



ARTÍCULO DE REVISIÓN

Consideración etiológica, diagnóstica y terapéutica del componente miofascial en el dolor pélvico crónico

E. Díaz-Mohedo*, F.J. Barón-López y C. Pineda-Galán

Departamento de Fisioterapia, Universidad de Málaga, Málaga, España

Recibido el 20 de mayo de 2010; aceptado el 18 de junio de 2010

Accesible en línea el 13 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Dolor pélvico crónico;
Síndrome de dolor miofascial;
Fisioterapia;
Suelo pélvico;
Puntos gatillo

KEYWORDS

Chronic pelvic pain;
Myofascial pain syndrome;
Physiotherapy;
Pelvic floor;
Trigger points

Resumen

Contexto: El dolor pélvico crónico se localiza al nivel del abdomen inferior o pelvis y persiste durante al menos 6 meses. Puede presentarse de forma continua o intermitente, sin que se asocie a un proceso cíclico menstrual o al mantenimiento de relaciones sexuales.

Objetivo: Justificar el protagonismo del componente miofascial en la etiología y manifestación clínica del dolor pélvico crónico y animar a considerar el abordaje terapéutico de dicho componente en los protocolos de intervención.

Adquisición de evidencia: Se realiza una revisión sistemática en PubMed y Cochrane Library (2000-2009) que incluye revisiones previas, estudios clínicos aleatorizados controlados, estudio de cohortes y estudio de casos con pacientes afectados de dolor pélvico crónico.

Síntesis de evidencia: El dolor pélvico crónico y las diversas patologías asociadas cursan con alteraciones miofasciales, que pueden ser responsables de la perpetuación de los síntomas orgánicos y de la falta de resolución evolutiva del proceso cuando dicho componente no se aborda específicamente.

Conclusión: Se trata de un cuadro clínico de elevada prevalencia e incidencia que tiene importante impacto en términos de calidad de vida y de gasto económico.

© 2010 AEU. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Etiological, Diagnostic and Therapeutic Consideration of the Myofascial Component in Chronic Pelvic Pain

Abstract

Context: Chronic pelvic pain is localized in the lower abdomen or pelvis and persists for at least 6 months. It may be continuous or intermittent, without association to a cyclic menstrual condition or to maintaining sexual relationships.

Objective: To justify the important role played by the myofascial component in the etiology and clinical manifestation of Chronic Pelvic Pain and encourage the consideration of a therapeutic approach to such component in the intervention protocols.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: estherdiaz@uma.es (E. Díaz-Mohedo).

Acquiring of Evidence: A systematic review was made in PubMed and Cochrane Library (2000-2009) that included previous reviews, randomized controlled clinical studies, cohort studies and case studies with patients suffering chronic pelvic pain.

Synthesis of Evidence: Chronic pelvic pain and the different conditions associated to it occur with myofascial alterations that may be responsible for the perpetuation of the body symptoms and lack of evolutive resolution of the condition when said component is not approached in a specific way.

Conclusion: This is a clinical situation with elevated prevalence and incidence with significant impact in terms of quality of life and financial cost.

© 2010 AEU. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El dolor pélvico crónico (DPC) es aquel que se localiza al nivel del abdomen inferior, la pelvis o las estructuras intra-pelvianas, y que persiste durante al menos 6 meses. Se presenta de forma continua o intermitente, sin estar asociado a un proceso cíclico menstrual o a las relaciones sexuales¹. Diversos estudios coinciden en la elevada prevalencia del síndrome^{1,2}, arrojando cifras en torno al 12% de la población general en EE. UU.³ y al 14,7% de las mujeres americanas entre 18 y 50 años⁴, 21,5% en mujeres australianas⁵, del 24 al 25,5% de las féminas en Nueva Zelanda⁶ y al 2-16% de la población mundial⁷, con una incidencia durante la vida de un 33%³.

Epidemiológicamente se encuentra una mayor incidencia en las mujeres⁶, que mensualmente en el Reino Unido se trata de 1,6/1.000, con una duración media de los síntomas dolorosos de 15 meses⁸. Solo el 10% consulta al ginecólogo^{2,4}, alrededor del 8% constituye motivo de consulta al urólogo y el 1% para médicos de atención primaria en los EE. UU.². El 25% de los casos no se diagnostica hasta 3-4 años después de su primera consulta. Curiosamente en un tercio de mujeres persisten los síntomas dos años después y, de ellas, tan solo el 40% son remitidas al especialista⁸.

El impacto en la calidad de vida ha sido analizado por diversos autores, estimándose que el 25% de las mujeres con DPC pierde un día y medio de trabajo por mes, el 58% tiene restringida su actividad normal⁴, un 52,7% condiciona su actividad social, familiar y sexual⁶ y hasta un 1% solicita consulta psicológica⁴. Esta condición afecta aproximadamente al 10-16% de los varones, con mayor frecuencia entre los 36-50 años, sin mostrar predisposición racial aparente en ninguno de los sexos⁸. El impacto económico de la enfermedad es considerable, suponiendo inversiones que han de cubrir numerosos especialistas y sus correspondientes pruebas diagnósticas, en torno a los 158 millones de libras en el Reino Unido y a los 881 millones de dólares en los EE. UU.⁹.

Resulta escasa la consideración del abordaje terapéutico del componente miofascial en la cadena de tratamientos efectuados por los especialistas encargados de restaurar la función perineal y de aliviar el dolor, pese a que este se considera un componente importante implicado en dichas patologías^{10,11}. Este trabajo intenta justificar el componente miofascial como parte protagonista en la etiología y en la manifestación clínica del DPC y de las

patologías del tracto genitourinario a las que este cuadro se asocia.

Material y métodos

Se realiza una revisión sistemática en PubMed y The Cochrane Library (2000-2009), previa verificación de palabras clave con Thesaurus Biomédico (*Chronic pelvic pain, myofascial pain syndrome, physical therapy modalities, trigger points*), y se procede a la construcción y elaboración del árbol temático que delimita la estrategia de búsqueda, comenzando a realizar aquellas combinaciones entre los términos principales que nos aproximan al tema a investigar.

Los criterios de selección utilizados en la presente revisión incluyen revisiones previas, estudios y/o ensayos clínicos aleatorizados controlados con pacientes afectados de DPC, así como, aunque con menor énfasis, investigaciones retrospectivas y opiniones de expertos en la materia en lengua inglesa que investiguen sobre la etiología, diagnóstico y abordaje miofascial en el DPC durante el periodo comprendido entre 2000 y 2009 (fig. 1).

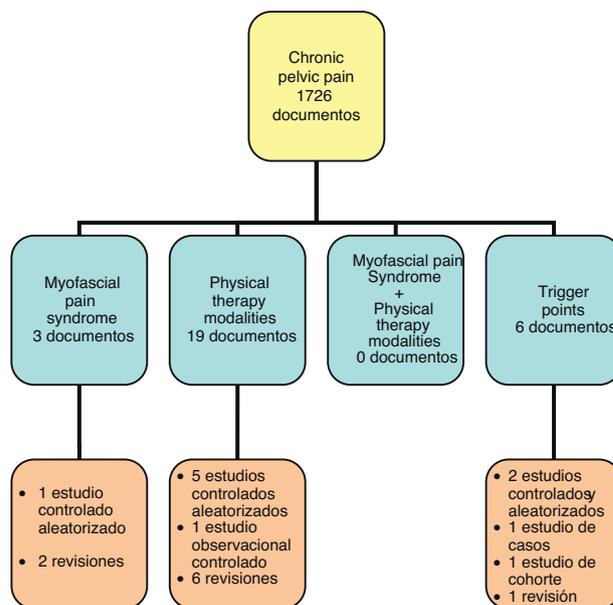


Figura 1 Resultados de la estrategia de búsqueda sistemática en PubMed y The Cochrane Library (2000-2009).

Síntesis de evidencia

Weasselman et al.¹² sugieren que uno de los factores que pueden estar contribuyendo a las elevadas tasas de fracaso en el abordaje del DPC puede deberse a la falta de contemplación y diagnóstico diferencial entre la evaluación visceral y de otros sistemas, dentro de los cuales se incluye el musculoesquelético y el soporte postural. Potts et al.¹³ anuncian la emergencia de un nuevo factor miofascial y muscular como parte integrante del apartado etiológico que explique el DPC.

La importancia de diferenciar entre dolor referido de una víscera y el dolor miofascial y los puntos gatillo (PG) que una disfunción visceral puede ocasionar, se desarrolla ampliamente en la revisión de Doggweiler y Wiygul, quienes especifican los mecanismos desencadenantes en la formación de PG en el suelo pélvico de pacientes con disfunción genitourinaria, y tienen en alta consideración dicho factor como etiológico, recomendando las infiltraciones, los estiramientos y el tratamiento manual de dichos puntos como técnicas efectivas en el manejo resolutivo del dolor¹⁴.

Con el objetivo de aportar un consenso común en las directrices existentes basadas en la evidencia escrita sobre diagnóstico y enfoques terapéuticos del DPC, Jarrell et al.¹⁵ sugieren una serie de recomendaciones entre las que encontramos aquellas que hacen referencia a la necesidad de aumentar el conocimiento sobre la implicación del componente miofascial en la etiología del síndrome, así como la posibilidad de acceso por parte de estos pacientes a equipos multidisciplinarios en los que la fisioterapia, a través del ejercicio y la postura entre otras técnicas, sea una opción terapéutica válida¹⁶.

La variedad de síntomas de carácter crónico que rodean a patologías vesicales, de uretra, próstata y colon pueden ser causados, agravados o mantenidos, por la existencia de alteraciones miofasciales y presencia de PG en los músculos superficiales y profundos de la zona perineal¹⁷. Igualmente, se considera la disfunción sacroilíaca, con su consecuente alteración del componente miofascial, como una importante influencia en el desarrollo sintomatológico de dichas patologías, considerándose una importante causa de dolor urogenital.

Existe evidencia en torno a la existencia de una alteración miofascial abdominal en un 15% de las mujeres que padecen DPC^{1,18}. Se proponen así técnicas destinadas tanto al diagnóstico como al manejo de dicho componente. Vicent insiste en la importancia de la elaboración de la historia y exploración, ya que dichas herramientas constituyen la clave necesaria para la identificación de la causa y de los factores que perpetúan los síntomas, todo ello en un contexto clínico multidisciplinar¹⁹.

Doggweiler-Wiygul lleva a cabo un estudio de casos con 4 pacientes diagnosticados de DPC, cistitis y síntomas irritativos vesicales a los que palpa y trata mediante infiltración y estiramientos de los PG localizados en los músculos piriforme, glúteos y obturador interno. El sistema de verificación de dichos puntos se basa en el espasmo local de la musculatura perineal y en el dolor referido a la palpación²⁰.

Algunas alteraciones sexuales como la eyaculación precoz, el descenso de la libido, o el dolor eyaculatorio se asocian con DPC. En este sentido Anderson et al. trataron durante un mes los PG del periné de 146 hombres con DPC y

valoraron la severidad, la frecuencia y el dolor de los síntomas urinarios y sexuales según NIH-IC. Con un seguimiento de 5 meses el 70% de los sujetos refirió una disminución del dolor de 9 puntos (35%) y de 7 (26%) en el NIH-CPS ($p < 0,001$). Los síntomas sexuales mejoraron de forma global en el 43% de los sujetos ($p < 0,001$), pero solo el 10% obtuvo una mejoría moderada ($p = 0,96$)²¹.

Langford realizó un estudio prospectivo con 18 pacientes con dolor uroginecológico (7 de ellos con cistitis intersticial) a las que localizó PG en el elevador del ano, valoró su sensibilidad utilizando una escala analógica visual y trató mediante infiltración y estiramiento miofascial específico postpunción²². Consiguió una tasa de éxito (disminución del dolor de un 50%) del 72% inmediatamente después de la sesión y ausencia de dolor en el 33%. De las 7 mujeres con cistitis el 71% tuvo un descenso mayor al 50% en la escala analógica visual.

Profundizando en la implicación del sistema musculoesquelético en la etiología del DPC, Tu et al.²³ llevaron a cabo un estudio prospectivo transversal en el que exploraron 20 sujetos con DPC y 19 sujetos sanos. Los principales hallazgos detectados fueron asimetría de crestas ilíacas (61 vs. 25%), disimetría en altura de la sínfisis del pubis (50 vs. 10%) y positividad en el test de provocación posterior sacroilíaco (37 vs. 5%). Estas diferencias fueron estadísticamente significativas ($p < 0,05$) en todos los casos. Los pacientes mostraron igualmente más tensión abdominal y tuvieron una media de tensión perineal más alta que los casos controles, y menos control de la musculatura del suelo pélvico (mantenimiento de contracción durante 10 segundos y relajación). El elevado índice de hallazgos musculares hace necesario que se tenga en cuenta de manera específica el abordaje de este componente.

Otros estudios valoran las alteraciones posturales, la marcha, la movilidad, la postura en sedestación y los patrones de respiración y de movimiento (test de Mensendieck) en pacientes con DPC²⁴. Las mujeres con DPC obtuvieron puntuaciones significativamente más bajas que el grupo control ($p < 0,01$), destacando una importante diferencia en el patrón de marcha ($2,70 \pm 0,11$, vs. control $5,60 \pm 0,09$) y respiratorio (pacientes $2,88 \pm 0,14$, vs. control $5,63 \pm 0,10$). Se demuestra una buena validez discriminativa de la prueba y la implicación articular y/o muscular de primer o segundo orden que acompaña al DPC. También se ha demostrado la eficacia, medida en puntuaciones sobre el dolor, del tratamiento somatocognitivo de Mensendieck con respecto al tratamiento ginecológico estándar en un estudio controlado y aleatorizado en 40 mujeres afectas de DPC²⁵. Las mejores puntuaciones correspondieron al grupo experimental, manteniéndose a los 90 días de recibir el tratamiento, e incluso un año después de la inclusión en el estudio.

Fenton et al. realizaron un estudio piloto con 56 pacientes diagnosticados de DPC en los que valoraron el umbral de dolor a la presión (UDP) en 14 PG localizados en la pared anterior abdominal, antes y después de recibir aleatoriamente una de las opciones de tratamiento (infiltración en el PG o tratamiento farmacológico estándar)²⁶. Encontraron débil correlación entre UDP y otros sistemas de medida del dolor (escala analógica visual). Las puntuaciones de UDP mejoraron en el 75% de los que recibieron infiltración, frente al 60% de los que recibieron tratamiento farmacológico.

Otro estudio aleatorio experimental multicéntrico, llevado a cabo durante 6 meses sobre 47 pacientes (23 hombres y 24 mujeres), comparó los efectos de las técnicas de inducción miofascial con los de las técnicas globales de masaje en pacientes con síndrome de dolor pélvico, midiendo el dolor y la severidad de los síntomas urinarios (IC para mujeres y NIH-CPSI para hombres), calidad de vida (SF-12) y salud sexual (FSFI)²⁷. La tasa de respuesta global en el grupo de inducción miofascial fue significativamente mejor (57%) que la obtenida en el grupo sometido a técnicas de masaje general (21%).

En un estudio de cohorte en hombres con DPC se estableció una relación entre PG existentes en la zona perineal (7 puntos) y las zonas de dolor referido a la palpación con las zonas dolorosas inicialmente referenciadas por el paciente. El dolor referido se produjo al menos el 50% de las veces en 5 de los 7 PG palpados, y dos de ellos referían dolor en más de una zona anatómica²⁸. Los sitios de irradiación más frecuentes fueron el pene (90,3%), el periné (77,8%) y el recto (70,8%). Los PG puborrectal, pubocóxigeo y recto abdominal reproducían dolor peneano más del 75% de las veces. La palpación del oblicuo externo lo hacía hacia la zona suprapúbica, los testículos y la ingle al menos en el 80% de los pacientes²⁸.

Teniendo en cuenta la relación establecida por los autores entre el sistema miofascial y su contribución al desarrollo de los síntomas genitourinarios, parece que las disfunciones miofasciales (hipertonía perineal y/o presencia de PG) actúan no sólo como desencadenante de los síntomas, sino que también contribuyen al desarrollo del proceso neurogénico-inflamatorio visceral y pueden convertirse en una fuente de disfunción orgánica²⁹. Esta implicación miofascial en el dolor pélvico ha recibido varias denominaciones, como síndrome del elevador del ano, mialgia tensional perineal y síndrome de dolor pélvico crónico. Tal arbitrariedad y confusión en la denominación de un mismo cuadro sintomático refleja la necesidad de un consenso en los protocolos diagnósticos, que apunte hacia los factores desencadenantes del síndrome y oriente hacia un abordaje terapéutico eficaz.

A pesar de la relación que algunos de los estudios proponen entre los trastornos genitourinarios y la disfunción sacroilíaca, ninguno aclara la implicación biomecánica y/o miofascial que dicha alteración pueda tener. Por otro lado, la relación electromiográfica entre hipertonia del músculo cóxigeo y el iliocostal lumbar sí explicaría la asociación de las patologías uroginecológicas con la lumbalgia³⁰.

Conclusión

Existen evidencias científicas que confirman la implicación del sistema miofascial en el DPC, y que deben animar al especialista encargado de llevar a cabo la resolución de este síndrome a diseñar un protocolo de intervención que contemple la fisioterapia (con técnicas manuales de tratamiento miofascial) como una alternativa eficaz dentro del abordaje multidisciplinar del cuadro.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Montenegro MLLS, Vasconcelos ECLM, Candido Dos Reis FJ, Nogueira AA, Poli-Neto OB. Physical therapy in the management of women with chronic pelvic pain. *Int J Clin Pract.* 2008;62:263-9.
2. Schaeffer AJ. Epidemiology and evaluation of chronic pelvic pain syndrome in men. *Int J Antimicrob Agents.* 2008;31 Suppl:S108-11.
3. Walter EA, Katon WF. The prevalence of chronic pain and irritable bowel syndrome in two university clinics. *Psychosom Obstet Gynaecol.* 1991;12:66-9.
4. Mathias SD, Kupperman M, Liberman R, Steege JF, Lipshutz RC. Chronic pelvic pain: prevalence, health-related quality of life, and economic correlates. *Obstet Gynecol.* 1996;87:321-7.
5. Pitts MK, Ferris JA, Smith AMA, Shelley JM, Richters J. Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women. *Med J Aust.* 2008;189:138-43.
6. Grace V, Zondervan K. Chronic pelvic pain in women in New Zealand: comparative well-being, comorbidity, and impact on work and other activities. *Health Care Women Int.* 2006;27:585-99.
7. Yang M, Zhao X. Advances in the treatment of chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *Zhonghua Nan Ke Xue.* 2008;14:1130-4.
8. Zondervan K, Barlow DH. Epidemiology of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14:403-14.
9. Stones RW, Selfe SA, Fransman S, Horn SA. Psychosocial and economic impact of chronic pelvic pain. *Baillieres Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol.* 2000;14:415-31.
10. Churakov AA, Popkov VM, Zemskov SP, Glybochko PV, Blumberg BI. Combined physiotherapy of chronic infectious prostatitis. *Urologia.* 2007;61-5.
11. Curtis Nickel J, Baranowski AP, Pontari M, Berger RE, Tripp DA. Management of men diagnosed with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome who have failed traditional management. *Rev Urol.* 2007;9:63-72.
12. Wessellmann U, Czakanski PP. Pelvic pain: a chronic visceral pain syndrome. *Curr Pain Headache Rep.* 2001;5:13-9.
13. Potts JM, O'Dougherty E. Pelvic floor physical therapy for patients with prostatitis. *Curr Urol Rep.* 2000;1:155-8.
14. Doggweiler-Wiygul R. Urologic myofascial pain syndromes. *Curr Pain Headache Rep.* 2004;8:445-51.
15. Jarrell JF, Vilos GA, Allaire C, Burgess S, Fortin C, Gerwin R, et al. Consensus guidelines for the management of chronic pelvic pain. *J Obstet Gynaecol Can.* 2005;27:869-910.
16. Peters KM, Carrico DJ. Frequency, urgency, and pelvic pain: treating the pelvic floor versus the epithelium. *Curr Urol Rep.* 2006;7:450-5.
17. Chaitow L. Chronic pelvic pain: pelvic floor problems, sacroiliac dysfunction and the triggers point connection. *J Bodyw Mov Ther.* 2007;10:10-6.
18. Montenegro MLLS, Gomide LB, Mateus-Vasconcelos EL, Rosa-e-Silva JC, Candido-dos-Reis FJ, Nogueira AA, et al. Abdominal myofascial pain syndrome must be considered in the differential diagnosis of chronic pelvic pain. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2009;147:21-4.
19. Vincent K. Chronic pelvic pain in women. *Postgrad Med J.* 2009;85:24-9.
20. Doggweiler-Wiygul R. Interstitial cystitis, pelvic pain, and relationship to myofascial pain and dysfunction: a report on four patients. *World J Urol.* 2002;20:310-4.
21. Anderson RU, Wise D, Sawyer T, Chan CA. Sexual dysfunction in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome:

- improvement after trigger point release and paradoxical relaxation training. *J Urol.* 2006;176 4 Pt 1:1534–8, discussion 1538–9.
22. Langfort C. Levator ani trigger point injection: an underutilized treatment for chronic pelvic pain. *Neurourol Urodynam.* 2007;26:59–62.
 23. Tu FF, Holt J, Gonzales J, Fitzgerald CM. Physical therapy evaluation of patients with chronic pelvic pain: a controlled study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;198:272.e1–7.
 24. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste U, Leganger S, Hammel B, Klemmetsen I, et al. Reliability and validity of a standardized Mensendieck physiotherapy test (SMT). *Physiother Theory Pract.* 2006;22:189–205.
 25. Haugstad GK, Haugstad TS, Kirste UM, Leganger S, Wojniusz S, Klemmetsen I, et al. Continuing improvement of chronic pelvic pain in women after short-term Mensendieck somato-cognitive therapy: results of a 1-year follow-up study. *Am J Obstet Gynecol.* 2008;199:615.e1–8.
 26. Fenton BW, Palmieri PA, Durner C, Fanning J. Quantification of abdominal wall pain using pain pressure threshold algometry in patients with chronic pelvic pain. *Clin J Pain.* 2009;25:500–5.
 27. Fitzgerald MP, Anderson RU, Potts J, Payne CK, Peters KM, Clemens JQ, et al. Randomized multicenter feasibility trial of myofascial physical therapy for the treatment of urological chronic pelvic pain syndromes. *J Urol.* 2009;182:570–80.
 28. Anderson RU, Sawyer T, Wise D, Morey A, Nathanson BH. Painful myofascial trigger points and pain sites in men with chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome. *J Urol.* 2009;182:2753–8.
 29. Weiss JM. Pelvic floor myofascial trigger points: manual therapy for interstitial cystitis and the urgency-frequency syndrome. *J Urol.* 2001;166:2226–31.
 30. Smith MD, Coppieters MW, Hodges PW. Postural response of the pelvic floor and abdominal muscles in women with and without incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2007;26:377–85.