

J.C. Zuñil Escobar
C.B. Martínez Cepa

Universidad San Pablo-CEU.

Correspondencia:
Juan Carlos Zuñil Escobar
Universidad de San Pablo CEU
Martín de los Heros, 60
28008 Madrid
E-mail: jczuil@ceu.es

Fecha de recepción: 26/06/06
Aceptado para su publicación: 05/03/07

Síndrome del dolor miofascial como posible causa de parestesias: presentación de un caso

Miofascial pain syndrome as a possible cause of paresthesia: a case report

RESUMEN

La presencia de parestesias en el borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos suele tener su origen en la compresión de la raíz C8 o del nervio cubital. A pesar de ello, existen ocasiones en la que dicha sintomatología puede tener otra causa. Se expone a continuación un caso, en el cual el paciente presentaba, además de dolor cervical y en la cara posterior del hombro, parestesias en las zonas antes mencionadas. Durante la exploración, tanto médica como de fisioterapia, se descartó patología compresiva nerviosa. Sin embargo, en la exploración de fisioterapia, se encontró como causa de las parestesias la activación del punto gatillo miofascial del músculo redondo menor. Éste fue tratado en primer lugar mediante técnicas de compresión y estiramiento, no consiguiéndose su inhibición, para lo cual se recurrió a la utilización de punción seca superficial, seguida de estiramiento. Los síntomas desaparecieron a las 3 sesiones de tratamiento.

ABSTRACT

The presence of paresthesias in the cubital edge of the hand, fourth and fifth finger usually is related to the compression of the C8 root or the cubital nerve. In spite of it, there are occasions in which these symptoms may have other origin. A case study shows, a patient who presented both cervical and dorsal shoulder pain, as well as paresthesias in the zones aforementioned. During the medical and physical therapy examination, compressive nervous pathology was ruled out. During de physical therapy evaluation, it was found out that the paresthesias were related to the presence of an active Myofascial Trigger Point in the Teres Minor. The treatment consisted of compression techniques and stretching. Afterwards, superficial dry needling followed by stretching was needed to obtain the whole inhibition of the MTP. The symptoms disappeared after three sessions of treatment.

PALABRAS CLAVE

Parestesia; Nervio cubital; Punto gatillo miofascial; Redondo menor.

KEY WORDS

Paresthesia; Ulnar nerve; Miofascial trigger point; Teres minor.

45

INTRODUCCIÓN

La inervación sensitiva del borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos es llevada a cabo por el nervio cubital, el cual se forma a partir del cordón posterior, incluyendo las raíces C8 y D1¹. Es más, se considera que es la raíz C8^{1,2} la responsable de la inervación de dichas zonas. La presencia de parestesias en estos territorios cutáneos, por tanto, hace pensar en el algún tipo de compromiso en la raíz C8 o bien en alguna compresión del nervio cubital, encontrándose los lugares más frecuentes de compresión en dicho nervio a nivel de la fosa epitroclea-olecraneana del codo, en el canal de Guyon, la aponeurosis del cubital anterior y flexor profundo³. Sin embargo, existen algunos casos en los que aparecen parestesias en los territorios de anteriormente señalados sin que se encuentre ningún tipo de alteración en las estructuras nerviosas antes referidas. En el caso que a continuación se describe, se observa cómo esta sintomatología puede estar causada por otro tipo de alteraciones que nada tienen que ver con la patología compresiva.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 35 años, varón, que trabaja en una oficina, acude a tratamiento de fisioterapia, presentado dolor en la zona cervical, cara posterior de hombro y parestesias en la zona cubital de la muñeca, mano y cuarto y quinto dedos del miembro superior izquierdo. En la anamnesis señala que la sintomatología comenzó 3 meses antes, sin que exista antecedente traumático. También aporta informes médicos, en los que se manifiesta la realización de estudio radiológico que ha desechado la posible presencia de hernias discales a nivel cervical; sin embargo, no se han realizado pruebas médicas para valorar el estado y la conducción del nervio cubital.

En la exploración visual, no se encuentran alteraciones en la coloración ni sudoración de la piel. Debido a que al paciente se le ha realizado resonancia magnética, no se realizaron pruebas funcionales para valorar presencia de hernias discales a nivel cervical.

En la exploración se incluye la valoración de nervio cubital, para ver si existe alguna posible zona de atrapamiento del mismo. Para ello, se realizan el test descrito por David Butler⁴, el cual consiste en, encontrándose el paciente en decúbito supino, posicionar en flexión el hombro y el codo, realizándose también una pronación del antebrazo, una extensión de la muñeca y de los dedos cuarto y quinto. Se evalúa la presencia de parestesias en el trayecto del nervio cubital, así como la elasticidad del mismo. El test se realiza con la cabeza en posición neutra y en inclinación contralateral, buscando valorar posibles diferencias. Además, se realiza de forma bilateral. Al realizar estos tests, no se encuentran diferencias en la movilidad del nervio cubital entre ambos lados, no apareciendo tampoco la sintomatología. No aparecen, por tanto, los criterios considerados como positivos⁴. También se realiza palpación del nervio cubital, ya que la afectación del nervio puede mostrar dolor y alteraciones en la misma⁴; en este caso, no se encuentran diferencias respecto a la palpación del otro lado.

En la exploración también se procedió a la palpación muscular, buscando la presencia de puntos gatillo miofasciales (PGM), que pudiesen explicar el dolor cervical y de hombro que presenta el sujeto. Así, se exploran los músculos trapecio (PGM 1 y 2), angular de la escápula, deltoides, supraespinoso, infraespinoso, redondo mayor, redondo menor, serrato posterosuperior y tríceps braquial⁵. Así, la presión sostenida y mantenida, lo cual es un criterio diagnóstico⁵, sobre el PGM del redondo menor provocó las parestesias que refería el sujeto, en el borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos. Ade-

46 más, se encontraron presentes otros criterios diagnósticos de PGM activo como son: banda tensa palpable, dolor local a la presión de un nódulo de la banda tensa, reconocimiento por parte del paciente de su dolor habitual al presionar sobre el nódulo sensible y limitación dolorosa de la amplitud de movilidad al estiramiento completo⁶. Respecto al dolor en la cara posterior del hombro, se observa que los músculos responsables son el infraespinoso y el redondo menor, mientras que del dolor en el cuello, los músculos angular y trapecio.

Esto hace que el tratamiento de dicha sintomatología se oriente hacia la inhibición de dichos PGM activos. En este punto, la descripción del tratamiento se va a centrar en el redondo menor, ya que era el responsable de las parestesias, lo cual es lo más llamativo del caso. Para ello, en un principio se optó por la utilización de técnica de compresión isquémica, seguida de estiramiento, protocolo útil para la inhibición de PGM⁷.

RESULTADOS

El paciente recibió tratamiento durante 5 sesiones, centrándose la descripción realizada a continuación en la evolución de las parestesias. Las primeras 2 sesiones se realizaron con un intervalo de 3 días, ejecutándose el tratamiento antes indicado para la inhibición del PGM del redondo menor. Debido a que no se encuentra ningún tipo de mejoría en las parestesias, a pesar de que sí se produjo en otros síntomas que refería el paciente, como el dolor en la cara posterior del hombro y cuello, se optó, en la tercera sesión, por sustituir el protocolo anteriormente señalado por la punción seca. Dentro de los distintos protocolos que hay que utilizar se elige la punción superficial, la cual se considera adecuada cuando no existe fuerte espasmo muscular ni radiculopatía^{8,9} debido a que el paciente no había sido tratado nunca con técnicas de punción, mostrándose un poco reticente a técnicas que pudieran ser más molestas, así como a la efectividad de la misma⁹⁻¹², aunque algunos autores consideran más efectiva la punción profunda^{13,14}.

La punción superficial consiste en una técnica de punción en la que se utilizan agujas de acupuntura sobre la piel y tejido celular subcutáneo que se encuentran por

encima del PGM¹⁵; la aguja se introduce entre 5 y 10 mm⁹, manteniéndose durante unos 30 s, encontrándose, después, una disminución de la sintomatología local. Éste es el protocolo que se utilizó el caso descrito. Además, tal y como describe Baldry⁹, se realiza un estiramiento después de la punción, así como masaje de la zona¹⁵.

Cabe indicar que, en este caso, después de la primera sesión utilizando punción (tercera en total de tratamiento), el paciente comienza a referir una mejoría de la sintomatología, la cual se hace bastante clara en la cuarta sesión, realizada 3 días después, desapareciendo la sintomatología en la quinta, que tuvo lugar una semana después de la cuarta sesión. Además del tratamiento realizado, se dieron pautas al paciente para que, en su trabajo, intentase controlar los posibles factores de activación, como el levantamiento de pesos.

DISCUSIÓN

La posibilidad de que el síndrome de dolor miofascial provoque parestesias está ampliamente recogida en la bibliografía^{5,16,17}, siendo diversos los músculos que pueden provocar dicha sintomatología. Respecto al hallazgo aquí descrito, parestesias en el borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos, cabe destacar el estudio de Escobar et al¹⁸, los cuales presentan 4 casos en los que aparecen parestesias en el cuarto y quinto dedos, siendo la causa la activación de los PGM del redondo menor. En el caso aquí descrito, además de encontrarse la sintomatología en el cuarto y el quinto dedos, se presenta también en el borde cubital de la mano. No se han encontrado más referencias bibliográficas donde se presenten síntomas similares; es más Travell y Simons⁵ hacen referencia, dentro de la sintomatología provocada por la activación de los PGM del redondo menor, al estudio anteriormente comentado.

A diferencia del tratamiento utilizado en el caso que aquí se presenta, el cual consiste en la aplicación de punción superficial, asociada a técnicas de estiramiento y masoterapia, Escobar et al¹⁸ utilizan en su tratamiento infiltraciones de suero salino.

El escaso número de casos descritos en los que la activación del PGM del redondo menor provoca parestesias

en cuarto y quinto dedos, así como borde cubital de la mano, no permite poder afirmar con rotundidad que una causa de estas parestesias pudiera ser la activación de este PGM. Sin embargo, hay que tener en cuenta esta posibilidad, sobre todo cuando se han desechado otros posibles factores causales de esta sintomatología. Una

posible vía de trabajo será el intento de provocación de la activación del PGM del redondo menor, igual que se ha realizado en otros músculos¹⁹, a fin de poder saber si la presencia de parestesias en los territorios anteriormente señalados puede considerarse como parte de la sintomatología de dicho músculo. 47

BIBLIOGRAFÍA

1. Rouvière H, Delmas A. Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional. Tomo 3. Miembros. Sistema nervioso central. Barcelona: Editorial Masson; 1994.
2. De Sande ML. Lesiones de los nervios periféricos. En: Serra MR, Díaz J, De Sande ML (editores). Fisioterapia en neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular. Barcelona: Editorial Masson; 2005. p. 105-18.
3. Díaz J. Neuropatías por compresión o atrapamiento. En: Serra MR, Díaz J, De Sande ML (editores). Fisioterapia en neurología, sistema respiratorio y aparato cardiovascular. Barcelona: Editorial Masson; 2005. p. 188-92.
4. Butler DS. Movilización del sistema nervioso. Barcelona: Editorial Paidotribo; 2002.
5. Simons DG, Travell JG, Simons LS. Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo. Vol. 1. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
6. Martínez JM, Pecos D. Criterios diagnósticos y características clínicas de los puntos gatillo miofasciales. Fisioterapia. 2005;27:65-8.
7. Hanten WP, Olson SL, Butts NL, Nowicki AL. Effectiveness of a home program of ischemic pressure followed by sustained stretch for treatment of myofascial trigger points. Phys Ther. 2000;80:997-1003.
8. Baldry P. Management of myofascial trigger point pain. Acupunct Med. 2002;20:2-10.
9. Baldry P. Superficial versus deep dry needling. Acupunct Med. 2002;20:78-81.
10. Macdonald AJ, Macrae KD, Master BR, Rubin AP. Superficial acupuncture in the relief of chronic low back pain. Ann R Coll Surg Engl. 1983;65:44-6.
11. Edwards J, Knowles N. Superficial dry needling and active stretching in the treatment of myofascial pain. Acupunct Med. 2003;21:80-6.
12. Cummings TM, While AR. Needling therapies in the management of myofascial trigger point pain: a systematic review. Arch Phys Med Rehabil. 2001;82:986-92.
13. Ceccheerelli F, Bordin M, Gagliardi G, Carevello M. Comparison between superficial and deep acupuncture in the treatment of the shoulder's myofascial pain: a randomised and controlled study. Acupunct Electrother Res. 2001;26:229-38.
14. Itoh K, Katsumi Y, Kitakoji H. Trigger point acupuncture treatment of chronic low back pain in elderly patients – a blinded RCT. Acupunct Med. 2004;22:170-7.
15. Mayoral O. Fisioterapia invasiva del síndrome de dolor miofascial. Fisioterapia. 2005;27:69-75.
16. Mayoral O. Diagnóstico y tratamiento manual de los puntos gatillo. Ponencia. XII Jornadas de Fisioterapia: Fisioterapia en el Síndrome de Dolor Miofascial. Ponencias. Madrid: Escuela de Fisioterapia de la ONCE; 2002. p. 143-57.
17. Gerwin RD. Myofascial pain syndromes in the upper extremity. J Hand Ther. 1997;10:130-6.
18. Escobar PL, Ballesteros J. Teres minor; source of symptoms resembling ulnar neuropathy or C8 radiculopathy. Am J Phys Med Rehabil. 1988;67:120-22.
19. Hwang M, Kang YK, Kim DH. Referred pain pattern of the pronator quadratus muscle. Pain. 2005;116:238-42.