

# *Sindrome de dolor miofascial en la epicondilitis*

**S. Ma Fernandez Blazquez.** *Fisioterapeuta n° 3294 del Ilustre Colegio Profesional de Fisioterapeutas de la Comunidad de Madrid.*

## **RESUMEN**

Con este trabajo se pretende poner de manifiesto la implicación del síndrome de dolor miofascial en el proceso de la epicondilitis.

Para ello se realizó un estudio sobre un paciente de 53 años diagnosticado y tratado de epicondilitis, a quien se realizó una exploración buscando posibles puntos gatillo relacionados con su dolencia.

Como criterios diagnósticos esenciales se emplearon los siguientes: presencia de una banda tensa palpable; dolor local agudo a la presión de un nódulo en una banda tensa; reconocimiento por parte del paciente de la queja dolorosa habitual al presionar sobre el nódulo sensible y limitación dolorosa de la amplitud de movilidad al estiramiento completo.

Tras la detección de cuatro puntos gatillo [en el tríceps (puntos 1 y 2)], en el extensor radial largo del carpo y en el supinador, se procedió a realizar un programa de tratamiento que constaba de punción profunda, estiramiento con *spray* y movilizaciones activas, libres de las articulaciones afectadas.

Finalizadas tres sesiones de tratamiento el problema del que se quejaba el paciente desapareció, por lo que, como conclusión, podemos decir que, en este caso, la epicondilitis tuvo una implicación miofascial que demuestra dicha relación.

*Palabras clave:* síndrome de dolor miofascial; epicondilitis; Fisioterapia.

## **ABSTRACT**

This study has the objective to demonstrate the implication of myofascial pain syndrome in the tennis elbow.

The study has been developed in a 53 years old patient diagnosed and treated of tennis elbow. An exploration was developed to look for the presence of myofascial trigger points related with his pain.

The fundamental diagnostic criteria were: presence of a tight palpable band; specific local pain because of the pressure on the trigger point; recognition of this specific local pain as his habitual pain; pain limitation of the movement because of the complete stretching.

Later of detect four trigger points, a treatment program of dry needling, spray and stretch and free-active mobilizations of affected joints was developed.

Then of three treatment sessions the problem of the patient disappeared, which suggest the myofascial implication in the tennis elbow.

*Key Words:* myofascial pain syndrome; tennis elbow, Physical Therapy.

## INTRODUCCIÓN

La epicondilitis[1] es una patología que afecta frecuentemente a adultos de edades comprendidas entre los 30 y los 55, principalmente en la población atlética, y en especial en tenistas.

Consiste en la inflamación de los tendones de la musculatura epicondilea como consecuencia de microtraumatismos repetidos, sobrecarga, etcétera.

Al ser una patología musculotendinosa el hecho de pensar en un posible origen miofascial no resulta descabellado.

El objetivo de este trabajo es poner de manifiesto la relación existente entre el síndrome de dolor miofascial y la epicondilitis, y comprobar el efecto que el tratamiento de los puntos gatillo tiene sobre esta patología.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Para poner de manifiesto esta relación se realiza un estudio sobre un paciente de 53 años diagnosticado de una epicondilitis lateral en el codo derecho.

El inicio del problema data de varios meses (aproximadamente 10), pero no es hasta 2 meses atrás cuando el dolor se agudiza como consecuencia de la realización de un esfuerzo prolongado y brusco (partir leña). Esta reactivación llevó a este paciente a recibir un total de 20 sesiones de Fisioterapia en un centro donde se le realizó masaje transverso profundo en los tendones de la musculatura epicondilea (2 veces por semana), estiramientos de esa misma musculatura, aplicación de láser en el epicóndilo y ultrasonido.

Tras recibir este tratamiento se experimentó una mejoría notable, pero perdura-

ron ciertas molestias ante determinados movimientos y zonas aún dolorosas.

Así pues, cuando el paciente llega a consulta se piensa en un posible origen miofascial del problema y se procede a realizar un diagnóstico[2] en el que se tienen en cuenta unos criterios esenciales para la detección de posibles puntos gatillo miofasciales, como:

- Presencia de una banda tensa palpable.
- Dolor local a la presión del punto gatillo.
- Aparición de dolor referido a la presión de ese punto.
- Reconocimiento por parte del paciente de ese dolor como propio.
- Limitación de la amplitud de movilidad debido al acortamiento de la musculatura que presenta puntos gatillo.

En la tabla 1 se muestran los criterios habituales recomendados para diagnosticar un punto gatillo miofascial.

Además, conviene tener en cuenta también el factor que reactiva la dolencia. En este caso el paciente lleva largo rato partiendo leña, por lo que está sobrecargando, entre otros, los músculos encargados de flexionar el codo, manteniendo el antebrazo en pronación, y los inclinadores cubitales de muñeca, así como los encargados de mantener una presa potente, flexores y extensores de dedos.

Aim así, antes de pasar a explorar el músculo por el músculo conviene atender a otros factores que puedan indicar la localización de los posibles puntos gatillo, por lo que en primer lugar se procede a delimitar la zona de dolor que siente el paciente.

En este caso, el paciente presenta un dolor constante de baja intensidad (se em-

TABLA 1. Criterios recomendados para identificar un punto gatillo activo o latente

<i>Criterios esenciales</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Banda tensa palpable (si el músculo es accesible)</li> <li>2. Dolor local exquisito a la presión de un nódulo en una banda tensa</li> <li>3. Reconocimiento por parte del paciente de la queja dolorosa habitual al presionar el nódulo sensible (para identificar un punto gatillo activo)</li> <li>4. Limitación dolorosa de la amplitud de movilidad al estiramiento completo</li> </ol>
<i>Observaciones confirmatorias</i>
<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Identificación visual o táctil de respuesta de espasmo local</li> <li>2. Imagen de una respuesta de espasmo local inducida por la inserción de una aguja en el nódulo sensible</li> <li>3. Dolor o alteración de la sensibilidad (en la previsible distribución de un punto gatillo en ese músculo) al comprimir el nódulo sensible</li> <li>4. Demostración electromiográfica de actividad eléctrica espontánea característica de loci activos en el nódulo sensible de una banda tensa</li> </ol>

plea una escala numérica [3-14] del 0 al 10, donde 0 es ausencia de dolor y 10 es el máximo dolor conocido por el paciente), que califica con un 3, y que aumenta con la realización de determinados movimientos como abrir cerraduras o transportar pesos.

El dolor está localizado principalmente en la región epicondilea, pero también se encuentra por la cara posterior del brazo hasta detrás del hombro, por el antebrazo en su cara radial y dorsal, en la región dorsal de la muñeca y en la estiloides cubital (figura 1).

Posteriormente, en una primera valoración, se aprecia que el paciente llega con el codo derecho ligeramente más flexionado que el izquierdo. Activamente puede realizar la extensión del mismo aunque al final del recorrido aparece un dolor localizado en el pliegue antecubital y en el epicondilo.

Presenta dificultades para realizar el movimiento de prensión (la pinza que hace es débil) y gestos como abrir cerraduras y cargar pesos le provocan dolor.

Igualmente aparece dolor a la percusión del epicondilo.

Estos datos unidos a la descripción del patrón de dolor que siente el paciente, y comparados con los patrones de dolor referido descritos por la Dra. Travell<sup>151</sup> indican que los músculos que pueden estar afectados son el supinador, los extensores de muñeca y dedos, el tríceps y el braquiorradial.

Además, convendría valorar también el supraspinoso, el extensor del 4° y 5° dedo y el anconeo, por su relación con el dolor epicondileo.

## EXAMEN DE LOS PUNTOS GATILLO

### Supinador

El supinador<sup>61</sup> es un músculo cuyos puntos gatillo se localizan cerca de la capa superficial del músculo, en la cara ventral del radio. Refieren dolor principalmente al epicondilo lateral y a la cara lateral del codo que lo rodea.

Si un paciente presenta un punto gatillo activo en este músculo, movimientos como abrir cerraduras o transportar pesos con el codo en extensión provocan dolor.

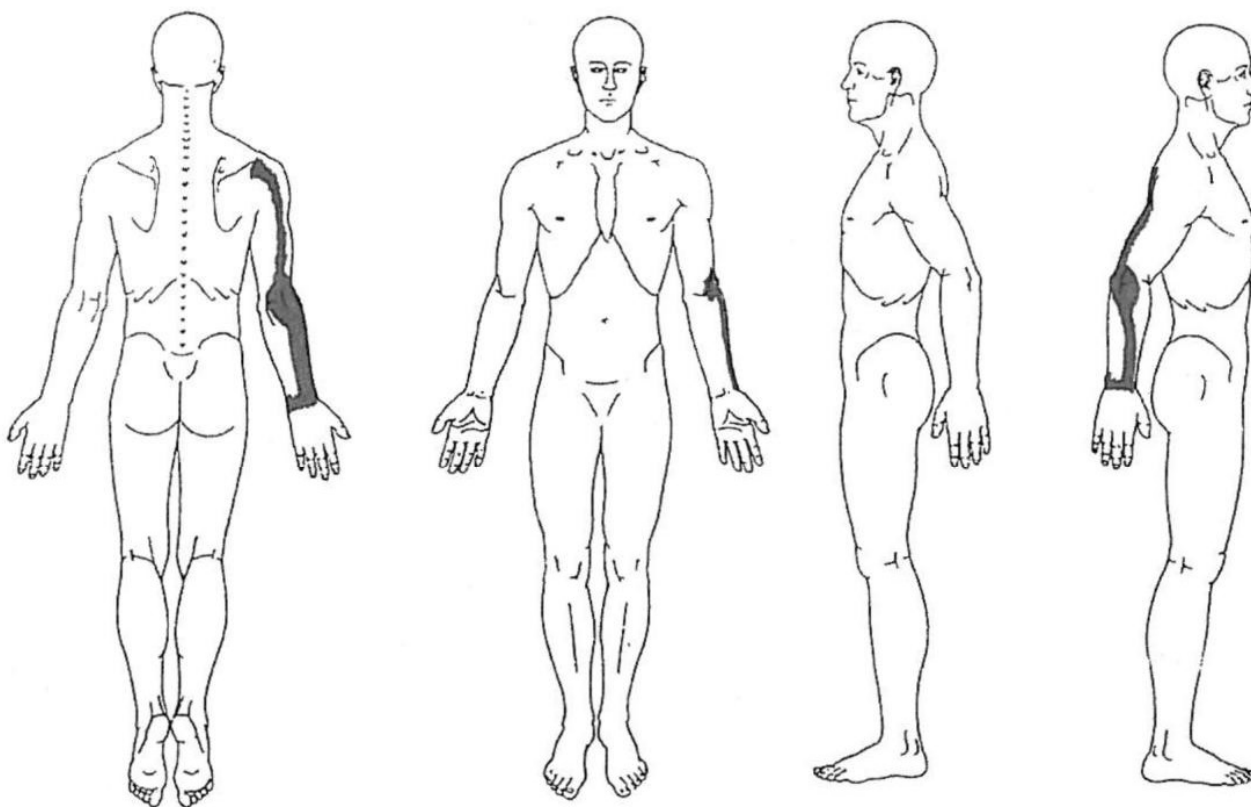


Fig. 1. Patrones de dolor manifestado por el paciente.

En el examen del paciente, observamos que al realizar el estiramiento del músculo (pronando el antebrazo y extendiendo el codo simultáneamente) no existe restricción de movilidad aunque sí aparece dolor al final del movimiento.

Igualmente, para comprobar la fuerza del músculo, se pide una contracción contra resistencia y se observa que existe una limitación dolorosa a esta demanda.

El recorrido de las articulaciones radio-cubitales proximal y distal, humerocubital y humeroradial es normal.

Para la exploración de los posibles puntos gatillo miofasciales, el brazo se coloca en supinación (de otra manera los puntos gatillo podrían estar cubiertos por el cubito). Se utiliza la palpación plana a través

de la cual encontramos la presencia de una banda tensa y de un punto más sensible a la presión dentro de ella. La presión directa de ese punto provoca dolor en el epicóndilo, que es reconocido por el paciente como «su dolor».

No se obtiene respuesta de espasmo local.

Todo esto indica la presencia de un punto gatillo activo en el músculo supinador.

### Extensores de la muñeca

#### — Extensor radial largo del carpo [6L

Los puntos gatillo del extensor radial largo se encuentran en el antebrazo, a pocos centímetros del codo (al igual que los del braquiorradial), pero más próximos al cubito.

Estos puntos refieren dolor al epicondilo lateral y al dorso de la mano (hacia la zona de la tabaquera anatómica).

Al valorar la posible presencia de puntos gatillo en este músculo, observamos una restricción de la longitud al estiramiento que es dolorosa (se realiza con el paciente sentado, con el codo en extensión y el antebrazo en pronación, ahadiendo tensión a través de la flexión de muñeca). E igualmente la contracción contra resistencia provoca dolor.

La movilidad tanto del codo como de la muñeca son normales, aunque al final del recorrido articular aparece dolor provocado por el estiramiento de los músculos.

En la palpación, el paciente se encuentra en sedestación con el antebrazo relajado sobre una superficie, el codo ligeramente flexionado (aproximadamente 30°) y con la muñeca colgando por el borde de la superficie de apoyo. La palpación se realiza en pinza y, en este caso, se localiza la presencia de una banda tensa y de un foco más sensible cuya compresión produce el dolor referido típico de este músculo que, además, es reconocido como propio por el paciente.

Mediante la palpación súbita de la banda tensa se obtiene una pequeña respuesta de espasmo local que provoca una inclinación radial de la muñeca con una ligera extensión.

La exploración tanto del extensor radial corto del carpo como del extensor cubital no indica la presencia de puntos gatillo en ellos.

## Triceps

En el triceps [6] se distinguen hasta cinco zonas de puntos gatillo que refieren

dolor tanto hacia arriba como hacia abajo por la cara posterior del brazo, al epicondilo y a la región suprascapular.

En el examen del paciente se aprecia cierta limitación dolorosa en la extensibilidad del músculo. Esta valoración se realiza con el paciente en supino y con flexión de codo y hombro. Además, el gesto de aproximar el brazo a la oreja con el codo extendido provoca dolor en la región del tríceps, lo que indica que posiblemente la cabeza larga del mismo presente algún punto gatillo que provoca su acortamiento.

La contracción contra resistencia del músculo también es dolorosa y el hecho de mantener el codo extendido contra una carga resulta doloroso, lo que hace pensar en la afectación de las cabezas medial o lateral.

La movilidad del hombro es normal y en el codo los recorridos están completos pero aparece dolor al final de los mismos.

La percusión del epicondilo resulta dolorosa.

Para la exploración de los puntos gatillo del tríceps el paciente se encuentra en sedestación.

El punto gatillo 1 refiere dolor a la cara posterior del brazo hasta detrás del hombro y, a veces, hacia abajo por el dorso del antebrazo. Se localiza en la cabeza larga del tríceps, aproximadamente en la parte medial del músculo.

Con la palpación en pinza se aprecia la presencia de bandas tensas sensibles a la presión y de un foco más sensible a cuya compresión genera un dolor que llega hasta detrás del hombro pasando por la parte posterior del brazo y que es reconocido por el paciente como propio.

La palpación súbita de la banda tensa provoca respuesta de espasmo local.

El punto gatillo 2 se localiza en la parte media de las fibras más laterales de la ca-

beza medial, en la portion distal del brazo, a 4-6 centímetros del epicondilo, donde se refiere principalmente el dolor.

Se emplea para su localización la palpación plana, a través de la cual se aprecia la existencia de diversas bandas tensas y de un punto más sensible cuya compresión provoca dolor referido al epicondilo que es donde siente más molestias.

La exploración de los puntos 3, 4 y 5 no muestra la presencia de ningún punto gatillo.

Debido a su relación con el dolor epicondileo se exploran también los músculos braquiorradial, extensor de los dedos, supraspinoso y anconeo; pero no se encuentran signos que indiquen la presencia de ningún punto gatillo.

Además, como consecuencia de la relación de los puntos gatillo activos hallados con otros músculos se exploran también el dorsal ancho y los redondos mayor y menor (por ser agonistas del tríceps), y el braquial anterior y el bíceps (por su relación con el supinador); pero al igual que los anteriores, éstos no dan signos de presentar puntos gatillo.

Así pues, tras la valoración del paciente se llega a la conclusión de que el diagnóstico de epicondilitis puede tener un origen miofascial debido a la presencia de diferentes puntos gatillo en el tríceps (puntos 1 y 2), el supinador y en el extensor radial largo del carpo.

Como procedimiento terapéutico a emplear se opta por la punción profunda, porque aunque el tratamiento conservador es muy aconsejable en este caso por ser menos agresivo y proporcionar óptimos resultados, se busca solucionar el problema en el menor tiempo posible.

Como tratamiento tras la punción se realizan estiramientos con *spray* (cloretilo) y movilizaciones activas – libres en todo el

recorrido de las articulaciones atravesadas por los músculos afectados. Además, se enseñan autoestiramientos para realizar en domicilio y se le dan una serie de consejos para evitar la futura reactivación del problema como, por ejemplo, que al cargar algo en lugar de hacerlo con los codos flexionados y el antebrazo pronado, que lo realice con el supinado, ya que de esta manera el bíceps sustituye al supinador como asistente del braquial; y que evite actividades forzadas que conlleven flexión de muñeca o desviación cubital.

Posteriormente lo ideal sería realizar un programa de reacondicionamiento muscular con ejercicios activos.

Como técnica de punción se utiliza la de entrada y salida rápidas de Hong, que consiste en introducir la aguja velozmente y sacarla también rápido para que la respuesta de espasmo local se produzca cuando la aguja esté fuera del músculo (pero no de la piel). Hong dice que estas entradas y salidas se realizan hasta que no se producen más respuestas de espasmo local, pero en este caso se atiende también al nivel de tolerancia del paciente, ya que puede resultar muy doloroso.

Para realizar la punción se emplean agujas de acupuntura de 40 mm, con un grosor de 0,32 mm.

En la punción del supinador el paciente se coloca en decubito supino con el brazo en supinación. Se localiza el punto gatillo y fijando la banda donde se encuentra con los dedos, se procede a realizar la punción (figura 2).

En el caso del extensor radial largo del carpo, el paciente se sitúa en decubito supino con el brazo apoyado en un cojín. Se localiza el punto y mientras con los dedos índice y medio se fija la banda tensa que lo contiene, se realiza la punción.





Fig. 2. Punción del supinador.

En el tríceps se realiza la punción del punto gatillo 1 y del 2.

Para el punto 1 el paciente se coloca en decubito supino con el brazo girado de forma que el espacio antecubital mire hacia arriba y con ligera abducción de hombro. Para la punción se coge la cabeza larga del músculo en pinza y se la separa del humero para alejarla de los principales nervios y vasos sanguíneos que tienen su recorrido en esta zona. Posteriormente se localiza el punto gatillo y se fija con la punta de los dedos la banda tensa donde se encuentra. Cuando la aguja ha sido colocada de manera efectiva se produce una respuesta de espasmo local fácilmente apreciable.

Para el punto 2, el paciente se sitúa en decubito lateral con el lado afectado arriba, y con el brazo apoyado sobre su pelvis. Se utiliza palpación plana y cuando el punto es localizado se fija entre los dedos contra el humero para realizar la punción.

Tras la punción se realizan estiramientos[7] pasivos de la musculatura afectada combinados con la aplicación de spray.

Para el estiramiento del supinador el paciente se sienta con el codo sobre un apoyo (reposabrazos, etc.) que permita la extensión del mismo. Se realiza el estiramiento pronando el antebrazo a la vez que se estabiliza el codo impidiendo la rotación interna del hombro. Tras esto, se aplica inicialmente *spray* en el músculo y

se aumenta el estiramiento. Luego se vuelve a aplicar dirigiendolo hacia arriba y afuera sobre el antebrazo, siguiendo las fibras musculares de la zona del punto gatillo hasta el epicondilo lateral. Y aplicando barridos tambien sobre el dorso del antebrazo y la membrana del pulgar.

El estiramiento del extensor radial largo del carpo se realiza con el paciente en sedestacion, con el codo en extension y el antebrazo en pronacion. La tension se ahade mediante la flexion de muñeca. El *spray* se aplica igual que antes haciendo trazos paralelos sobre el musculo, desde el humero hasta la mano, pasando por el epicondilo lateral y zonas distales de dolor referido en la mano (figura 3).

La tecnica de *spray* y estiramiento en el triceps parte con el paciente en sedestacion y con el codo en flexion hasta el punto de resistencia. El *spray* se aplica en barridos que van desde el dorsal ancho a la altura del pliegue axilar recorriendo todo el musculo y el antebrazo por su cara dorsal hasta la mano. Para estirar la cabeza larga del mcisculo se induce la flexion de hombro.

Tras esto se realizan movilizaciones activas libres en todo el recorrido de las articulaciones del hombro, codo y muñeca. Y se enseñan diferentes ejercicios de autoestiramiento<sup>[81]</sup> de la musculatura implicada que el paciente debera realizar al menos 7 veces al dia, y que será importante para aliviar el dolor que aparece despues de la puncion, entre otros.

El autoestiramiento para el supinador y para el extensor radial del carpo es común. Se realiza partiendo con los dedos flexionados dentro de la palma, la muñeca y el codo flexionados tambien, y el dorso de la mano descansando sobre la palma de la otra mano, ligeramente por debajo de la



Fig. 3. Estiramiento del extensor radial largo del carpo.

cintura. Se hace una extension del codo manteniendo la posicion anterior y ahadiendo una ligera pronacion pidiendo al paciente que oriente la corva del codo hacia si (figura 4).

El autoestiramiento del triceps se realiza partiendo con el brazo en elevacion apoyado contra la oreja, la muñeca en flexion y pronacion y el puño cerrado. El antebrazo contrario esta fijo contra el vientre, con la mano sobre el flanco derecho, las rodillas abiertas y semiflexionadas y los pies paralelos para fijar la pelvis y la region lumbar. Posteriormente se dobla el codo para fijar la mano detras de la cabeza, manteniendo la posicion anterior. El pa-





Fig. 4. Autoestiramiento para el supinador y para el extensor radial del carpo.

ciente debe empujar con el codo hacia arriba, al máximo (figura 5).

Posteriormente lo ideal sería realizar un programa de reacondicionamiento muscular con ejercicios activos que fortalezcan la musculatura afectada.

**RESULTADOS**

Una vez localizado el posible origen del problema y puestos en práctica los procedimientos terapéuticos elegidos, se observó que tras la primera sesión el paciente experimentó bastante mejoría. El dolor que refería en la cara posterior del brazo hasta el hombro, en el antebrazo y en la muñeca, desaparecieron, persistiendo cierto dolor en la región del epicondilo aunque de menor intensidad (en una escala del 1 al 10, lo califico con un 2).

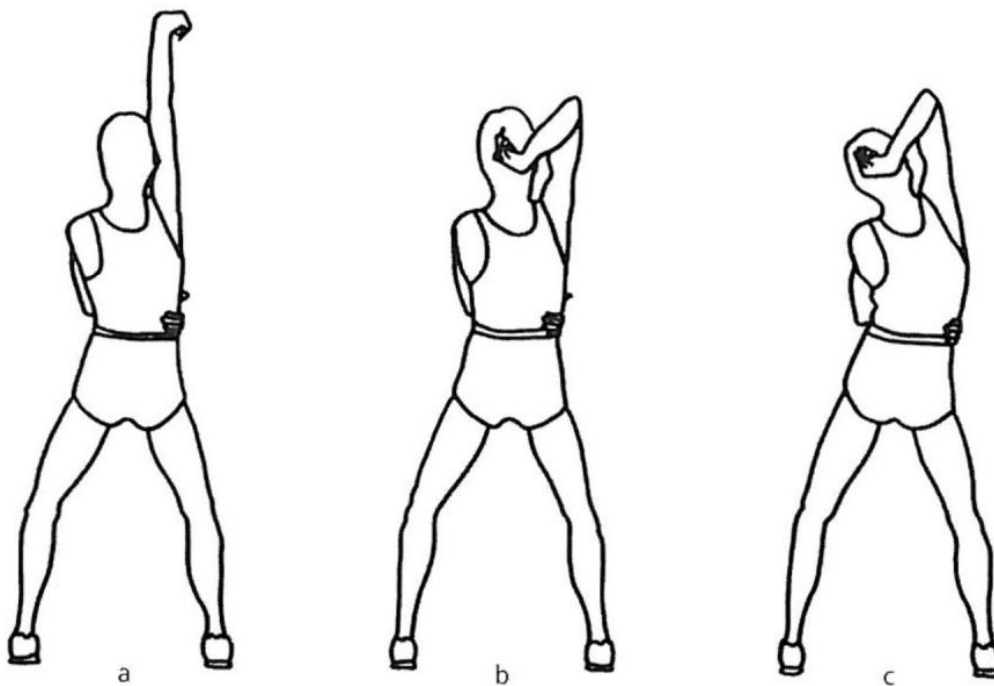


Fig. 5. Autoestiramiento para el tríceps.

Igualmente el dolor ante gestos como abrir cerraduras o transportar pesos seguía existiendo pero era menos intenso.

Con la extensión del codo seguía produciéndose una leve molestia al final del recorrido y la percusión del epicondilo seguía provocando dolor.

En la exploración de los puntos gatillo tratados se observó que en el supinador seguía estando presente y que tanto el estiramiento como la contracción provocaban dolor, aunque en menor medida que antes, y que la presión directa del punto seguía reproduciendo un dolor que se refería al epicondilo.

La exploración del extensor radial largo del carpo indicó que aunque el punto continuaba estando activo, al presionarlo solo provocaba dolor en la región epicondilea (ya no refería dolor al dorso de la muñeca). Y tanto en el estiramiento como en la contracción la molestia era menor.

Tras la exploración del tríceps se observó que el punto gatillo 2 continuaba refiriendo dolor al epicondilo al ser presionado, mientras que el punto 1 se había resuelto. Además, tanto el estiramiento como la contracción del músculo eran casi indoloras.

Tras la segunda sesión (transcurrida una semana), el paciente ya casi no sentía molestias, el dolor que tenía en el epicondilo era muy leve (en una escala del 1 al 10, lo calificaba con un 1). Los movimientos de pronosupinación del antebrazo y los de flexoextensión del codo ya casi no le molestaban. Con la exploración de los puntos gatillo se observó que tanto el tríceps como el extensor radial largo del carpo estaban inactivos, mientras que el del supinador seguía provocando un ligero dolorimiento en el epicondilo si era estimulado.

Tras una tercera sesión (una semana más tarde) el paciente dejó de sentir mo-

lestias. La exploración del punto gatillo del supinador indicó que estaba inactivo y ni el estiramiento ni la contracción provocaban dolor. Además, los gestos como abrir cerraduras o transportar pesos tampoco molestaban.

## EVOLUCIÓN

Evolución del estado del paciente en las diferentes sesiones, según los criterios diagnósticos esenciales y el esquema de dolor referido se muestra en la tabla 2.

La figura 1 y la tabla 3 muestran el estado del paciente antes de comenzar el tratamiento.

En la tabla 4 y la figura 6 se puede observar el estado del paciente tras la primera sesión.

Tras la segunda sesión, el paciente mostraba el estado que se especifica en la tabla 5 y la figura 7.

En la tabla 6 y la figura 8 se ofrecen las características del estado del paciente tras la tercera sesión.

## DISCUSIÓN

El hecho de que un cuadro diagnóstico de epicondilitis se resuelva mediante el tratamiento miofascial de determinados

Tabla 2. Signos de puntuación utilizados en las valoraciones

<i>Signo presente con intensidad:</i>	+++ <i>alta</i>
	++ <i>media</i>
	+ <i>baja</i>
<i>Signo no presente:</i>	-

Tabla 3. Cuadro sinoptico del estado en el comienzo del tratamiento

<i>Criterio diagnóstico esencial</i>	<i>Banda tensa palpable</i>	<i>Dolor local a la presión</i>	<i>Identificación del dolor como propio</i>	<i>Limitación dolorosa de la amplitud de movimiento al estiramiento</i>
<i>Musculo explorado</i>				
Supinador	+	+++	+++	+++
Extensor radial largo del carpo	+++	+++	+++	+++
Triceps PG1	+++	+++	+++	+++
Triceps PG2	+++	+++	+++	+++

Tabla 4. Cuadro sinoptico del estado despues de la primera sesion

<i>Criterio diagnóstico esencial</i>	<i>Banda tensa palpable</i>	<i>Dolor local a la presión</i>	<i>Identificación del dolor como propio</i>	<i>Limitación dolorosa de la amplitud de movimiento al estiramiento</i>
<i>Musculo explorado</i>				
Supinador	+	+++	++	++
Extensor radial largo del carpo	++	++	++	++
Triceps PG1	-	-	-	-
Triceps PG2	+	+	+	+

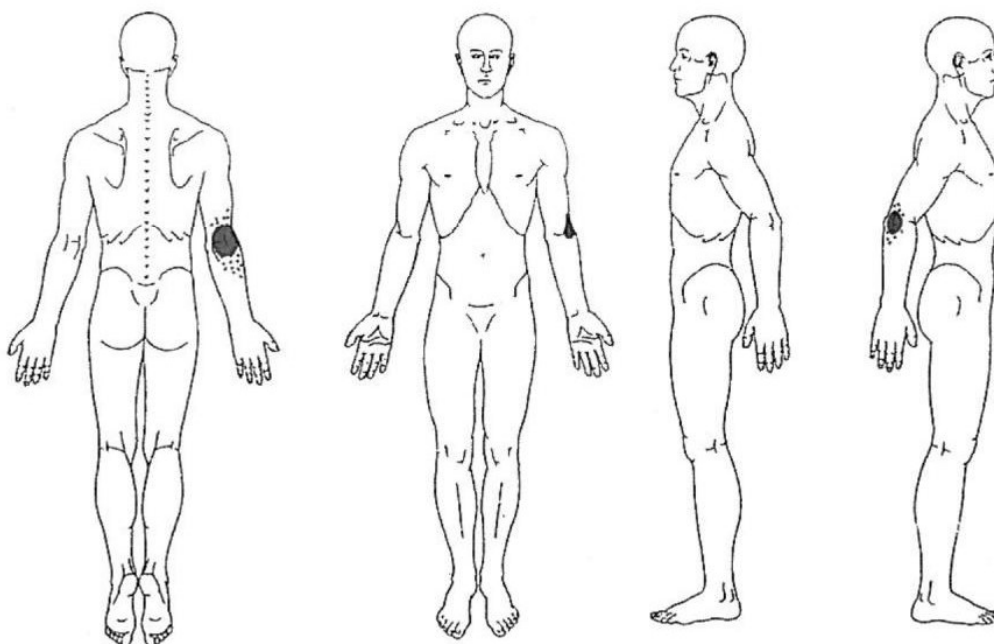


Fig. 6. Patrones de dolor manifestado por el paciente despues de la primera sesion.

Tabla 5. Cuadro sinoptico del estado despues de la segunda sesion

<i>Criterio diagnostico esencial</i>	<i>Banda tensa palpable</i>	<i>Dolor local a la presion</i>	<i>Identification del dolor como propio</i>	<i>Limitation dolorosa de la amplitud de movimiento al estiramiento</i>
<i>Musculo explorado</i>				
Supinador	-	+	+	+
Extensor radial largo del carpo	-	-	-	-
Triceps. PG1	-	-	-	-
Triceps. PG2	-	-	-	-

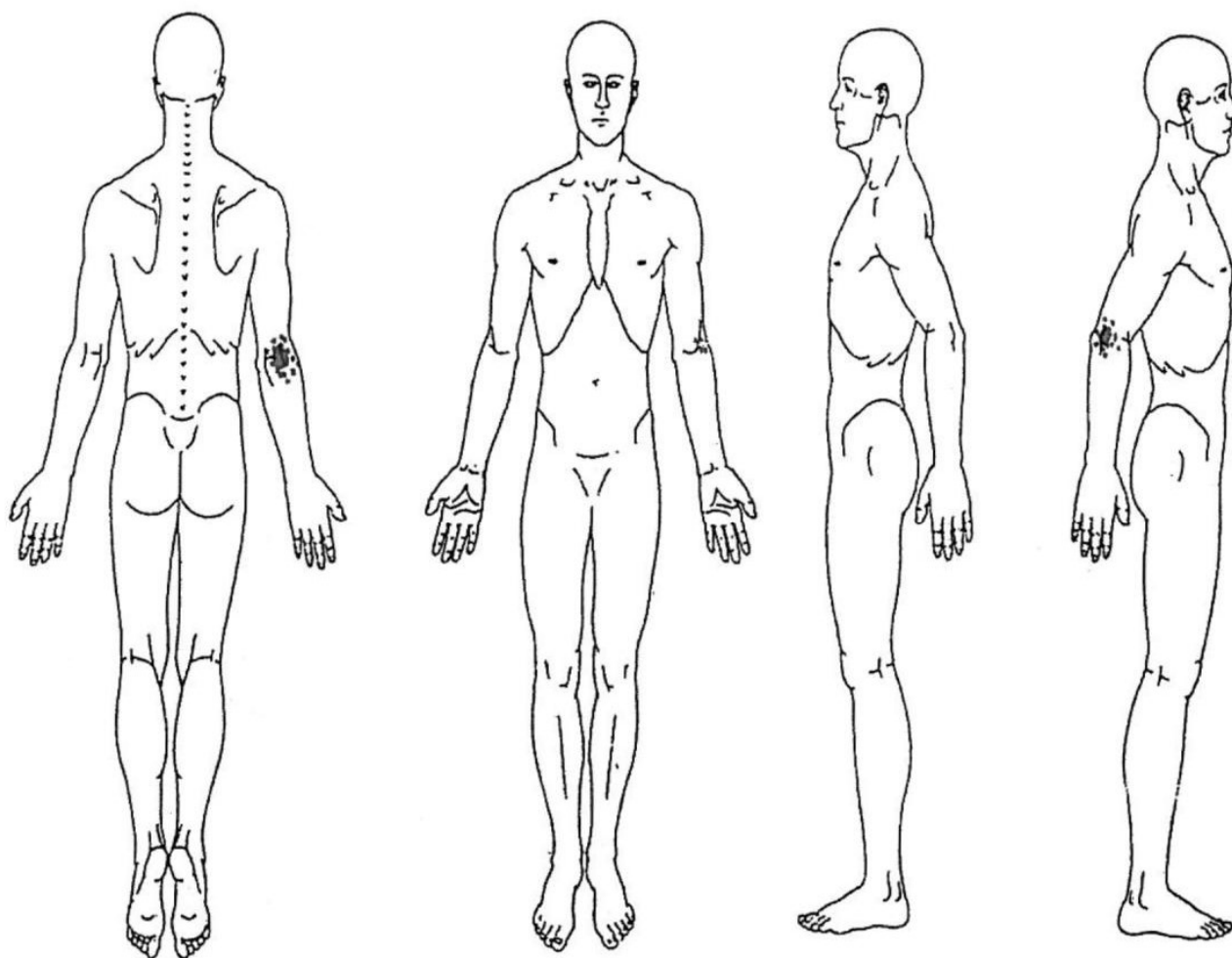


Fig. 7. Patrones de dolor manifestado por el paciente despues de la segunda sesion.

Tabla 6. Cuadro sinoptico del estado despues de la tercera sesion

<i>Criterio diagnostico esencial</i>	<i>Banda tensa palpable</i>	<i>Dolor local a la presion</i>	<i>Identification del dolor como propio</i>	<i>Limitation dolorosa de la amplitud de movimiento al estiramiento</i>
<i>Musculo explorado</i>				
Supinador	-	-	-	-
Extensor radial largo del carpo	-	-	-	-
Triceps PG1	-	-	-	-
Triceps PG2	-	-	-	-

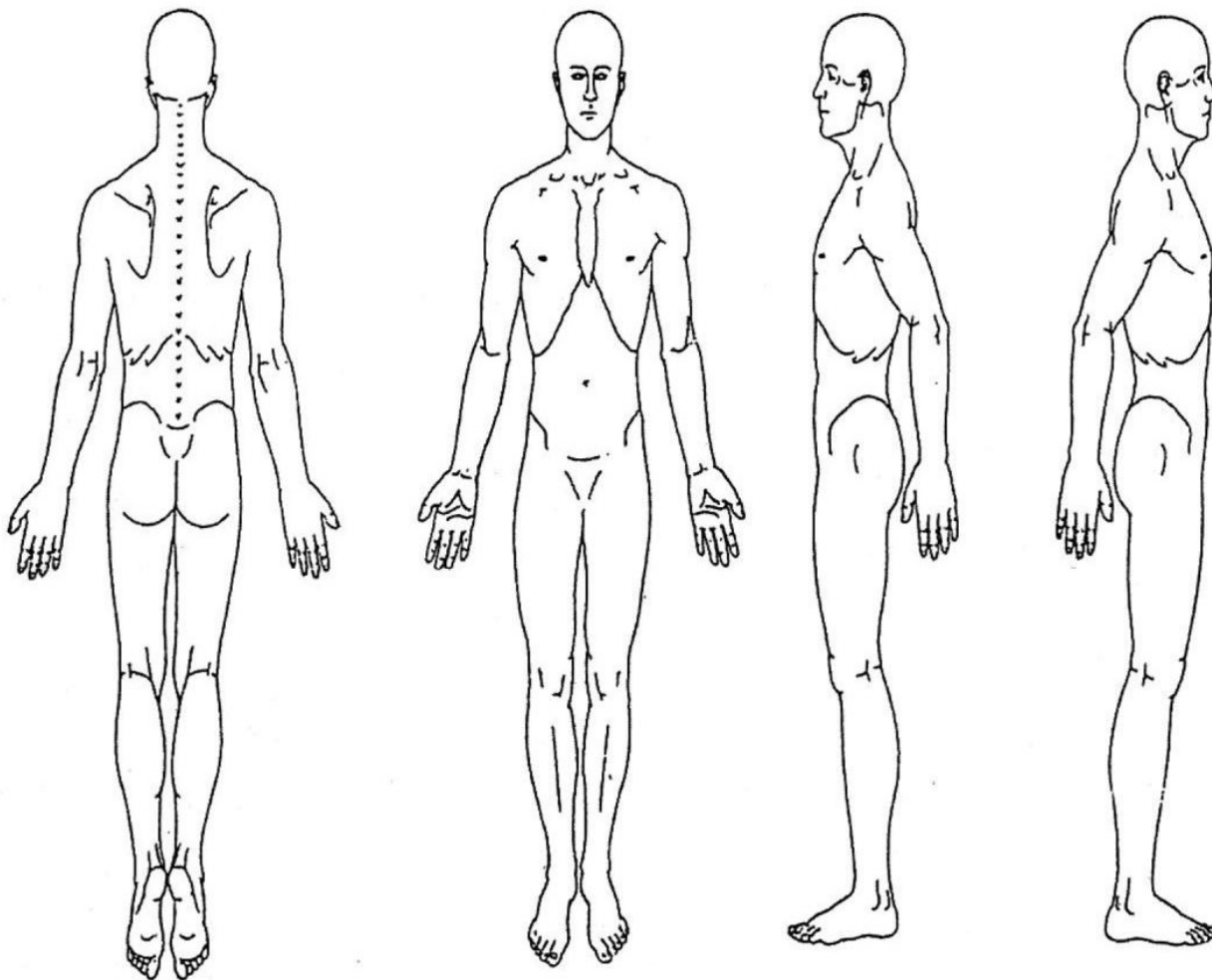


Fig. 8. Patrones de dolor manifestado por el paciente despues de la tercera sesion.

musculos indica que puede existir cierta relación entre uno y otro concepto.

Esta relación no tiene por qué darse en todos los casos, pero resulta factible al ser la epicondilitis una patología musculotendinosa cuyos mecanismos de activación son, entre otros, los mismos que activan la aparición de puntos gatillos miofasciales (sobrecarga, movimientos repetitivos), y cuyas pruebas diagnósticas [12] incluyen ejercicios de contracción de la musculatura implicada que pueden provocar molestias por la presencia de puntos gatillo y no únicamente por la inflamación de sus tendones.

Por otro lado, el dolor en el epicóndilo se corresponde con diferentes patrones de dolor referido descritos en la bibliografía como característicos de determinados musculos. Y existen además artículos donde se dice que un alto porcentaje de las personas que presentan algún dolor clínico se debe al síndrome de dolor miofascial [13,14].

En este caso en concreto la presencia de puntos gatillo en el supinador, el extensor radial largo del carpo y el tríceps, y su tratamiento mediante terapia invasiva y estiramientos ha llevado a la resolución de un problema diagnosticado de epicondilitis. Pero no son sólo estos musculos los que guardan relación con esta dolencia, ya que otros como los extensores de los dedos, los de la muñeca, el anebneo y el supraspinoso también pueden verse implicados.

No existe demasiada bibliografía al respecto, pero hay un caso clínico descrito por la Dra. Travell [13] donde habla de esta relación y de la resolución de un cuadro de epicondilitis mediante el tratamiento miofascial de musculos como el supinador, el braquiorradial, los extensores de tercer y cuarto dedo, y el braquial.

Así pues, como conclusión se puede decir que no siempre un proceso de epicondilitis tiene que ir asociado a la presencia de puntos gatillo, ni viceversa, pero que conviene no pasar por alto el posible origen miofascial de esta patología e incluir en el proceso diagnóstico la valoración de estos puntos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Serra Gabriel MR, Diaz Petil J, Saude Carril ML: Fisioterapia en traumatología, ortopedia y reumatología. Editorial Springer. Barcelona, 1997.
2. Gerwin RD, Shannon S, Hong CZ, Hubbard D, Gervitz R. Interrater reliability in myofascial trigger point examination. *Journal Pain*, jan. 1997.
3. Viel E: Diagnóstico fisioterápico. Concepción, realización y aplicación en la práctica. Editorial Masson. Barcelona, 1999.
4. Arranz Álvarez AB, Lucha López MO, Tricas Moreno JM, Jimenez Lasanta AI, Dominguez Oliván P: Valoración fisioterápica del paciente con dolor. *Fisioterapia*. 2000; 22 (1): 32-41.
5. Simons DG, Travell JG, Simons LS: Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Vol. I. 2ª edición. Madrid, 2002.
6. Rouviere M, Delmas A: Anatomía humana. Descriptiva, topográfica. Sistema nervioso central. Vol. III. Editorial Masson. Barcelona, 2001.
7. Neiger H. Estiramientos analíticos manuales. Técnicas pasivas. Madrid: Editorial Panamericana, 1998.
8. Esnault M: Estiramientos analíticos en fisioterapia activa. Barcelona: Editorial Masson, 1999.
9. Mayoral O, De Felipe JA, Fernandez JM, Torres M. Study of attachment and tenderness of epicondyle muscles in epicondylitis. Portland, OR, USA. International Congress of Myopain Society. 2001



10. Buckup K: Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones – signos – síntomas. Barcelona: Editorial Masson, 2000.
11. Han SC, Harrison P: Myofascial pain syndrome and trigger – point management. Journal Regional Anesthesia. Medline.
12. Hong CZ. New trend in myofascial pain syndrome. Zhonghua Yi Xue Za Zhi. Taipei. Nov, 2002.
13. Simons DG, Travell JG, Simons LS: Dolor y disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillo. Vol. I. 2ª edición. Madrid, 2002.