

Revista Cubana de Reumatología



Órgano oficial de la Sociedad Cubana de Reumatología y el Grupo Nacional de Reumatología
Volumen 21, Número 3; 2019 ISSN: 1817-5996
www.revreumatologia.sld.cu

ARTÍCULO DE REVISIÓN

Síndromes dolorosos musculotendinosos. Revisión de literatura

Musculotendinous painful syndromes. Literature review

Reinaldo Enrique Comboza Morales^{1*}, Andrea Abigail Miniguano Torres², Ana Belén Vargas Brazales³, Mayra Jacqueline Llerena Jinez⁴, Israel Vinicio Vargas León⁵

¹ Médico Residente. Hospital General IESS Latacunga Gineco-Obstetricia Universidad de Guayaquil. Latacunga. Cotopaxi, Ecuador.

² Médico Residente. Hospital General IESS Latacunga Gineco-Obstetricia Universidad Técnica de Ambato. Ambato. Tungurahua, Ecuador.

³ Médico Residente. Hospital General IESS Latacunga. Pediatría. Universidad Central del Ecuador. Latacunga. Cotopaxi, Ecuador.

⁴ Médico residente. Hospital General IESS Latacunga Emergencia. Universidad autónoma de los Andes. Ambato. Tungurahua, Ecuador.

⁵ Médico Residente. Hospital del día IESS Macas. Centro Clínico Quirúrgico Ambulatorio. Universidad Central del Ecuador. Macas. Morona Santiago, Ecuador

* Autor para la correspondencia: Dr. Reinaldo Enrique Comboza Morales reinaldo-enrique@hotmail.com

RESUMEN

Introducción: los síndromes dolorosos musculotendinosos se presentan a nivel de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo y pie. Manifiestan una clínica localizada y el tratamiento está

compuesto por infiltraciones locales, iontoforesis y en ciertas ocasiones TENS y ultrasonidos.

Objetivo: resumir las características de los síndromes dolorosos tendinosos.

Desarrollo: los síndromes dolorosos musculotendinosos se manifiestan a escala de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo y pie. Se identifican por presentar una clínica localizada y el tratamiento se compone de infiltraciones locales, iontoforesis y en algunos ejemplos TENS y ultrasonidos.

Conclusiones: el síndrome de dolor miofascial se concibe como un cuadro de dolor regional manifestado habitualmente en cintura escapular y pélvica. Provoca unos puntos desencadenantes del dolor y contractura muscular. El tratamiento está compuesto por control del dolor, restablecimiento de la fuerza muscular y movilidad.

Palabras clave : síndromes; síndromes dolorosos tendinosos; reumatología.

ABSTRACT

Introduction: musculotendinous pain syndromes occur at the level of the shoulder, elbow, wrist, hip, knee, ankle and foot. They manifest a localized clinic and the treatment is composed of local infiltrations, iontophoresis and, in some cases, TENS and ultrasound.

Objective: to summarize the characteristics of the tendinous pain syndromes.

Development: musculotendinous painful syndromes manifest at shoulder, elbow, wrist, hip, knee, ankle and foot scales. They are identified by presenting a localized clinic and the treatment consists of local infiltrations, iontophoresis and, in some cases, TENS and ultrasound.

Conclusions: the myofascial pain syndrome is conceived as a regional pain pattern usually manifested in the scapular and pelvic girdle. It provokes some trigger points of pain and muscular contracture. The treatment consists of pain control, restoring muscle strength and mobility.

Keywords: syndromes; tendon pain syndromes; rheumatology.

Recibido: 17/02/2017

Aprobado: 22/05/2019

INTRODUCCIÓN

Los síndromes dolorosos musculotendinosos se presentan a nivel de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo y pie. Manifiestan una clínica localizada y el tratamiento está compuesto por infiltraciones locales, iontoforesis y en ciertas ocasiones TENS y ultrasonidos. El síndrome de dolor miofascial presenta un cuadro de dolor regional que sucede usualmente en cintura escapular y pélvica. Manifiesta unos puntos desencadenantes del dolor y contractura muscular. El tratamiento se compone de control del dolor, restablecimiento de la fuerza muscular y movilidad.⁽¹⁾

En el hombro, la afectación del manguito rotador se da con mayor frecuencia, con la aparición de tendinitis, desgarró o rotura. Los pacientes más jóvenes la sufren de manera aguda, y generalmente debido a traumatismos o sobrecarga. Ya en la adultez se manifiesta de forma gradual por las mutaciones crónicas que presenta el tendón dañado. La abducción, la elevación y el movimiento del

brazo hacia atrás producen dolor. Las calcificaciones de los tendones pueden observarse mediante Rx, ecografía o RM, lo que también puede revelar ya desgarros o roturas.

El dolor de hombro resulta una problemática habitual, tiene el tercer puesto en la patología musculoesquelética manifestada en la práctica clínica y concierne a 5 % de las consultas de medicina general. Su incidencia por año se aprecia de 6.6 a 25 casos por 1000 pacientes, y resulta más habitual entre la cuarta y sexta décadas del ciclo vital. Se concibe como la segunda causa de dolor tras el de rodilla en deportistas, en quienes 6 a 13 % de las lesiones comprometen al hombro y son cerca del 4 % de las patologías atendidas en urgencias. El síndrome del manguito rotador del hombro circunscribe un grupo de entidades que afectan el funcionamiento apropiado de la articulación del hombro y causan dolor, relacionado o no con rigidez de los elementos musculotendinosos.(2)

En primer lugar, el tratamiento debe centrarse en la interrupción de los movimientos que causan el dolor. En este empeño, el empleo de AINE y la terapia física han demostrado su efectividad, aunque también puede lograrse el alivio del paciente mediante la infiltración con corticoides en la bolsa subacromial. Por último, y en caso de ser necesario se puede recurrir a la intervención quirúrgica.

Cuando mediante Rx se detectan depósitos sobre los tendones, principalmente en el supraespinoso, se habla entonces de las tan dolorosas tendinitis cálcicas. Estos dolores pueden combatirse bloqueando el nervio supraespinoso mediante la aplicación de anestésicos locales o con la ayuda de la radiofrecuencia pulsada. También resulta funcional proceder con iontoforesis sobre los puntos dolorosos usando corticoides y anestésicos locales, sin olvidar la neuroestimulación transcutánea.

En el codo encontramos con más frecuencia la epicondilitis, derivada de una lesión musculotendinosa del extensor común, y de la cual, en muchos casos, no es posible encontrar los factores desencadenantes. La sensación del dolor se da sobre el epicóndilo. El reposo moderado sería el tratamiento sugerido, ya que generalmente los AINE no han demostrado eficacia. Según la experiencia, sí se obtienen resultados positivos de la iontoforesis con anestésico local y los corticoides, además del sometimiento a ultrasonidos para menguar el dolor, y el uso de neuroestimulación transcutánea.

La flexoextensión ocurre esencialmente a expensas de la articulación humeroradial. Las superficies articulares están compuestas por la tróclea humeral y la cavidad glenoidea del cúbito. La cápsula articular resulta débil por delante y por detrás, pero está reforzada por los lados por los ligamentos colaterales radial y cubital. Estos ligamentos y los ligamentos de los músculos bíceps braquial, braquial anterior y tríceps braquial fijan las estructuras que interceden en la flexoextensión. Existe una bolsa serosa olecraniana que facilita el deslizamiento del tendón del tríceps braquial.⁽³⁾

La muñeca puede verse afectada por la tenosinovitis de De Quervain, estenosis del abductor largo del pulgar y extensor corto, causada por el excesivo uso de la muñeca y la mano. La artritis reumatoidea o psoriásica y los traumatismos directos también pueden ser causantes de este padecimiento que se manifiesta con dolor en la región radial de la muñeca y en la base del pulgar. El calor local, AINE o la inmovilización con férula son las opciones de tratamiento en algún caso, mientras que en otros se debe recurrir a corticoides en infiltración local o a iontoforesis, o a la descompresión quirúrgica.

En la cadera es habitual la afectación de la bursitis trocantérica que provoca un dolor profundo; este puede sentirse como quemante en la cara lateral de la cadera y el muslo. Crece cuando se camina y disminuye en reposo, sin embargo, alcanza su grado máximo de dolor en la noche, fundamentalmente en el decúbito lateral. En Rx se definen las irregularidades del trocánter o determinadas calcificaciones peritrocantéricas. El tratamiento incluye reposo, infiltraciones locales o iontoforesis mediante

anestésicos locales y corticoides. De efectividad demostrada son los ultrasonidos y la neuroestimulación transcutánea.

La rodilla presenta generalmente la bursitis prerrotuliana, de la pata de ganso o anserina y la tendinitis rotuliana. Para todas se recomienda reposo, pero los AINE disminuyen el dolor. También es necesaria a veces la inyección local de anestésico local y los corticoides, además de la iontoforesis o la neuroestimulación transcutánea.

En el tobillo y el pie se da la tendinitis del Aquileo, debido a traumatismos por repetición y pequeños desgarros. Se recomienda reposo y alzar el calzado para impedir el estiramiento del tendón cuando se camina; también AINE, estiramientos o calor local. Las infiltraciones con corticoides están contraindicadas ya que pueden derivar en rotura de tendón. El dolor más común en el talón es la fascitis plantar causada por la repetición de microtraumatismos que provocan roturas en la fascia plantar. Entonces, al apoyar el talón surge el dolor en la superficie del talón. Para este caso se recomiendan reposo, AINE, calor local y plantillas blandas a nivel del talón en el calzado, además de la infiltración con anestésicos locales y corticoides.

El síndrome de dolor miofascial concentra el dolor regional en la cintura escapular y pélvica. Los puntos que desencadenan el dolor se descubren explorando exhaustivamente la zona, porque pueden pasar inadvertidos. La contractura muscular se puede localizar cuando se presiona un punto que produce intenso dolor local y a distancia denominado punto gatillo. Estas bandas musculares contraídas y los puntos dolorosos se han encontrado también en la fibromialgia y en algunos pacientes sanos.

La apreciación de este síndrome se dificulta a veces, y por esta razón han surgido como mejores técnicas de valoración, la algometría de presión y la termografía. A diferencia de la fibromialgia como proceso generalizado, este síndrome es un proceso con dolor regional. No obstante, los criterios de especialistas siguen sin encontrar uniformidad, pues, por una parte, se sostiene que los síndromes miofasciales son epifenómenos debidos a sobrecargas mecánicas reconocibles, y por otra se entienden como una forma localizada de fibromialgia. Los puntos dolorosos miofasciales y los de la fibromialgia suelen tener semejanza, pero los primeros son contiguos, no generalizados y en menor cantidad. Así que resulta aceptable que ambos padecimientos compartan una misma fisiopatología, pero su diferencia radica en la intensidad de sus síntomas y signos.

El tratamiento, que incluye varias medidas, se debe enfocar en controlar el dolor, reponer la fuerza muscular y el movimiento.

El síndrome de la fibromialgia se caracteriza por un estado doloroso crónico, generalizado y no articular, en el que predomina una afectación muscular con ausencia extrema de sensibilidad en varios puntos predefinidos. Sin embargo, no existen alteraciones orgánicas demostrables. La edad promedio de su comienzo es a los 49 años, y se presenta con mayor frecuencia en mujeres con respecto a los hombres (proporción 8 a 1). Su etiología se desconoce.

Según algunos autores, su fisiopatología es de origen periférico, mientras que para otros es de origen central. Se consideran de peso los trastornos del sueño, los factores psicológicos y el dolor crónico. Está descartada la implicación de factores periféricos locales o generalizados, que revelen el compromiso del músculo en la patogenia del síndrome, por desuso o alteraciones en la microcirculación, sobre una miopatía primaria.

Sí se tiene como certeza que el nivel de serotonina está relacionado con el número de puntos gatillos, el dolor sin causa definida y las alteraciones del sueño; en pacientes con fibromialgia se han hallado niveles de triptófano más bajos que en pacientes controles. En el genotipo de la región reguladora del gen de la serotonina, también se han detectado alteraciones.

Los pacientes con fibromialgia presentan un aumento del tipo S/S del gen que transporta 5-HT, con respecto a individuos sanos. También han llamado la atención los cambios cíclicos que la intensidad del dolor provoca debido a la presión en los puntos gatillo, a la vez concomitante con los ciclos menstruales femeninos. Además, se han encontrado niveles superiores de líquido cefalorraquídeo, a pesar de que los niveles plasmáticos de la sustancia P sean normales en las personas que padecen fibromialgia.

Aparentemente la patogenia también está relacionada con el síndrome de los receptores Nmetil-D-aspartato, cuando son activados. Además, se ha descubierto agregación familiar, quizás vinculada con la predisposición genética, con mayor presencia del HLA DR53 en mujeres con dolor del músculo esquelético generalizado. Pero no existe relación entre la presencia de fibromialgia y el poliformismo del gen de la serotonina.

En mujeres con fibromialgia se han encontrado deficiencias en dehidroepiandrosterona y testosterona, a la vez que los niveles séricos de hormona del crecimiento basal, se han hallado bajos en la fibromialgia.

Los criterios de diagnóstico parten de los expuestos en 1990 por el Colegio Americano de Reumatología (ACR). Aunque es poco frecuente detectar sinovitis, pero sí cansancio o debilidad muscular, el examen físico puede develar tumefacción de articulaciones o partes blandas. Son comunes el espasmo muscular o las bandas de tensión cerca de las alas de los ilíacos. Además, se siente hipersensibilidad cutánea y dermatografismo si se pellizca la piel. Las piernas pueden mostrar un aspecto moteado, fundamentalmente si han estado sometidas al frío, pero el aspecto más elocuente en este sentido es el surgimiento de puntos sensibles.

La fibromialgia no se concibe como una enfermedad invalidante, aunque sí incapacitante, identificar el nivel de incapacidad resulta arduo por no manifestarse pruebas objetivas que lo prueben. Producto de las repercusiones laborales y sociosanitarias que manifiesta la enfermedad resulta significativo encontrar mecanismos y posturas de trabajo apropiadas. El rol del fisioterapeuta resulta notable en la ergonomía, al poder identificar factores de riesgo en el trabajo según las dolencias que se manifiesten, proponer soluciones y programas de intervención y acordar etapas de descanso en la jornada laboral.⁽⁴⁾

Las investigaciones de tipo poblacional ejecutadas, por ejemplo, en Suecia, dan fe de una prevalencia de la fibromialgia de un 10 %, y los realizados en Noruega del 10,5%. En la consulta de reumatología, corrientemente entre un 14 % y un 20 % de los pacientes tiene como primer diagnóstico la fibromialgia. Es más habitual en mujeres (73%-88 %) con una media de edad en el momento inicial que oscila entre los 34 y los 57 años, según la población bajo análisis. El American College of Rheumatology pauta la edad media de inicio en 49 años; el 89% de las pacientes son mujeres, de las que el 91,3 % son de raza caucásica, el 5 % hispana y el 1 % negra. En un estudio del grupo de Wolfe la fibromialgia resulta ocho veces más usual en mujeres que en hombres. En España, el estudio EPISER, efectuado por la Sociedad Española de Reumatología, identificó una prevalencia de 3,4 % en mujeres y 0,6 % en hombres.⁽⁵⁾ Se resumen las características de los síndromes dolorosos tendinosos.

DESARROLLO

Numerosos investigadores,⁽⁶⁻⁹⁾ han estudiado desde disímiles perspectivas los Síndromes dolorosos musculotendinosos.

Arroyo,⁽¹⁰⁾ quien descubre prematuramente patologías de pie en niños y plantea un abordaje kinésico, concluye que dentro de las patologías de los dedos las más significativas son la manifestación de dedos en garra (70 %), que provoca que la articulación metatarso-falángica está estirada desmesuradamente mientras que las articulaciones de la parte media y del extremo del dedo están flexionadas. Quintus varus (56 %), el cual está provocado por a la angulación del quinto metatarso hacia adentro. Cabalgamiento de los dedos (48 %), deformidad habitual en la que los dedos se hallan encimados unos sobre otros sobre todo afectan al segundo, tercero y cuarto dedo; y por último se relata la presencia de hallux valgus (21 %), desviación de la articulación metatarsofalángica, suele comportarse como bilateral y posee carácter hereditario; habitualmente se identifica en edad juvenil entre 8 a 10 años.

Por su parte, Russi,⁽¹¹⁾ requiere transformar la calidad de vida en casos con dolor osteomuscular a través de la terapia neural en la consulta externa. El autor determina que la utilización de la terapia neural mejora de forma notable la puntuación en tres de las categorías de la escala de calidad de vida SF-36: actividades físicas, desempeño físico y salud general. Se estima además una propensión a la mejoría de la puntuación de las demás categorías de la escala de calidad de vida.

En tanto, Lozano,⁽¹²⁾ quien mediante láser trata el síndrome de hombro doloroso, concluye que el síntoma que mejoró significativamente con este tratamiento fue el dolor en 214 casos (93.85 %), seguido de impotencia funcional en 174 casos (76.31 %), insomnio, cambios de carácter y rigidez de hombro. El de hipotrofia muscular debido al tiempo de la enfermedad fue el que menos mejoró, al no lograrse cambio alguno en 14 casos (6.14 %).

Torres, Quesada y Castro,⁽¹³⁾ quienes comparan la eficacia de diversas modalidades fisioterapéuticas para el abordaje del dolor en casos con Síndrome de Pinzamiento, exponen que las guías pueden direccionarse de la siguiente manera: 1) TENS, termoterapia y modalidad cinética, 2) Ultrasonido, crioterapia y modalidad cinética, 3) Corriente interferencial y modalidad cinética, 4) Rayos infrarrojos y modalidad cinética y 5) Láser de Helio-Ne y modalidad cinética.

Otra investigación realizada por Ventura y Cerdán,⁽¹⁴⁾ demostró que el pinzamiento subacromial resultó positivo en más de la mitad de los casos con síndrome de hombro doloroso y su funcionalidad se comportó limitada en todas sus dimensiones: dolor, discapacidad, movilidad funcional y fuerza muscular.

Por lo tanto, diversos factores de riesgo condicionan la osteoartrosis, pueden clasificarse en los que predisponen a una artrosis generalizada y los que producen anomalías biomecánicas en una articulación determinada: demografía, genética, obesidad y sobrecarga.⁽¹⁵⁾

CONCLUSIONES

Los síndromes dolorosos musculotendinosos se manifiestan a escala de hombro, codo, muñeca, cadera, rodilla, tobillo y pie. Se identifican por presentar una clínica localizada y el tratamiento se compone de infiltraciones locales, iontoforesis y en algunos ejemplos TENS y ultrasonidos. El síndrome de dolor miofascial se concibe como un cuadro de dolor regional manifestado habitualmente en cintura

escapular y pélvica. Provoca unos puntos desencadenantes del dolor y contractura muscular. El tratamiento está compuesto por control del dolor, restablecimiento de la fuerza muscular y movilidad.

La exploración física puede identificar tumefacción de articulaciones o partes blandas, pero es infrecuente hallar sinovitis. También se puede identificar cansancio o debilidad muscular. La manifestación de espasmo muscular o bandas de tensión suelen ser hallazgos frecuentes, al situarse cerca de las alas de los ilíacos. Existe hipersensibilidad cutánea y dermatografismo al pellizco de la piel. En las piernas puede manifestarse un aspecto moteado, generalmente tras exponerse a bajas temperaturas. Ciertamente el dato más fiable es la identificación de puntos sensibles.

El tratamiento farmacológico está compuesto por los antidepresivos tricíclicos (amitriplina entre 10 a 50 mg. día⁻¹) en dosis única nocturna. El tratamiento físico y rehabilitador se modificará según la clínica y está compuesto por ejercicios aeróbicos para la mejora del estado físico. Debe impedirse las bajas temperaturas, la humedad, la sobrecarga posicional y el estrés.

Las alteraciones psicológicas se abordan con programas de modificación del comportamiento, técnicas de retroalimentación y terapia conductual-cognitiva en situaciones de trastornos de la personalidad.

REFERENCIAS

1. Rodríguez JL. Dolor osteomuscular y reumatológico. Rev. Soc. Esp. Dolor. 2004; 11:94-102.
2. Prado RP, Guevara JE, Vázquez B, Mena JM, Domínguez E, Gaytán S, Torres RM. Cirugía por síndrome del manguito rotador. Utilidad del ultrasonido. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2012;50(1):113-6.
3. Hazañas S, Conde M, Enríquez E, Jiménez D, Ruiz J. Codo doloroso [Internet]. Medynet (Málaga, España); 2015 [actualizado 15 Sep 2015; citado 8 mar 2019]. Disponible en <http://www.medynet.com/usuarios/jraguilar/Manual%20de%20urgencias%20y%20Emergencias/cododolo.pdf>
4. Rocha M, Benito E. La fibromialgia: fundamentos y tratamiento. Biociencias. 2006;4(1):3-18.
5. Valls C. Diagnóstico diferencial del dolor y de la fibromialgia. Anuario de Psicología. 2008;39(1):87-9.
6. Martínez A, Trénor P, Domínguez JA, Romero MF, Liron J. Una causa poco frecuente de hombro doloroso. Rev. Sociedad Val. Reuma. 2007;2(2):45-8.
7. Camacho JJ, gallegos RA, Iturralde JM (dir). Disminución del dolor y mejoramiento de la funcionalidad de miembros afectados en pacientes diagnosticados de tendinopatía y dolor musculotendinoso refractarios a tratamientos convencionales, posterior al tratamiento con ondas de choque extracorpóreas, del Centro "Traumatología & Ortopedia. Medicina del deporte", consulta privada del "Centro Médico Meditropoli", Quito-Ecuador. [tesis de grado en Internet]. [Quito, Ecuador]: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2013 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5888>
8. Paternina CG, Eizayaga FX (dir). Síndrome Fibromiálgico: Desafío para la medicina convencional y oportunidad para la Homeopatía [tesis de maestría en Internet]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2015 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/49110/>

9. Becerril P, Negrete J, Chávez E. Resultados funcionales de la aplicación de toxina botulínica tipo A contra antiinflamatorios orales en la rehabilitación de síndrome de hombro doloroso por lesión del mango de los rotadores. *Acta Ortopédica Mexicana*. 2014;28(5):265-72.
10. Arroyo M, Tur GB (dir). Detección precoz de patologías de pie en la infancia y su abordaje kinésico [tesis de grado en Internet]. [Argentina]: Universidad FASTA; 2013 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://redi.ufasta.edu.ar:8080/xmlui/handle/123456789/104>
11. Russi JE, Panche, OH (dir). Modificaciones en la calidad de vida en pacientes con dolor osteomuscular tratados con terapia neural en la consulta externa [tesis de maestría en Internet]. [Bogotá, Colombia]: Universidad Nacional de Colombia; 2012 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/7252/1/598614.2012.pdf>
12. Lozano V. Tratamiento con láser del síndrome de hombro doloroso [tesis de maestría en Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2003 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/1784/Arias_nv.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. Torres SL, Quesada SC, Castro N. Comparación de la Eficacia de Diferentes Modalidades Fisioterapéuticas para el Manejo del Dolor en Pacientes con Síndrome de Pinzamiento. *Umbral Científico*. 2007;10:80-93.
14. Ventura YS, Cerdán HJ. Pinzamiento subacromial y funcionalidad en pacientes con síndrome de hombro doloroso del servicio de medicina física y rehabilitación del hospital San Juan de Lurigancho, 2017 [tesis de maestría en Internet]. [Lima, Perú]: Universidad Privada Norbert Wiener; 2017 [citado 8 mar 2019]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/1153>
15. Rodríguez JL. Dolor osteomuscular y reumatológico. *Rev. Soc. Esp. Dolor*. 2004;11:94-102.

Conflicto de interés:

Los autores refieren no tener conflicto e interés.