

Precordialgias de origen miofascial

AUTOR
LEISERSON, R.

*Neurocirujano-Neurólogo-Medicina Manual.
Médico Experto en Dolor Miofascial.
Ex Médico del Staff Del Centro de Dolor del
Hospital Tornú, Buenos Aires, Argentina*

La caja torácica, del punto de vista anatómico, está signada por la presencia del corazón. La presencia de sintomatología dolorosa precordial debe orientar con urgencia a certificar la existencia de una afección cardíaca isquémica y tratarla de inmediato.

Descartada la isquemia o el infarto cardíaco, se debe buscar otras causas de dolor precordial, entre las cuales algunas son más comunes que otras, y que conviene detectar para asegurar un diagnóstico y tratamiento acertado.^{1,4}

El tórax presenta abundantes terminaciones de las vías aferentes sensitivas somáticas y viscerales que siguen la vía final común y son procesadas por el encéfalo. Así se explica que las causas de dolor torácico sean muy numerosas.

El dolor de un hemitórax puede originarse en la armazón osteoperiostica de la caja torácica, en su contenido visceral, o en estructuras vecinas: hombro, cuello o abdomen (dolores reflejos).^{1,2,3,4}

Los estímulos algícos periféricos de origen somático (diafragma, periosteo, músculos con sus fascias, tendones, ligamentos, pleura) o de las vísceras abdominales también pueden ser percibidos como dolor precordial reflejo.

La presencia de lesiones neurológicas centrales o periféricas puede alterar la percepción del dolor instalando una isquemia cardíaca silenciosa, o más habitualmente dolor neuropático.

La causa más frecuente de precordialgia es la isquemia o infarto miocárdico.

En segundo término algias miofasciales, en tercer término causas ósteo-articulares de columna cérvico dorsal y costal.^{1,3}

Con una presencia menor: síndromes fibromiálgico y/o de fatiga crónica.

El origen miofascial debe ser siempre tomado en cuenta frente a una precordialgia donde la etiología cardiogénica ha sido descartada.⁴

Algias miofasciales

El dolor miofascial a menudo no es tomado en cuenta o es subestimado como etiología; por ejemplo, frente a un dolor cérvicobraquial con irradiación refleja a antebrazo, mano, y los 3 primeros dedos, el criterio diagnóstico corriente es: síndrome radicular por compresión discal. Habitualmente no se piensa en su posible origen miofascial, por ejemplo en los músculos escalenos.^{3,2,4}

Las algias miofasciales se originan en puntos gatillo (trigger points) situados en el espesor de algunos músculos o de sus fascias: pectoral mayor o menor, escalenos, paravertebrales, serrato mayor.^{1,4}

Un punto gatillo es un área puntual donde algunas terminaciones nerviosas miofasciales irritadas producen: dolor, induración, edema, calor e isquemia local (por espasmo de su arteriola satélite).¹

El dolor desde los puntos gatillo irradia a distancia, "imitando" un trayecto radicular, o bien se "expande" como los círculos concéntricos de una "diana" (tiro al blanco). Constituyendo los "mapas" del dolor.¹

El dolor miofascial se caracteriza por ser de tipo gravativo, quemante, urente, a veces acompañado de parestesias y mioclonias intramusculares.¹

Veamos que músculos pueden producir habitualmente dolor precordial:

El tratamiento de la precordialgia de origen miofascial consiste en la eliminación de los puntos gatillo por TENS, frío, acupuntura, o infiltración con proloterapia, y elongaciones musculares selectivas. El profesional deberá asimismo evaluar en la consulta la presencia de asimetrías posturales debido a contracturas-acortamientos para su corrección y posterior reeducación postural.

Caso Clínico

P.G. 40 años de edad, masculino, programador de computación; refiere estar sometido a condiciones de estrés crónico muy marcado.

En enero de 2005 instaló dolor en la región precordial, que fué en aumento, y que se extendió rápidamente a la parte izquierda de la parte media de la región dorsal, y al miembro superior izquierdo incluyendo la parte externa de la mano y los 3

primeros dedos, acompañado de estado de gran angustia.

El dolor tenía carácter quemante, urente, y mejoraba solamente al estar sentado o caminando. No se exacerbaba con las maniobras de glotis cerrada, ni tenía carácter eléctrico. Empeoraba con el decúbito.

Consultó con un traumatólogo quién lo derivó en forma urgente al cardiólogo por sospechar un cuadro isquémico coronario.

El cardiólogo no encontró clínicamente signos de sufrimiento coronario ni de insuficiencia cardíaca. Los resultados del EKG, las pruebas de laboratorio y la ergometría de esfuerzo fueron normales.

Frente a la persistencia del dolor, que devino en permanente, fué enviado en consulta a un neurólogo, quien interpretó el cuadro como de etiología radicular y le solicitó una RNM de región cervical informada en abril de 2005 como moderada protrusión posteromedial del 6to disco, y le indicó complejo B, corticoides, antiinflamatorios (ibuprofeno) y nuevo control evolutivo.

El paciente consultó a un médico experto en dolores ósteomusculares.

El examen específico (21-04-05) confirmó: dolor miofascial con múltiples puntos gatillo en los músculos pectoral mayor, pectoral menor y escalenos; y cordones fibrosos dolorosos en pectoral mayor y menor.

Se aplicó TENS (estimulación eléctrica) en los puntos gatillo de los pectorales sin resultado. Se infiltró dichos puntos gatillo y los cordones fibrosos utilizando proloterapia (xilocaína + suero glucosado hipertónico). El dolor precordial, motivo de consulta, así como el algia dorsal desaparecieron totalmente. Sin embargo persistió la braquialgia izquierda; la compresión manual de la inserción costal del escaleno medio intensificaba su dolor. Se infiltró con proloterapia, desapareciendo totalmente dicha algia braquial.

Finalmente, debido a que durante el examen la inclinación lateral de cabeza y cuello a izquierda reproducían su dolor, se exploró el raquis cervical comprobándose que la compresión de la articulación intervertebral posterior izquierda de C6-C7 reproducía e intensificaba su cérvicobraquialgia. Se completó La aplicación de manipulaciones vertebrales en C6-C7 izquierda, según la técnica del Dr. Maigne eliminó totalmente el dolor.

Se indicó continuar con Tramadol + Paracetamol a demanda y nuevo control.

Se le explicó al paciente que debería igualmente continuar con nuevos controles cardiológicos.

Resumen

Se analiza una clasificación etiológica de precordialgias: cardiogénicas y no cardiogénicas, describiendo las diferentes áreas anatómicas que pue-

den dar origen a dolor precordial.

Se destaca la urgencia de confirmar la patología cardiogénica para el inicio del tratamiento específico.

Descartado una causa cardiogénica, se subraya la oportunidad de investigar otras etiologías, especialmente miofascial y osteoarticular, consultando a un médico experto en Medicina Manual.

Se refiere los caracteres específicos de las algias miofasciales, y se representa gráficamente el área refleja de diferentes músculos del tórax, hombro y cuello para el diagnóstico de etiología miofascial precordial.

Se describe una historia típica de precordialgia miofascial y su tratamiento por TENS, proloterapia, elongaciones musculares, y manipulaciones intervertebrales selectivas.

Se concluye en la conveniencia de un tratamiento multidisciplinario de las precordialgias.

Abstract

An etiologic classification between cardiogenic and no cardiogenic chest pain etiology is settled, and the different anatomic causes that may produce precordial pain are described.

The cardiogenic origin is pointed up in order to begin an urgency treatment for ischemia.

Between other causes, the myofascial origin is emphasized, and painful target area of different muscles from thorax, shoulder and neck, mimicking a cardiogenic distribution, are described.

A typical clinical myofascial record is referred.

Myofascial pain may be certified, trigger points eliminated with TENS, acupuncture, or prolotherapy, and finally the involved muscles stretched.

Very often precordial pain requires treatment through a multidisciplinary approach, especially at associated angors.

Bibliografía

- 1) TRAVELL, J.G & SIMONS, D.G: Myofascial pain and dysfunction Williams & Wilkins 1983. vol. 1 pp731; vol. 2: pp 607
- 2) FRØBERT, O; FOSSGREEN, J; SØNDERGAARD-PETERSEN, J; HEDE, J.; BAGGER, J.P; Musculo-skeletal pathology in patients with angina pectoris and normal coronary angiograms. Journal of Internal Medicine; Mar1999, Vol. 245 Issue 3, p237, 10p
- 3) MAIGNE, R Manipulations vrtebrales Masson edit.
- 4) LEISERSON, R Curso de Dolor Miofascial -Diagnóstico y Tratamiento- 2004. No publicado