a la existencia de puntos gatillo miofasciales (PGM) activos (2,3).

El Síndrome de Dolor Miofascial (SDM) se define como un trastorno no inflamatorio que se manifiesta por dolor músculo-esquelético localizado, rigidez y cuya característica primordial es la presencia de puntos gatillo (2), generalmente el dolor muscular se localiza en la cintura escapular o pelviana (2-4).

Los PGM son extraordinariamente comunes y llegan a representar un capítulo doloroso de la vida de casi todo el mundo en uno u otro momento (2).

Un PGM es un foco hiperirritable, doloroso a la compresión, dentro de una banda tensa de un músculo esquelético que genera un patrón de dolor referido propio de cada PGM (2-8).

Cuando el PGM es convenientemente estimulado además del dolor, también es la causa de la limitación funcional, incoordinación motora, torpeza, debilidad del músculo, pero no atrofia (2-4,7,9,10), fenómenos simpáticos autonómicos: vasoconstricción localizada, sudoración, actividad pilomotor, cambios en el color de la piel, edema local, alteración de la temperatura... (2-4,11).

Los PGM pueden afectar a cualquiera de los músculos del cuerpo, y a veces a gran número de ellos, constituyendo una causa importante y compleja de dolor músculo-esquelético (2,5).

La evidencia disponible, y la experiencia clínica indican que una gran parte de ese dolor está causada por PGM (5,12).

Muchos autores han descrito (2,3) algunos puntos gatillo frecuentes que son responsables de problemas músculo-esqueléticos habituales, como el que representa la lumbalgia.

La existencia de PGM en la musculatura lumbar, en concreto en el músculo cuadrado lumbar, nos hace pensar que puede estar muy relacionado con la aparición de la lumbalgia.

OBJETIVOS

Este trabajo tiene como objetivos principales:

- Estudiar la importancia de los PGM como entidad patológica.
- Estudiar la asociación de la lumbalgia inespecífica con la existencia de PGM activos en el músculo cuadrado lumbar, entre otros, que expliquen la clínica.
- Conocer las localizaciones de los PGM en el cuadrado lumbar y su patrón de dolor referido.

MATERIAL Y METODOS

Para realizar la búsqueda de revisión bibliográfica y elaborar este trabajo, se ha llevado a cabo una búsqueda en las bases de datos MEDLINE,

COCHRANE LIBRARY, DOYMA, así como una búsqueda manual en los libros más relevantes sobre este tema y consulta en la biblioteca de la UCAM.

El período de búsqueda se realiza desde Octubre de 2007 hasta Marzo de 2008.

El tesauro nos permitió la traducción en inglés de los términos: Lumbalgia y dolor lumbar y síndrome de dolor miofascial.

La búsqueda realizada a través de la base de datos Pub Med [Tabla 1].

Se revisaron todos los artículos obtenidos, y fueron incluidos para el estudio aquellos que más se centraban en nuestros objetivos.

La búsqueda en la base de datos Cochrane Library Plus (en español) [Tabla 2].

En la base de datos Doyma se realiza la búsqueda en la revista de fisioterapia y en la revista iberoamericana de fisioterapia y kinesiología encontrándose 6 artículos útiles, los cuales se encuentran usando el operador lumbalgia y síndrome de dolor miofascial.

Se emplearon 6 artículos en español en la biblioteca de la Universidad Católica de San Antonio de Murcia (UCAM).

También se efectuó una búsqueda manual en 4 de los libros más relevantes que existen en la actualidad del dolor y la disfunción miofascial.

RESULTADOS

Echar una mirada a la tortuosa trayectoria de los PGM a través del siglo pasado muestra cómo nuestro conocimiento actual de los PGM ha evolucionado paso a paso.

El artículo fundacional de la Dra. Travell de 1952 sobre la génesis miofascial del dolor introdujo en la literatura inglesa los patrones de dolor referido de los PGM en 32 músculos diferentes. También fue la responsable de muchos otros libros escritos sobre PGM, entre ellos el volumen 1, escrito en el año 1983 (mitad superior del cuerpo), y el volumen 2, de 1992 (mitad inferior del cuerpo) del Manual de los Puntos Gatillo, que describían su diagnóstico y su tratamiento correcto (2,5).

La literatura clínica internacional indica que numerosos clínicos consideran que los PGM son importantes, pero existe una relativamente importante carencia de estudios de investigación clínica y básica en este campo (5).

La literatura médica convencional sobre la lumbalgia (indexada en MEDLINE), se centra fundamentalmente en el componente esquelético, en detrimento del componente muscular (2,3,5).

A pesar de la amplia bibliografía especializada, en la que cada vez con más frecuencia, muchos investigadores atribuyen el dolor muscular a alteraciones musculares causadas por la existencia de PGM, hay controversia entre los profesionales médicos para aceptar la disfunción y el dolor miofascial como entidad patológica (9).

Investigaciones recientes (3) han mostrado que una de las localizaciones más frecuentes de PGM es el trapecio superior, junto con el cuadrado lumbar.

TABLA 1. BÚSQUEDA EN MEDLINE.

MEDLINE (PubMed)	RESULTADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Myofascial pain syndromes [Mesh]	5062	
Myofascial pain syndromes [Mesh] + límites (Links to free full text, published in the last 10 years, humans, languages spanish-english)	87	4
Low back pain [Mesh]	8470	
Low back pain [Mesh] AND myofascial pain syndromes [Mesh]	41	
Low back pain [Mesh] AND myofascial pain syndromes [Mesh] + límites (Links to free full text, published in the last 10 years, humans, languages spanish-english)	4	1
... + límites (Only items with abstracts, published in the last 10 years, humans, languages spanish-english)	18	2

TABLA 2. BÚSQUEDA EN COCHRANE LIBRARY PLUS.

COCHRANE LIBRARY	RESULTADOS	ARTÍCULOS UTILIZADOS
Lumbalgia	236	
Lumbalgia + límites (artículos publicados en los 10 últimos años)	21	1
Síndrome de dolor miofascial	0	
Puntos gatillo miofasciales	21	
Puntos gatillo miofasciales + límites (artículos publicados en los últimos 10 años)	17	3

PUNTOS GATILLO CAUSANTES DE PROBLEMAS HABITUALES

DIAGNÓSTICO

Lumbalgia

PUNTOS GATILLO HABITUALES

Cuadrado lumbar, iliopsoas, paravertebrales toracolumbares, recto del abdomen, piramidal de la pelvis, glúteos mayor y medio

Tabla 3. Puntos gatillo frecuentes responsables de la aparición de la lumbalgia.

Muchos autores apoyados por estudios previos (2-4,7,9,11,13-15,19,21-23) están de acuerdo en que el cuadrado lumbar es la causa muscular más frecuente de dolor lumbar.

Existen cuatro localizaciones en el músculo cuadrado lumbar que comúnmente refieren patrones de dolor unilaterales distintos [Figura 1] (21).

Dos localizaciones de PG son superficiales (laterales) y dos son profundas (mediales). Cada una de estas parejas tiene una zona de PG cefálica y una caudal. Los PG superficiales (laterales) refieren dolor más lateral y anteriormente que los profundos. Los PG caudales tienden a referir dolor más distalmente (21).

DISCUSIÓN

En un artículo publicado por el Dr. Simons (5), se exponía uno de los grandes enigmas de los PGM. En él, refería que los PGM son infraestudiados por los investigadores. Un ejemplo es la notable falta de literatura médica convencional que considere los PGM en los pacientes con lumbalgia, la cual se encuentra estrechamente relacionada con la disfunción músculo-esquelética del medio laboral.

En la literatura médica convencional sobre la lumbalgia se encuentra que el componente esquelético prima sobre el componente muscular (2,3,5).

Si bien, pueden darse diferentes causas para la aparición de las lumbalgias, la mayoría de ellas serán de tipo inespecífico ya que no se podrá encontrar una causa estructural aparente de las mismas. De ello se desprende la importancia de establecer la posible causa de la lumbalgia, ya que, en ausencia de alteración estructural que la explique, la causa puede residir en una alteración de tipo funcional biomecánico. De hecho, el número de lumbalgias disminuye en la tercera edad, justamente cuando las alteraciones radiológicas y de imagen son más evidentes (1,16-18). Quizás haya mayor relación con la actividad muscular durante la época laboral que con lesiones estructurales (5,7,10).

Debido a que los PGM, pese a ser tan enigmáticos, son tan comunes y constituyen tan habitualmente la causa del dolor músculo-esquelético, han sido descubiertos y citados innumerables veces por innumerables investigadores (2-15) que los han identificado y que a menudo identificaban una región anatómica particular, como por ejemplo la lumbalgia.

Son varios los autores que le dan mucha importancia al papel de la afectación de la musculatura en el seno de la lumbalgia (2,3,7,19,20,21), y más específicamente a la aparición de PGM (2,3,5,7,9,13-15,21-23).

Desde la primera mitad del siglo XX, con los estudios de la Dra. Travell, hasta las publicaciones más recientes se identifica una estrecha relación entre la lumbalgia y los PGM (9).

En concreto, un estudio de confiabilidad inter-examinadores (5) para identificar la prevalencia de los PGM en sujetos con lumbalgia, informó que el 90% de las exploraciones expertas resultaron positivas para la banda tensa palpable.

Simons encontró una prevalencia de aparición de PGM de hasta el 97% (20) en el dolor lumbar.

En la **tabla 3**, se describen algunos puntos gatillo frecuentes que son responsables de la aparición de la lumbalgia (2-4,21,23).

Varios estudios (2-4,7,9,11,13-15,19,21-23) están de acuerdo en que el cuadrado lumbar es la causa muscular más frecuente de dolor lumbar.

En un estudio interesante (7) realizado a pacientes que presentaban lumbalgia, los resultados mostraron que los PGM que más se habían activado junto con los del cuadrado lumbar (el 100% de la muestra sufrió dolor homolateral al cuadrado lumbar afectado), fueron el psoas ilíaco (50%) y el piramidal (50%) homolaterales, y los movimientos más dolorosos en la región lumbar por la activación de PGM en el cuadrado lumbar eran la extensión y la inclinación homolateral (71,4% y 50% respectivamente).

Travell refiere al psoas ilíaco como otro de los

DOLOR REFERIDO POR LOS PGM DEL CUADRADO LUMBAR

- Zona de la articulación sacro-iliaca (ASI)
- Parte inferior de la nalga
- Región sacra y glútea
- Ingle
- Trocánter mayor
- Cresta iliaca hasta el cuadrante inferior del abdomen
- Zona lateral del muslo
- Parte anterior del muslo
- Testículo y escroto

Tabla 4. Zonas de dolor referido por los PGM del cuadrado lumbar.

músculos más frecuentes que se activan en la lumbalgia (24), no siendo extraña la coexistencia con el cuadrado lumbar.

En un estudio reciente (9) realizado con 58 personas con lumbalgia crónica inespecífica, se encontró en todos los pacientes (100%), al menos, un PGM activo, que frecuentemente se situaba en el cuadrado lumbar (98%).

Los resultados de un estudio observacional prospectivo (13), mostraban que 20 pacientes que presentaban lumbalgia fueron sometidos a una exploración física exhaustiva incluyendo la búsqueda de PGM en los músculos cuadrado lumbar y piramidal, siendo positiva esta búsqueda para alguno de los 2 músculos en todos los pacientes. En la discusión se podía leer que el músculo más comúnmente afectado en un paciente con historia de lumbalgia o lumbociatalgia, es el cuadrado lumbar.

En la **tabla 4** se muestran las zonas de dolor referido por los PGM del cuadrado lumbar (3,21,25-27).

La presión mantenida sobre un PGM suficientemente irritable provoca dolor referido a otra parte del cuerpo. Este dolor acostumbra a producirse en patrones específicos característicos de cada PGM, descritos de manera bastante consistente por varios autores (21,25). Pese a su consistencia, se comprueba clínicamente que los patrones de dolor referido no son universales ni inmutables, y periódicamente se publican variantes de algunos de ellos (6).

El músculo cuadrado lumbar tiene cuatro localizaciones de PG, las cuales dos son superficiales (laterales) y dos son profundas (mediales).

Los PG de la localización cefálica superficial [localización número 1, **Figura 1A**] tienden a referir dolor a lo largo de la cresta iliaca y, a veces, al cuadrante inferior del abdomen. El dolor puede extenderse a la cara superoexterna de la ingle. Los PG superficiales más caudales [localización número 2, **Figura 1A**] pueden referir dolor al trocánter mayor y a la cara externa de la parte superior del muslo (21).

El más cefálico de los PG profundos [**Figura 1B**]

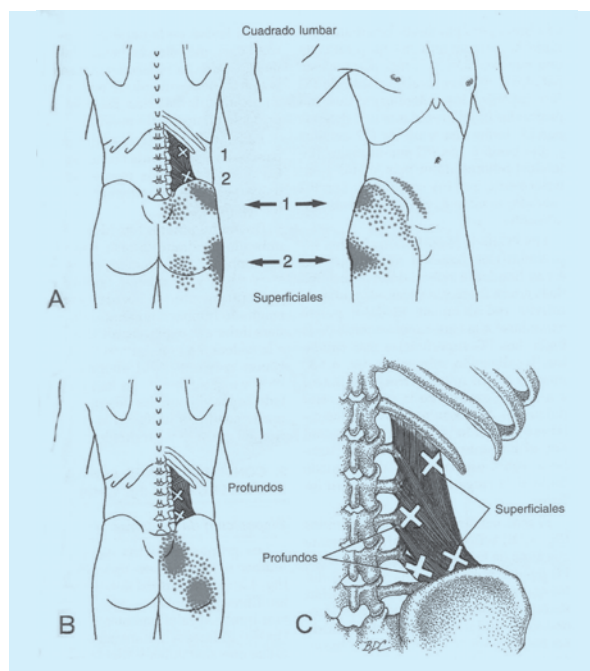


Figura 1. Patrones de dolor referido de los puntos gatillo del músculo cuadrado lumbar.

refiere dolor principalmente a la zona de la ASI; bilateralmente, estos PG pueden frecuentemente referir un dolor que se extiende a través de la región sacra superior. Los PG caudales profundos refieren dolor a la parte inferior de las nalgas (21).

Se han documentado zonas adicionales de dolor referido por el cuadrado lumbar a la parte anterior del muslo (26) y a testículo y escroto (27).

En el estudio realizado por Rodríguez Fernández, Zuil Escobar y López Andrino (7), los resultados sobre el dolor referido muestran que la región glútea es la más frecuente con un 57,1% de referencias.

Los resultados de otro estudio (15) llevado a cabo en 105 personas (14 de ellos sanos y 91 con lumbalgia) ponen de manifiesto que el punto más sensible y más frecuentemente encontrado es el que se localiza bajo la 12ª costilla en el borde del cuadrado lumbar y que ese mismo punto se ve principalmente afectado en el lado derecho (53,2%). Además se destaca que los sujetos sanos no suelen reportar ningún dolor en los puntos habitualmente sensibles.

CONCLUSIÓN

- Muchos investigadores atribuyen el dolor muscular a alteraciones musculares causadas por la existencia de PGM. Hay controversia entre los profesionales médicos para aceptar la disfunción y el dolor miofascial como entidad patológica.

- Muchos autores están de acuerdo en que la aparición de PGM en el cuadrado lumbar es la causa muscular más frecuente de dolor lumbar.

- Existen cuatro localizaciones de PGM (dos superficiales y dos profundas) en el músculo cuadrado lumbar que comúnmente refieren patrones de dolor unilaterales distintos en varias zonas del cuerpo.

BIBLIOGRAFÍA

- Ocaña Jiménez U. Lumbalgia ocupacional y discapacidad laboral. *Rev fisioter (Guadalupe)*. 2007;6(2):17-26.
- Simons DG, Travell JG, Simons LS. Dolor y disfunción miofascial. *El manual de los puntos gatillo. Volumen 1. Mitad superior del cuerpo*. 2.ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2002.
- Chaitow L, Sandy F. Cómo conocer, localizar y tratar los puntos gatillo miofasciales. Barcelona: Elsevier España; 2008.
- Gil E, Martínez GL, Aldaya C, Rodríguez MJ. Síndrome de dolor miofascial de la cintura pélvica. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;5:358-68.
- Simons DG. Revisión de los enigmáticos puntos gatillo miofasciales como causa habitual de dolor y disfunción musculoesqueléticos enigmáticos. *Fisioterapia*. 2005;27(2):103-120.
- Martínez Cuenca JM, Pecos Martín D. Criterios diagnósticos y características clínicas de los puntos gatillo miofasciales. *Fisioterapia*. 2005;27(2):65-68.
- Rodríguez Fernández AL; Zuil Escobar JC; López Andrino J. Tratamiento específico del músculo cuadrado lumbar en la lumbalgia: estudio de 14 casos. *Fisioterapia*. 2003;25:233-43.
- Ruiz M, Nadador V, Fernández-Alcantud J, Hernández-Salván J, Riquelme I, Benito G. Dolor de origen muscular: dolor miofascial y fibromialgia. *Rev Soc Esp Dolor*. 2007;1:36-44.
- Oliván Blázquez B, Pérez Palomares S, Gaspar Calvo E, Romo Calvo L, Serrano Aparicio B, De la torre Beldarraín ML, et al. Efectividad de la punción seca en los puntos gatillo miofasciales en la lumbalgia

crónica. *Fisioterapia*. 2007;29(6):270-77.

10. Gerwin RD. Factores que promueven la persistencia de mialgia en el síndrome de dolor miofascial y en la fibromialgia. *Fisioterapia*. 2005;27(2):76-86.

11. Estévez Rivera EA. Dolor miofascial. *MEDUNAB*. 2001;12(4):161-5.

12. Torres Cuelco R. Dolor miofascial crónico: patofisiología y aproximación terapéutica. *Fisioterapia*. 2005;27(2):87-95.

13. Castro M, Canovas L, García-Rojo B, Morillas P, Martínez-Salgado J, Gómez-Pombo A, et al. Tratamiento del síndrome de dolor miofascial con toxina botulínica tipo A. *Rev Soc Esp Dolor*. 2006;2:96-102.

14. Guirao Cano D, Lillo Quintana MC. Efectividad del tratamiento osteopático en pacientes con lumbalgia mecánica. *Osteopatía Científica*. 2006;1(1):17-22.

15. Guirao Cano D. Efectividad de las técnicas estructurales y funcionales en lumbalgias mecánicas [Tesis]. Escuela de Osteopatía de Madrid; 2005. Disponible en: <http://www.escuelaosteopatiamadrid.com/tesis/didacguirao.htm>.

16. Seijas Ruiz-Coello MC, Barquintero Canales C. Lumbalgia. *Jano*. 2004 Ene;66(1502):28-29.

17. Seguí Díaz M, Gervas J. El dolor lumbar. *Semergen*. 2002 Ene 1;28(1):21-41.

18. González Viejo MA, Condón Huerta HJ. Incapacidad por dolor lumbar en España. *Medicina clínica*. 2000; 114(13):491-92.

19. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. 2. *Torso Muscles*. *Postgrad Med*. 1983 Feb;73(2):81-92.

20. Simons DG. Clinical and etiological update of myofascial pain from trigger points. *J Musculoske Pain*. 1996;4:93-121.

21. Simons DG, Travell JG. Dolor y disfunción miofascial. *El manual de los puntos gatillo. Volumen 2. Extremidades inferiores*. 2.ª ed. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2004.

22. Gerwin RD. Myofascial aspects of low back pain. *Neurosurg Clin N Am*. 1991. Oct;127(6):691-4.

23. Ricard F. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2003.

24. Simons DG, Travell JG. Myofascial origins of low back pain. 1. Principles of diagnostic and treatment. *Postgrad Med*. 1983 Feb;73(2):66,68-70,73.

25. Travell J, Rinzler SH. The myofascial genesis of pain. *Postgrad Med*. 1952;11(5):425-34.

26. Sola AE, Williams RL. Myofascial pain syndromes. *Neurology*. 1956 ;6 :91-95.

27. Gustin-Good M. Idiopathic myalgia simulating visceral and other diseases. *Lancet*. 1940;2:326-28.