
Estudio de casos

96

I. Salvat Salvat

Fisioterapeuta. Unidad de Fisioterapia. Departamento de Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Rovira i Virgili.

Correspondencia:
Isabel Salvat Salvat
Universidad Rovira i Virgili
Sant Llorenç, 21
43201 Reus
Correo electrónico:
mariaisabel.salvat@urv.net

Fecha de recepción: 7/9/04.

Aceptado para su publicación: 15/10/04.

RESUMEN

Se realiza una revisión de los casos clínicos presentados en el curso de Especialista en fisioterapia conservadora e invasiva del síndrome de dolor miofascial (SDM) de la Universidad de Castilla-La Mancha, con objeto de analizar lo que puede aportar el conocimiento de este síndrome a la práctica del fisioterapeuta. Los resultados se exponen en forma de resúmenes de casos seleccionados. Se concluye que: a) El tratamiento de los puntos gatillo puede ser clave en los pacientes cuyo principal problema es el dolor; b) el SDM se configura como un posible diagnóstico de fisioterapia que podría substituir diagnósticos imprecisos como cervicalgia, lumbociatalgia, contractura, etc., y c) de esta revisión emergen diferentes hipótesis de trabajo que se pueden resumir en la siguiente: parte del dolor y de la disfunción que sufren los pacientes con distintas afecciones (articulares, tendinosas, viscerales, ortopédicas, traumatológicas, reumatólogicas, neurológicas) puede ser minimizada mediante el tratamiento de puntos gatillo miofasciales.

Síndrome de dolor miofascial. Casos clínicos

*Myofascial pain syndrome.
Cases reports*

ABSTRACT

A review of the cases reports presented to the “Specialist in Conservative and Invasive Physical Therapy in Myofascial Pain Syndrome” course, in Castilla-La Mancha University, is done to analyze how the knowledge of Myofascial pain Syndrome (MPS) can contribute to everyday physical therapy treatment. Results are shown as abstracts from chosen cases reports. Conclusions are: a) Trigger point therapy can be the key in the treatment of patients whose main problem is pain; b) MPS appears as a Physical Therapy diagnosis that could replace vague diagnostic terms like cervicalgia, low back pain, contracture, etc., and c) different hypothesis are extracted and summed up from this review: a part of the pain and the dysfunction that patients suffer with different diseases (articular, tendinous, visceral, orthopedic, traumatological, rheumatological or neurological diseases) could be decreased through trigger point therapy.

PALABRAS CLAVE

Síndromes de dolor miofascial; Fisioterapia; Técnicas de fisioterapia; Punto gatillo miofascial.

KEY WORDS

Myofascial pain syndromes; Physical therapy; Physical Therapy techniques; Myofascial trigger point.

97

INTRODUCCIÓN

El síndrome de dolor miofascial (SDM) es un término introducido recientemente en nuestro campo de conocimiento aunque se pueda encontrar desde 1952 en la literatura¹. Pese a que existen publicaciones sobre este síndrome en lengua española aún persiste cierta confusión en los textos que no tratan específicamente de dolor miofascial, como si este término tuviera serias dificultades para desplazar a los que ocupaban su significante. En concreto, aún encontramos imprecisiones como el uso de *contractura* para nombrar a cualquier tipo de disfunción muscular que curse con dolor y aumento de la consistencia del músculo. Es en el campo del dolor de origen muscular, donde el fisioterapeuta ha tenido desde siempre su campo de batalla, donde existe mayor profusión de términos (contractura, hipertonia, espasmo, mialgia, etc.) acompañados de una pobre comprensión de los procesos que cada uno nombra. La teoría del dolor miofascial ilumina este caos y, si sabemos reconocer cuál es su lugar en la práctica habitual del fisioterapeuta, se erige como una herramienta extremadamente útil para la clínica y la investigación. Con este objetivo se ha realizado el presente trabajo: analizar lo que puede aportar el conocimiento del SDM a la práctica habitual del fisioterapeuta.

MATERIAL Y MÉTODOS

Metodología cualitativa. Se revisan 53 trabajos realizados por fisioterapeutas alumnos del curso de Especialista en fisioterapia conservadora e invasiva del SDM de la Universidad de Castilla-La Mancha. Se trata de trabajos, en su mayoría, no publicados y que versan sobre un caso, o un grupo de pacientes. Se presentan los resúmenes de estos trabajos agrupados por categorías. El único criterio de exclusión utilizado ha sido que el trabajo es-

tuviera incompleto. Algunos trabajos no se citan por tener objetivos distintos a los de esta revisión.

RESULTADOS

Se exponen, en primer lugar, los casos en los que el dolor era el principal problema y que llegan al fisioterapeuta con un diagnóstico diferente al de SDM:

Existe un único caso diagnosticado de **síndrome del desfiladero torácico** (Fernández-Pacheco C, 2001): paciente de 43 años que presenta síntomas de predominio nervioso (dolor y parestesias). Un tratamiento de fisioterapia (20 sesiones) basado en electroterapia y reeducación postural no consiguió ningún resultado. El tratamiento de los puntos gatillo miofasciales (PGM) de los músculos subclavio, escalenos, pectoral menor, braquial, pronador redondo y flexor radial del carpo durante 3 semanas consigue la normalización del caso (se prescriben ejercicios de mantenimiento).

Otro caso hace referencia a un diagnóstico de **tendinopatía postraumática** (Barrios A, 2001): ama de casa de 53 años que presenta dolor en el hombro izquierdo de cinco meses de evolución a consecuencia de una maniobra forzada (traccionar un mueble). El dolor llega hasta la eminencia tenar y se reproduce con la rotación externa. La fuerza y la movilidad de este hombro se encuentran disminuidas. La paciente valora su dolor en 7 (EVA). Después de dos semanas de tratamiento no invasivo de los PGM del infraespinoso y del bíceps braquial, en las que no se consigue mejoría, se tratan los músculos escalenos, infraespinoso, braquial y supraespinoso mediante punción seca, consiguiéndose la resolución del cuadro.

En la revisión se encuentran dos casos diagnosticados de **capsulitis retráctil** (Fraguas I, 2003; García C, 2001), el primero hace referencia a una mujer de 29 años con dolor agudo muy severo (8 en EVA) en hombro acom-

- 98 pañido de molestias en codo y muñeca. La exploración señala la activación del PGM del subescapular como responsable del problema. El infraespinoso también se encuentra implicado. Dos sesiones de tratamiento que incluye punción y consejos para el domicilio restituyen este hombro a la normalidad. El segundo trata de una paciente diabética de 62 años que presenta mucho dolor en el hombro y brazo izquierdo, con severa limitación de la movilidad, siendo que los tratamientos anteriores no han dado ningún resultado. Después de dos meses (días alternos) de fisioterapia de los PGM de los músculos infraespinoso, supraespinoso y subescapular se obtiene la remisión total del dolor y se llega a una movilidad totalmente funcional.

El diagnóstico de **epicondilitis** es el más frecuente de la revisión (Huertas JC, 2002; González R, 2003; Rodríguez MA, 2002; Moncado R, 2001). Algunos trabajos versan sobre grupos de pacientes (Huertas JC, 2002; Rodríguez MA, 2002) y otros hacen referencia a un único caso (González R, 2003; Moncado R, 2001). El denominador común es la desaparición de los síntomas en 2-3 sesiones de tratamiento de los PGM mediante punción seca. De los 15 pacientes tratados, solo uno no experimenta mejoría.

Se encuentran abundantes trabajos en los que el diagnóstico con el que los pacientes llegan al fisioterapeuta es inespecífico: **cervicobraquialgia** (Molina JA, 2003; Arnaiz E, 2002), **lumbociatalgia** (Loma M, 2002), **contractura** (Galán A, 2002). En todos los casos se encuentran PGM activos, cuyo tratamiento parece clave en la resolución del problema. En este sentido, cabe señalar que una de las pacientes diagnosticada de cervicobraquialgia (Arnaiz E, 2002) había sido tratada durante más de un mes con fisioterapia sin experimentar mejoría. Se le encontraron PGM activos en infraespinoso, elevador de la escápula, escalenos, trapecio, romboideos, subescapular y bíceps braquial. Fue dada de alta después de unas 17 sesiones. En el caso de la lumbociatalgia se obtuvo la remisión completa de los síntomas (dolor en muslo, zonas anterior, lateral y posterior) al cabo de 8 sesiones, aunque llevaba 4 meses de baja laboral.

Existe otro grupo de pacientes cuyo diagnóstico es un problema ligamentoso: un caso sobre un paciente con **esguince de LLI de rodilla** (Antón M, 2004) y un tra-

bajo sobre 40 pacientes con **esguince de tobillo** (Agustí J, 2004) de los cuales 11 presentan dolor en la parte posterior del talón que, según la exploración, se relaciona con activación del PGM del músculo tercer peroneo. En el esguince de LLI de rodilla se tratan los PGM de los músculos cuádriceps, isquiotibiales y gastrocnemios durante 5 sesiones, ocurriendo que el dolor (en la parte posterointerna de la rodilla) desaparece.

Encontramos un caso con un diagnóstico de **tendinitis** (Álvarez S, 2001): paciente de 23 años, portero de fútbol, sufre dolor agudo en el polo superior de la rótula derecha. Es diagnosticado de *tendinitis rotuliana* estadio III. Mediante fisioterapia (corrientes analgésicas, láser y ultrasonido) pasa a un estadio I/II. El tratamiento del PGM del recto femoral elimina casi completamente el dolor y permite la reincorporación del paciente a su práctica deportiva.

Aunque existen varios trabajos que tratan de pacientes con **artrosis**, es interesante señalar la disminución del dolor y aumento de la funcionalidad de las manos después del tratamiento de los PGM de los interóseos en una paciente, enfermera de 52 años, con radiología típica de **artrosis**: disminución del espacio articular, esclerosis, osteofitos. Nódulo de Bouchard en el índice de la mano izquierda y de Heberden en casi todos los dedos. El tratamiento se realiza durante un mes, a razón de 2-3 sesiones semanales (Calvo E, 2001). La paciente llevaba, aproximadamente, 4 años sufriendo este dolor.

Encontramos otros casos de **dolor crónico** en los que el tratamiento de los PGM consigue aliviar el dolor. Se presenta el resumen de estos casos:

Paciente de 29 años con dolor en la zona craneal (frontal), cervical y dorsal de larga evolución (no recuerda haberse encontrado nunca libre de dolor). A la exploración, se encuentran numerosos PGM en la musculatura cervical. Dos semanas de tratamiento mediante técnicas invasivas y no invasivas consiguen una reducción de la intensidad y extensión del dolor (Sanz N, 2003).

Paciente de 29 años con dolor cervical, craneal y facial de larga evolución y resistente al tratamiento convencional. Se trataron los PGM de los trapecios, esternocleidomastoideos, suboccipitales y maseteros con resolución del caso mediante tres sesiones que combinan trata-

miento conservador con punción seca de los PGM (Fru-
tos MJ, 2003).

Varón de 54 años con dolor bilateral en epitróclea y epicóndilo desde hace 4-5 años. Se tratan los PGM de escaleno anterior, pectorales, trapecio (PGM₃), subescapular, braquial, radiales, flexores, etc. y se consigue la normalización del síndrome. Cabe señalar la importancia que ha tenido en este caso el tratamiento de los PGM clave ya que un tratamiento anterior basado en el estiramiento de la musculatura del antebrazo no consiguió ningún resultado (Sanfrutos R, 2001).

Auxiliar de enfermería de 32 años con dolor en el borde vertebral de la escápula irradiado hasta el esternón, de un año de evolución. Los tratamientos realizados anteriormente (amasamientos y termoterapia) conseguían hacer disminuir el dolor pero sólo de forma transitoria. Es tratada mediante técnicas conservadoras y punción (PGM de los músculos iliocostal y serrato anterior, además de otros secundarios) durante 5 sesiones, consiguiéndose la normalización del cuadro (Martínez Pacheco MC, 2001).

Se explora a 6 ancianos de una residencia con dolor en los pies. Se trata de una población variada, con el dolor localizado en lugares distintos, que tiene en común, aparte de la edad (65-91; media, 76,5), sufrir este dolor como algo inevitable. A todos se les tratan los PGM encontrados (músculos de la pantorrilla y musculatura intrínseca del pie) y se consigue una disminución del dolor, siendo en algunos casos del 100 %. La autora del trabajo concluye que, en este caso, el tratamiento invasivo no presenta demasiadas ventajas frente al conservador (Escobar P, 2001).

Mujer de 35 años con dolor cervical y en mejilla derecha de 4 años de evolución. Se identifican PGM en maseteros, temporal, trapecios, pterigoideos, esterno-cleidomastoideo, semiespinoso de la cabeza y elevador de la escápula. La articulación temporomandibular (ATM) presenta ruidos articulares (clic recíproco). El tratamiento del SDM durante 4 semanas consigue una resolución casi completa del problema del dolor, aunque el clic articular persista (Argiz MJ, 2002).

Existe otro trabajo sobre **disfunción de la ATM** (Fraile I, 2002), también se trata de una mujer joven (22 años) con chasquidos articulares dolorosos y un episodio de

luxación. Se identifican PGM activos en los músculos digástrico, masetero y pterigoideo lateral que son tratados durante tres sesiones, desapareciendo los síntomas (dolor, chasquidos e impotencia funcional).

Cuatro trabajos (Fresno MJ, 2001; Pagola I, 2001; Fernández Vicario B, 2001; Ortega P, 2001) muestran los efectos del tratamiento de los PGM en pacientes con **afecciones neurológicas**. Fresno² presenta el caso de una paciente de 29 años que, a consecuencia de un accidente de tráfico, sufre lesión medular incompleta C8. El diagnóstico es **tetraparesia** con mayor afectación del lado izquierdo y trastornos de la sensibilidad. Se le realiza punción seca en los músculos interóseos dorsales, flexores comunes profundo y superficial de los dedos, extensor común de los dedos, flexor radial del carpo, pronador redondo, braquiorradial, flexor corto del pulgar y aductor del pulgar y se consigue una disminución de su acortamiento, que permite una mayor funcionalidad de los antagonistas débiles así como una normalización de los trastornos sensitivos. La espasticidad, según la escala de Ashworth, pasa de 3 a 2.

Otro problema neurológico presentado es el caso de un paciente de 71 años con enfermedad de **Parkinson** (Pagola I, 2001) que sufre dolor y picores en ambos epicóndilos irradiados hacia los dedos, así como omalgia bilateral. Tratados los PGM de los extensores de los dedos, extensor corto de la muñeca y escalenos desaparece el dolor y picor, aumenta la fuerza de la musculatura afectada y de sus antagonistas, y se observa una disminución del temblor.

En la revisión se encuentra otro caso de *Parkinson* (Fernández Vicario B, 2001) de predominio acinético, no presentando temblor. Manos muy rígidas. Se tratan los PGM de antebrazo y se consiguen resultados efímeros, aunque el paciente refiere que se siente más hábil para la manipulación.

El tratamiento de los PGM de los músculos pronador redondo y flexor superficial de los dedos de una paciente diagnosticada, clínica y electromiográficamente, de **síndrome del túnel carpiano** consigue la normalización absoluta del problema, confirmada mediante electromiografía (Ortega P, 2001).

Aceituno J³ analiza a 10 pacientes intervenidos de **artroplastia total de rodilla** que presentan dolor en la

100 zona posterointerna del hueco poplíteo, dolor que, en la mayoría de los casos parece ser causado por la activación del PGM₃ de los gemelos. El autor encuentra una relación entre la existencia de flexo de rodilla y la presencia de este punto activo. El tratamiento efectuado es conservador, consiguiendo la desaparición del dolor en la zona reseñada.

Otro caso de **dolor postquirúrgico** (Reina M, 2001) es el de una paciente de 53 años intervenida por *hallux valgus* bilateral que presenta, después de 6 meses, marcha dolorosa sin fase de empuje y dolor espontáneo en ambos pies. En el pie derecho el dolor se localiza en la cara dorsal de los dos primeros dedos y, en el izquierdo, en el primer dedo y en la base de los metatarsianos de todos los dedos (a excepción del quinto). Se evidencia limitación en la flexoextensión de todos los dedos. Después de 9 sesiones de tratamiento convencional (MO, US, corrientes diadinámicas, magnetoterapia y movilizaciones) la paciente sigue con dolor y marcha patológica, a pesar de cierta mejoría en el balance articular. Se opta por tratar los músculos acortados según la perspectiva del SDM, mediante estimulación eléctrica percutánea (PENS) seguida de masaje y spray y estiramiento. Después de 4 sesiones (3 por semana) la marcha se normaliza y desaparece el dolor.

Otro caso con el problema localizado en rodilla es el de un paciente de 25 años diagnosticado de **síndrome de hiperpresión rotuliana externa** postraumático (Yarza E, 2002). La resonancia magnética confirma una condromalacia rotuliana grado II-III. Después de cinco sesiones de fisioterapia que incluye la punción de PGM activos en cuádriceps y fibrolisis diacutánea de liberación de la rótula desaparece completamente el dolor y se recupera casi completamente la funcionalidad.

Un caso parecido lo constituye el de una monitora de aeróbic de 20 años que sufre dolor y fallos en rodilla izquierda (García del Pino C, 2001). Se encuentran PGM activos en todas las porciones del cuádriceps, además de PGM latentes en casi toda la musculatura de la pierna. Se tratan los que parecen relevantes en el caso de esta paciente (técnicas conservadoras y punción) y los síntomas desaparecen en 4 sesiones.

Se presentaron dos casos de **dolor cervical postraumático** (Tantos X, 2001; Arroyo B, 2001) que acuden

a fisioterapia 10-11 días después de haber sufrido el accidente de tráfico. Ambos presentan PGM activos en esternocleidomastoideos (parecen responsables de síntomas tales como visión borrosa, mareos, etc.), elevador de la escápula, trapecio y musculatura suboccipital, y en ambos el tratamiento resulta muy efectivo. El primero es un paciente de 54 años diagnosticado de síndrome postraumático cervical, cuyo tratamiento combina la desactivación de sus PGM con tratamiento postural y terapia manual. El segundo es un paciente más joven (28 años) con diagnóstico de esguince cervical que ha llevado collarín cervical blando desde el accidente y que refiere dolor de oído, cefalea y mareos, además de rigidez y dolor cervical.

En los tres casos clínicos siguientes el problema principal es el **dolor agudo** y el tratamiento de los PGM parece altamente resolutivo:

Paciente de 50 años de edad que sufre dolor en muñeca y dedos de la mano izquierda que le imposibilita realizar una presa cilíndrica (coger un vaso). Se explora la musculatura cuyos PGM pueden ser responsables de este dolor y se encuentran PGM activos en extensores de los dedos y muñeca, supinador, braquiorradial, palmar largo, primer interóseo dorsal y aductor del pulgar. Gran parte de los síntomas desaparecen tras la primera sesión, aunque el restablecimiento completo no se obtiene hasta la tercera sesión en la que se utiliza punción profunda (Martínez García M, 2001).

Paciente de 32 años con dolor cervical, occipital, en borde interno de la escápula izquierda y en brazo izquierdo, el tratamiento de los PGM resuelve el problema, cosa que no había conseguido el tratamiento convencional (Pérez Ferrera T, 2001).

Ama de casa de 46 años con lumbodorsalgia aguda muy incapacitante (no puede levantarse de la cama). La fisioterapeuta determina que los responsables de esta clínica son PGM en longísimo e iliocostal y los trata mediante la técnica suiza, incluyendo punción. Utiliza también técnicas de liberación miofascial y reeducación propioceptiva, consiguiendo normalizar la situación en 6 sesiones (López Company L, 2001).

Existe un único caso que contempla el tratamiento de los **calambres musculares** bajo el punto de vista del SDM (Carpio M, 2002). Paciente de 55 años que pa-

dece calambres musculares nocturnos en MMII. Los calambres aparecen a diario en la zona posterior e interna del muslo. Se encuentran PGM en los músculos isquiotibiales y aductores. Después de tres semanas de tratamiento (tres sesiones) mediante punción y técnicas no invasivas los calambres desaparecen totalmente.

También es un único autor (Llesta MA, 2001) el que presenta el tratamiento de los PGM como **preventivo**: De 11 corredores 6 padecen dolor cuyo responsable es identificado como el PGM insercional el gastronecmio. 5 son asintomáticos, pero también presentan sensible este PGM. Todos son tratados, objetivándose una recuperación completa de los atletas lesionados en el curso de tres sesiones (vuelven a entrenar a partir de la segunda) y ninguna lesión en los tratados de forma preventiva.

Algunos trabajos muestran afecciones en las que el tratamiento de los PGM no suele integrarse con otras técnicas de fisioterapia. Paciente de 43 años diagnosticada de **incontinencia urinaria de esfuerzo** (IUE) que presenta mucha dificultad para la relajación del diafragma. El tratamiento de este músculo (liberación por presión del PGM y estiramiento, entre otras técnicas) permite que se puedan aplicar las técnicas específicas para el tratamiento de la IUE (Campos MG, 2001). Paciente de 28 años de edad que después de una afección de colon y gastroenteritis presenta un dolor en la pelvis que se centra en el cóccix e irradia hacia el muslo. La presión sobre un PGM del obturador interno reproduce este dolor. Se trata este músculo durante 4 semanas (1-2 sesiones semanales) consiguiéndose la resolución completa del problema (Cosgrove B, 2001).

En otros casos (Martín S, 2001) sí parece evidente que el tratamiento de los PGM puede ayudar a resolver el problema: Paciente de 25 años con limitación en la movilidad del hombro derecho como secuela de una fractura conminuta de la cabeza humeral con desgarro de manguito rotador, esguince acromioclavicular y desgarro capsular. Ha estado en tratamiento rehabilitador durante dos meses al final del cual sigue con limitaciones. El tratamiento de los PGM de los músculos trapecio, subescapular y redondo menor consigue un aumento del recorrido articular hasta casi la normalidad. Cabe reseñar que la situación se estancó en la cuarta

sesión, a partir de la cual no se obtiene ninguna ganancia articular.

El resto de trabajos se han realizado sobre un grupo de pacientes: el primero (Campos L, 2001) testa los efectos de la fibrolisis diacutánea sobre el PGM₁ del trapecio en 29 sujetos. Consigue ganancia de movilidad cervical y aumento del umbral de dolor. El autor concluye que los fibrosites (diana de la técnica de la fibrolisis) pueden ser PGM. Otro trabajo (Benito D, 2003) estudia el efecto del tratamiento de los PGM en distintos pacientes que han sufrido traumatismos graves de EEII, seguidos de largas inmovilizaciones. La presencia de PGM en estos pacientes es muy frecuente y se relaciona con el grado de impotencia funcional de los pacientes, resultando que el tratamiento de los PGM es muy útil ya que, al conseguir quitar parte del dolor, facilita la realización de otras técnicas. En otro estudio (Matoses D, 2003) se analizan los efectos del tratamiento de los PGM en el proceso global de la recuperación de 20 pacientes, afectos de problemas dispares. El autor concluye que la sensación subjetiva de "estarse recuperando" se correlaciona con la disminución del dolor, que en este trabajo se consigue con el tratamiento de los PGM.

CONCLUSIONES

Esta revisión muestra que el tratamiento de los PGM ha sido esencial en aquellos pacientes cuyo principal problema era el dolor, cosa que ocurre en la mayoría de los casos clínicos. La excepción la constituyen los correspondientes a afecciones neurológicas, en los cuales sorprenden los efectos obtenidos mediante la punción de los PGM. Se precisan estudios controlados que analicen estos efectos, de repercusión clínica muy relevante.

Asombran, también, los diagnósticos bajo los que llegan los pacientes al fisioterapeuta: tendinopatía, capsulitis, epicondilitis, cervicobraquialgia, lumbociatalgia, contractura, etc. Viendo los resultados del tratamiento de los PGM en estos casos, se puede aventurar que denominar **SDM en los músculos determinados** podría ser considerado un verdadero diagnóstico de fisioterapia, capaz de completar el diagnóstico médico, insuficiente para orientar nuestra actuación. Otra constante que aparece en esta revisión es que el tratamiento de los

102 PGM parece ser clave en problemas de larga duración y cuyo tratamiento de fisioterapia no ha sido suficientemente resolutivo. Aunque la metodología utilizada en estos trabajos no nos ofrece ningún tipo de garantía de que estos datos se puedan extrapolar a la población general, sí nos debería hacer reflexionar sobre la necesidad de estudiar los efectos de nuestros tratamientos y de ofrecer aquellos que resuelvan los problemas de nuestros pacientes de la forma más eficaz posible.

De esta revisión emergen diferentes hipótesis de estudio que deberían ser comprobadas (o refutadas) en futuros estudios: parte del dolor que sufre un paciente con artrosis puede ser eliminado mediante el tratamiento de los PGM; parte del dolor achacado a la inflamación tendinosa puede provenir del músculo; parte del dolor originado por problemas de la ATM se debe a la activación de PGM; el “esguince cervical” constituye una forma de SDM secundario a un traumatismo; los

fibrosites pueden ser, en alguna ocasión, PGM; el tratamiento de los PGM facilita la aplicación de otras técnicas de fisioterapia; el fisioterapeuta puede aportar conocimientos al tratamiento de afecciones viscerales, etc. No se puede afirmar que, de esta revisión, emerge ningún tipo de evidencia científica, sin embargo, no se puede negar la gran importancia clínica que tienen muchos de los trabajos resumidos. Como ya señaló Foucault⁴, en la categorización de los conocimientos no solo existen los parámetros objetivo/sistematizado que derivan de su matematización (las ciencias extraen de las matemáticas procedimientos y legitimatización). Hay que pensar los conocimientos también en otra ordenada, aquella que los considera bajo la luz de su posibilidad: positivo/no positivo. En este punto debe leerse este trabajo, como no objetivo, no sistematizado, pero positivo, como conocimiento no científico, pero como conocimiento, al fin.

BIBLIOGRAFÍA

1. Travell J, Rinzler SH. The myofascial genesis of pain. Postgrad Med. 1952;11(5):425-34.
2. Fresno MJ, Mediavilla P, Mayoral O. Dry needling of miofascial trigger points for hypertonia spastica in incomplete spinal cord injuries. Report of two cases. J Musculoske Pain. 2004;12 Supl 9:75.
3. Aceituno J. Dolor persistente en hueco poplíteo tras prótesis total de rodilla: Incidencia y tratamiento del punto gatillo 3 del gastrocnemio. Fisioterapia. 2003;25(4):209-14.
4. Foucault M. Las palabras y las cosas. 6 ed. México: Siglo XXI editores; 1974.