

ARTÍCULO ORIGINAL

## Síndrome de dolor miofascial de cabeza y cuello. I parte: caracterización clínica

### *Head and neck myofascial pain syndrome. Part I: Clinical characterization*

José Manuel Díaz Fernández<sup>1</sup>, Iliana C. Gouguet Pi<sup>2</sup>, Rodolfo Velázquez Blez<sup>3</sup>,  
Ilario Alfonso Reyes<sup>3</sup> 

<sup>1</sup> Hospital Docente "Saturnino Lora". Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba.

<sup>2</sup> Hospital "Comandante Gustavo Machín". Instituto Superior de Ciencias Médicas. Santiago de Cuba, Cuba

<sup>3</sup> Policlínico de Especialidades "Saturnino Lora". Santiago de Cuba, Cuba



**Citar como:** Díaz-Fernández JM, Gouguet-Pi IC, Velázquez-Blez R, Alfonso-Reyes I. Aspectos terapéuticos de las fístulas cutáneas de la cara. Rev Cubana Estomatol. 1996;33(1):23-29

#### RESUMEN

Se realizó un estudio longitudinal en el trienio 1989 a 1991 con el propósito de evaluar las características clínicas de 148 pacientes con dolor en la región de cabeza y cuello. En más de la mitad se confirmó el diagnóstico primario del síndrome de dolor miofascial, y entre las afecciones asociadas más frecuentes se hallaron las disfunciones de las articulaciones temporomandibulares y la cefalea vascular. Se comprobó la interrelación clínica entre las áreas de referencia específica de dolor primario y secundario de la región craneofacial y los diferentes puntos desencadenantes de dolor localizados en la mayor parte de los músculos de la cabeza y el cuello. Se identificaron los factores modificadores de los síntomas del síndrome de dolor miofascial, así como los trastornos psicológicos, de conducta y posturales que lo acompañan.

**Palabras clave:** estudios prospectivos; estudios longitudinales; síndromes del dolor miofascial; etiología.

#### ABSTRACT

A longitudinal study was carried out in the 1989-1991 triennium, with the aim of assessing the clinical characteristics of 148 patients with pain in the head and neck region. In more than half of the patients, the first diagnosis of myofascial pain syndrome was confirmed, and among the more frequent associated affections, the temporomandibular joint dysfunctions, and the vascular cephalgia, could be found. The clinical interrelation between the specific reference areas of primary and secondary pain in the craniofacial region, and the different pain triggering points, located in most part of the head and neck muscle, was confirmed. The modifying factors of the symptoms of myofascial pain syndrome, were identified, as well as the accompanying psychological, behavioural, and postural disorders.

**Keywords:** prospective studies; longitudinal studies; myofacial pain syndrome; etiology.

## INTRODUCCION

El diagnóstico seguro y el tratamiento exitoso del síndrome de dolor miofascial (SDM) no se logran sin un conocimiento general de cada una de sus características clínicas.<sup>1-10</sup>

Los objetivos de esta primera parte del estudio acerca de esta entidad son: revisar dichas características en un grupo de pacientes cuyas molestias principales del dolor de la cabeza y el cuello se diagnosticaron como SDM, precisar las afecciones que se combinan con más frecuencia, determinar los factores modificadores de su intensidad, establecer los trastornos psicológicos y de conducta que intervienen en su patogénesis e informar los trastornos posturales presentes.

## MATERIAL Y METODO

Se hizo un estudio longitudinal y prospectivo en el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Provincial "Saturnino Lora" de Santiago de Cuba en el trienio 1989 a 1991, en el que fueron evaluados 148 pacientes que se quejaban de dolor en la región de cabeza y cuello con más de 6 meses de evolución, en los cuales el tratamiento previo indicado en las distintas especialidades donde fueron valorados no resultó exitoso.

A cada paciente se le realizó examen estomatológico, estomatognático y del V par craneal; valoración psicológica, interconsultas médicas y estudios complementarios, información que se utilizó para establecer el diagnóstico primario y los factores contribuyentes.

Para la valoración psicológica se emplearon las pruebas de Cattell, de Thung y Conde para determinar ansiedad y depresión, respectivamente.

## RESULTADOS

En las tablas 1 y 2 se observa que los puntos desencadenantes en relación con las áreas asociadas de dolor de las regiones craneal y maxilofacial se hallaron en la mayor parte de los músculos de la cabeza y el cuello y fluctuaban entre 6 y 15 mm de diámetro,

aproximadamente. Las zonas específicas de molestias de dolor se relacionaban de forma considerable con los puntos desencadenantes activos en ciertos sitios del músculo.

**TABLA 1.** Areas de referencias específicas de dolor craneal y sus puntos desencadenantes activos correspondientes

Area de dolor craneal	No. total (N = 82)	Sitios del punto desencadenante
Supraorbital	8	Esternocleidomastoideo temporal anterior trapecio
Frente	29	Esternocleidomastoideo
		<i>Splenus capitis</i>
Temporal	43	Temporal anterior
		Temporal intermedio
		Trapecio
		<i>Splenus capitis</i>
		Temporal posterior
Posauricular	30	Digástrico
		Esternocleidomastoideo
		Masetero profundo
Vértice	28	<i>Splenus capitis</i>
		<i>Semispinalis capitis</i>
Occipital	38	Trapecio
		Eleador de la escápula
		<i>Semispinalis capitis</i>
Retroorbital	24	Trapecio
		Temporal anterior

**TABLA 2.** Areas de referencia específica de dolor maxilofacial y los puntos desencadenantes activos correspondientes

Areas de dolor maxilofacial	No. de pacientes (N = 82)	%	Sitios con puntos desencadenantes
ATM	46	56,1	Masetero profundo
Temporal intermedio			
			Temporal profundo
			Pterigoideo lateral
			Pterigoideo interno
			Digástrico
Maxilares	52	63,4	Masetero superficial
			Trapecio
			Digástrico
			Pterigoideo interno
Oído	34	41,4	Masetero profundo
			Digástrico
			Pterigoideo externo
			Esternocleidomastoideo
Mejilla	25	30,4	Esternocleidomastoideo
			Masetero superficial
Encía	14	17,1	Pterigoideo interno
			Masetero superficial
Mentón	8	9,7	Esternocleidomastoideo
Lengua y paladar duro	10	12,1	Pterigoideo interno
			Digástrico
Areocigomático y paladar duro	25	30,4	Pterigoideo externo
Dientes:	31	37,8	
Incisivos superiores			Temporal anterior
Caninos superiores			Temporal intermedio
Premolares superiores			Temporal intermedio
			Masetero superficial
Molares superiores			Temporal posterior
Molares inferiores			Trapecio
			Esternocleidomastoideo
Incisivos inferiores			Masetero superficial
			Digástrico anterior

En los casos agudos el dolor sólo se manifiesta por encima del punto desencadenante, pero a medida que dicha entidad se torna crónica, se trasmite a las áreas distantes y

múltiples. Como vemos en la tabla 3, el diagnóstico primario del SDM se estableció en 82 de los 148 pacientes examinados (55,4 %), entre otros que incluían: trastornos de la ATM, cefalea vascular, neuralgia del trigémino y otras; ello indica que los pacientes con SDM fueron diagnosticados o tratados inadecuadamente, quizás debido a que como son numerosos los signos y síntomas, simulaban otras afecciones como neuralgias de la cabeza y el cuello; artropatías de la ATM, arteritis de células gigantes, sinusitis, otopatías, etc.

**TABLA 3.** Síndrome doloroso miofascial cabeza y cuello. Miscelánea

	Síndrome doloroso miofascial	82 pacientes (55,4 %)
	Trastornos de la ATM	31 pacientes (20,8 %)
Diagnósticos primarios	Cefalea vascular	9 pacientes ( 6,0 %)
	Neuralgia del trigémino	7 pacientes ( 4,7 %)
	Otros	19 pacientes (13,1 %)
Factores que intensifican el dolor	Tensión	43 pacientes (52,4 %)
	Fatiga	38 pacientes (46,3 %)
	Estrés emocional	36 pacientes (44,1 %)
	Masticación	33 pacientes (40,2 %)
Factores que alivian el dolor	Aplicación de calor	40,2 %
	Relajación	32,9 %
	Area de frotación	31,7 %
	Reposo	24,4 %
Por autoinforme:	Depresión	20,7 %
	Ansiedad	18,2 %
Por valoración		
Trastornos psicológicos y de la conducta psiquiátrica:	Ansiedad	26,8 %
	Depresión	21,9 %
	Cólera	19,5 %
Hábitos parafuncionales:	Masticación unilateral	59,7 %
	Rechinamiento de los dientes	50,0 %
	Bruxismo	42,6 %
Manifestaciones clínicas asociadas		
	Sensación de hormigueo	28,1 %
Neurológicas	Entumecimiento	25,6 %
	Visión borrosa	14,6 %
Gastrointestinales	Náuseas	24,3 %
	Constipación	14,6 %
Musculoesqueléticas	Fatiga	40,2 %
	Tensión	36,5 %
Otológicas	Tinitis	42,6 %
	Otalgia	41,4 %

Entre los factores que intensifican y alivian las manifestaciones del SDM, se destacan en el primer caso la tensión, la fatiga y el estrés emocional, mientras que en el segundo figuran la aplicación de calor, la relajación y la frotación del área afectada.

Además del dolor, los pacientes refirieron muchos síntomas regulares asociados al SDM, como son los de naturaleza neurológica, particularmente la sensación de hormigueo, el entumecimiento y la visión borrosa; los de tipo gastrointestinal, sobre todo las náuseas, la constipación y la indigestión; las manifestaciones musculoesqueléticas como fatiga y articulaciones tensas; y las de carácter otológico como el tinitus y la atalga.

Otros diagnósticos, específicamente la disfunciones de la ATM, pueden ser responsables de algunos de estos síntomas e incluyen trastornos internos de la ATM (30,4 %), osteoartritis (12,1 %), neuralgia trigeminal esencial (2,4 %), sinusitis (1,2 %) y migraña en racimo (1,2 %).

Entre las disfunciones psicológicas detectadas tanto por las pruebas psiquiátricas aplicadas como por autoinformes de los pacientes aparecen la depresión, la ansiedad y la cólera; mientras que la masticación unilateral, el rechinar de los dientes y el bruxismo fueron los hábitos parafuncionales más relevantes que acompañaban al SDM.

## DISCUSION

Junto a los factores iniciales mencionados hubo una elevada incidencia de alteraciones posturales del cuerpo y la oclusión dentaria; entre las primeras sobresalen la mala postura adoptada por los pacientes (91,4 %), la inclinación de la cabeza hacia adelante (85,3 %) y los hombros redondeados (81,7 %); mientras que en las de tipo oclusal resaltaron el deslizamiento desde la posición de contacto retruida hasta la posición de contacto intercuspídea (85,3 %) y la oclusión unilateral prematura en la posición de contacto intercuspídea (67,0 %).

Este estudio apoya una base etiológica multifactorial para el SDM. Los pacientes relacionaban el comienzo de su dolor con hechos macrotraumáticos y microtraumáticos. El microtrauma, como la lesión directa al músculo que es el hecho inicial, se halló en una minoría. Resulta evidente que los elementos microtraumáticos tales como contracción mantenida durante los hábitos parafuncionales bucales, tensión muscular y hábitos posturales inadecuados, muy bien pudieran tener participación en el establecimiento gradual de los puntos desencadenantes.

Algunos autores señalan que el poco equilibrio estructural, como la ausencia de armonía oclusal, falta de sueño adecuado y otros trastornos constituyen los factores que debilitan al músculo y lo predisponen al desarrollo de los puntos desencadenantes.<sup>9-11</sup>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Trauell J. Myofascial trigger points: a clinical view. Am J Phys Med 1986;65:919-23.
2. Trauell J, Rinzler SH. Myofacial genesis of pain. Am J Phys Med 1985;54:288-301.
3. Trauell J, Simons D. Miofascial pain and dysfunction. In the trigger point manual. Baltimore: Williams and Wilkins, 1989.
4. Simons DG. Muscle pain syndromes (Parts I and II). AM J Phys Med 1989;68:15-42.
5. Bonica JJ. Management of myofascial pain syndrome in general practice. JAMA 1988;189:730-8.
6. Laskin DM. Etiology of pain-dysfunction syndrome. JAMA 1988;90:137-42.
7. Moss RA, Garrett J, Chiodo JR. Temporomandibular joint dysfunction and myofascial pain dysfunction syndromes: parameters, etiology, and treatment. Psychol Bull 1988;92:331-46.
8. Friction J et al. Myofacial pain: electromyographic changes associated with the local twith response. Arch Phys Med Rehabil 1988;66:314-17.
9. Mielke Vk et al. Traumatic fibrositis: a critical review of an enigmatic concept. West J Med 1977;127:99-103.
10. Simons DG, Travell J. Myofacial trigger points, a possible explanation. Pain 1988;10:106-9.
11. Kopp S, Wenneberg B. Intra-and inter-observer variability in the assessment of signs of disorder in the stomatognathic system. Swed Dent J 1988;7:239-46.

Recibido: 17 de enero de 1995

Aceptado: 25 de enero de 1996

Publicado: 3 de abril de 1996



Este artículo de *Revista Cubana de Estomatología* está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 4.0. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, *Revista Cubana de Estomatología*.