

J.C. Zuil Escobar  
C.B. Martínez Cepa

Universidad San Pablo-CEU.

**Correspondencia:**  
Juan Carlos Zuil Escobar  
Universidad de San Pablo CEU  
Martín de los Heros, 60  
28008 Madrid  
E-mail: jczuil@ceu.es

Fecha de recepción: 26/06/06  
Aceptado para su publicación: 05/03/07

---

### Síndrome del dolor miofascial como posible causa de parestesias: presentación de un caso

#### *Miofascial pain syndrome as a possible cause of paresthesia: a case report*

#### RESUMEN

La presencia de parestesias en el borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos suele tener su origen en la compresión de la raíz C8 o del nervio cubital. A pesar de ello, existen ocasiones en la que dicha sintomatología puede tener otra causa. Se expone a continuación un caso, en el cual el paciente presentaba, además de dolor cervical y en la cara posterior del hombro, parestesias en las zonas antes mencionadas. Durante la exploración, tanto médica como de fisioterapia, se descartó patología compresiva nerviosa. Sin embargo, en la exploración de fisioterapia, se encontró como causa de las parestesias la activación del punto gatillo miofascial del músculo redondo menor. Éste fue tratado en primer lugar mediante técnicas de compresión y estiramiento, no consiguiéndose su inhibición, para lo cual se recurrió a la utilización de punción seca superficial, seguida de estiramiento. Los síntomas desaparecieron a las 3 sesiones de tratamiento.

#### ABSTRACT

*The presence of paresthesias in the cubital edge of the hand, fourth and fifth finger usually is related to the compression of the C8 root or the cubital nerve. In spite of it, there are occasions in which these symptoms may have other origin. A case study shows, a patient who presented both cervical and dorsal shoulder pain, as well as paresthesias in the zones aforementioned. During the medical and physical therapy examination, compressive nervous pathology was ruled out. During de physical therapy evaluation, it was found out that the paresthesias were related to the presence of an active Myofascial Trigger Point in the Teres Minor. The treatment consisted of compression techniques and stretching. Afterwards, superficial dry needling followed by stretching was needed to obtain the whole inhibition of the MTP. The symptoms disappeared after three sessions of treatment.*

## PALABRAS CLAVE

Parestesia; Nervio cubital; Punto gatillo miofascial; Redondo menor.

## KEY WORDS

*Paresthesia; Ulnar nerve; Miofascial trigger point; Teres minor.*

45

## INTRODUCCIÓN

La inervación sensitiva del borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos es llevada a cabo por el nervio cubital, el cual se forma a partir del cordón posterior, incluyendo las raíces C8 y D1<sup>1</sup>. Es más, se considera que es la raíz C8<sup>1,2</sup> la responsable de la inervación de dichas zonas. La presencia de parestesias en estos territorios cutáneos, por tanto, hace pensar en el algún tipo de compromiso en la raíz C8 o bien en alguna compresión del nervio cubital, encontrándose los lugares más frecuentes de compresión en dicho nervio a nivel de la fosa epitroclea-olecraneana del codo, en el canal de Guyon, la aponeurosis del cubital anterior y flexor profundo<sup>3</sup>. Sin embargo, existen algunos casos en los que aparecen parestesias en los territorios de anteriormente señalados sin que se encuentre ningún tipo de alteración en las estructuras nerviosas antes referidas. En el caso que a continuación se describe, se observa cómo esta sintomatología puede estar causada por otro tipo de alteraciones que nada tienen que ver con la patología compresiva.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 35 años, varón, que trabaja en una oficina, acude a tratamiento de fisioterapia, presentado dolor en la zona cervical, cara posterior de hombro y parestesias en la zona cubital de la muñeca, mano y cuarto y quinto dedos del miembro superior izquierdo. En la anamnesis señala que la sintomatología comenzó 3 meses antes, sin que exista antecedente traumático. También aporta informes médicos, en los que se manifiesta la realización de estudio radiológico que ha desechado la posible presencia de hernias discales a nivel cervical; sin embargo, no se han realizado pruebas médicas para valorar el estado y la conducción del nervio cubital.

En la exploración visual, no se encuentran alteraciones en la coloración ni sudoración de la piel. Debido a que al paciente se le ha realizado resonancia magnética, no se realizaron pruebas funcionales para valorar presencia de hernias discales a nivel cervical.

En la exploración se incluye la valoración de nervio cubital, para ver si existe alguna posible zona de atrapamiento del mismo. Para ello, se realizan el test descrito por David Butler<sup>4</sup>, el cual consiste en, encontrándose el paciente en decúbito supino, posicionar en flexión el hombro y el codo, realizándose también una pronación del antebrazo, una extensión de la muñeca y de los dedos cuarto y quinto. Se evalúa la presencia de parestesias en el trayecto del nervio cubital, así como la elasticidad del mismo. El test se realiza con la cabeza en posición neutra y en inclinación contralateral, buscando valorar posibles diferencias. Además, se realiza de forma bilateral. Al realizar estos tests, no se encuentran diferencias en la movilidad del nervio cubital entre ambos lados, no apareciendo tampoco la sintomatología. No aparecen, por tanto, los criterios considerados como positivos<sup>4</sup>. También se realiza palpación del nervio cubital, ya que la afectación del nervio puede mostrar dolor y alteraciones en la misma<sup>4</sup>; en este caso, no se encuentran diferencias respecto a la palpación del otro lado.

En la exploración también se procedió a la palpación muscular, buscando la presencia de puntos gatillo miofasciales (PGM), que pudiesen explicar el dolor cervical y de hombro que presenta el sujeto. Así, se exploran los músculos trapecio (PGM 1 y 2), angular de la escápula, deltoides, supraespinoso, infraespinoso, redondo mayor, redondo menor, serrato posterosuperior y tríceps braquial<sup>5</sup>. Así, la presión sostenida y mantenida, lo cual es un criterio diagnóstico<sup>5</sup>, sobre el PGM del redondo menor provocó las parestesias que refería el sujeto, en el borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedos. Ade-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2627986>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2627986>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)