

## Inducción miofascial en el dolor lumbopélvico crónico. A propósito de tres casos

### *Myofascial induction in chronic lumbopelvic pain. Three cases study*

**M. Vela-Navacerrada.** Fisioterapeuta. Ejercicio libre de la profesión. Madrid. España

#### **Correspondencia:**

María Vela Navacerrada  
maria\_vela\_navacerrada@yahoo.es

Recibido: 27 febrero 2009  
Aceptado: 2 Noviembre 2009

#### **RESUMEN**

*Introducción:* la inducción miofascial es un método de trabajo para liberar tensiones y recuperar el equilibrio funcional del cuerpo. *Objetivo:* se estudia la evolución clínica de tres mujeres jóvenes nulíparas con dolor lumbopélvico crónico, sometidas al mismo protocolo de inducción miofascial para liberar la membrana de tensión recíproca espinal. *Pacientes y método:* dos de los casos tienen un antecedente traumático y su actividad laboral requiere más de seis horas de sedestación. El otro caso no tiene antecedente traumático y profesionalmente es bailarina. En todos los casos se descartó daño medular por compresión discal y se intentó tratamiento previo mediante otras técnicas de Fisioterapia (terapia manual osteopática, electroterapia), sin observar una remisión completa de los síntomas. *Resultados:* se observa una mejoría completa de los síntomas en todos los casos, precisando mayor número de sesiones aquellos en los que el trauma físico había sido mayor y más crónico en el tiempo. *Discusión/conclusiones:* la inducción miofascial se presenta como una herramienta útil en el tratamiento del dolor lumbopélvico crónico en estos tres casos.

**Palabras clave:** fascia, lumbalgia, médula espinal, protocolo.

#### **ABSTRACT**

*Introduction:* myofascial induction is a method of working to relieve tension and to recover functional body balance. *Objective:* research on the evolution of three young women who have never given birth to a child with chronic lumbopelvic pain, subject to the same myofascial induction procedure to relieve tension in the spinal cord membrane. *Patients and method:* two of the cases have a trauma precedent and their work condition requires sitting about six hours. The other case have no precedent trauma and she is a professional dancer. In all cases medular damage was disregard and there was a previous treatment by means of other technichs (manipulative physiological therapy, electrotherapy), without having reached complete recovery. *Results:* symptoms relief is almost complete in all cases; the cases with more serious physical trauma or more permanent consequences require many more sessions than the others. *Discussion/conclusions:* myofascial induction is an apropiate method of working in these three cases of chronic lumbopelvic pain.

**Key words:** fascia, low back pain, spinal cord, procedure.

## INTRODUCCIÓN

La inducción miofascial es un proceso de evaluación y tratamiento en el que, a través de movimientos y presiones mantenidas tridimensionalmente, se busca la liberación del sistema fascial con el fin de recuperar el equilibrio funcional del cuerpo<sup>(1)</sup>.

El sistema fascial del organismo forma una ininterrumpida red que unifica el sistema estructural y visceral del cuerpo y funcionalmente incluye las meninges<sup>(2)</sup>. El estudio pone de manifiesto la continuidad fascial del cuerpo, siendo imprescindible una liberación a distancia. La membrana de tensión recíproca espinal es la continuidad semilibre del tubo dural desde el foramen magnum hasta la sujeción del hilo terminal externo en el primer segmento del cóccix<sup>(3)</sup>.

Los traumas, los procesos inflamatorios y la postura mantenida en el tiempo hacen que la viscoelasticidad de la sustancia fundamental del tejido conjuntivo se solidifique, generando fibrosis y acortamientos que crean dolor y limitan la movilidad<sup>(4)</sup>.

El objetivo del estudio es valorar la evolución clínica de tres mujeres jóvenes nulíparas con dolor lumbopélvico crónico sometidas al mismo protocolo de inducción miofascial. Dichas pacientes habían sido anteriormente tratadas mediante otras técnicas de Fisioterapia sin que hubiese habido una remisión completa de los síntomas.

## PACIENTES

### Caso 1

Mujer de 36 años que padece dolor lumbopélvico desde hace 2 años, a causa de un accidente deportivo con caída posterior que le produce una fractura lineal de la bóveda craneal. Desde entonces padece dolor lumbopélvico en sedestación, asociando síntomas cervicodorsales y disminución de la longitud del paso. Trabaja en sedestación durante más de 6 horas al día.

En la exploración visual observamos un patrón mixto de restricción, tanto en la parte superior como inferior del cuerpo, con anteversión pélvica e hiperlordosis lumbar. En las pruebas de elasticidad muscular encontramos retracción de aductores, psoas, recto anterior de cuádriceps,

piramidal de la pelvis, extensores lumbares e isquiotibiales.

### Caso 2

Mujer de 24 años que padece desde hace 3 años crisis de dolor lumbopélvico en sedestación. Dichas crisis tienen una duración de 2 semanas aproximadamente. Trabaja en sedestación más de 8 horas al día. Durante la anamnesis nos revela un accidente de tráfico a los 17 años.

En la exploración visual se observa mayor retracción en sentido anterior en la parte superior del cuerpo y posterior en la parte inferior, encontrando una anteversión de pelvis con hiperlordosis lumbar. Las pruebas de elasticidad revelan retracción de psoas, espinales lumbares e isquiotibiales.

### Caso 3

Mujer de 30 años, bailarina profesional que padece dolor crónico intermitente desde hace 4 años, con episodios de 2 semanas de duración debido al estrés mecánico de la zona lumbopélvica.

En la exploración visual se observa un patrón predominantemente posterior con rectificación de las curvaturas fisiológicas, asociando pelvis neutra. Las pruebas de elasticidad muscular en este caso son menos evidentes, dado el desarrollo de esta propiedad por su profesión, no obstante, se puede observar retracción de: espinales lumbares, isquiotibiales y piramidal de la pelvis.

En los tres casos, a la palpación se observa hipersensibilidad del tejido e inflamación local a nivel sacroiliaco, así como un ritmo craneosacro a nivel medular asimétrico y restringido.

En la tabla 1 se muestran las características clínicas de las tres pacientes.

## MÉTODO

Se lleva a cabo el mismo protocolo de inducción miofascial para liberar la membrana de tensión recíproca espinal, consistente en:

1. Liberación de los tres planos transversos:

TABLA 1. Características clínicas de los pacientes.

<i>Paciente</i>	<i>Morfotipo</i>	<i>Actividad laboral en:</i>	<i>Antecedente traumático</i>	<i>Asocia lesiones</i>
Caso 1	Anterior	Sedestación	Sí	Sí
Caso 2	Anterior	Sedestación	Sí	No
Caso 3	Posterior	Bipedestación	No	No

- 1.1. Clavicular (figura 1).
- 1.2. Diafragmático.
- 1.3. Pélvico.

2. Inducción del puente miodural (figura 2).
3. Descompresión lumbosacra.
4. Balanceo de duramadre (figura 3).

Se enseñan estiramientos analíticos de los músculos retraídos, que realizan al final de la jornada laboral y se aconseja aumentar la ingesta de agua, mejorando de esta manera la composición de la sustancia fundamental, lo que conlleva una mejor elasticidad del tejido facial.

## RESULTADOS

La frecuencia del tratamiento varió en función de la sintomatología (tabla 2).

Se observó en los 3 casos una mejoría completa de la misma:

- Remisión del dolor; medido mediante la Escala Visual Analógica (EVA).
- Mejor movimiento articular; medido mediante la distancia dedos–suelo (DDS) disminuyó al menos 2 cm con respecto a las mediciones obtenidas al principio del tratamiento en todos los casos.
- Mejor calidad tisular; al final del tratamiento, mediante palpación no existe hipersensibilidad del tejido ni inflamación local a nivel sacroilíaco.
- Mayor amplitud y simetría del ritmo craneosacro; mediante palpación observamos el balanceo de la duramadre espinal encontrando un recorrido más amplio en sentido cráneo–caudal en todos los casos.

Al cabo de 3 meses de finalizar el tratamiento las pacientes siguen refiriendo esta mejoría.



FIG. 1. Liberación del plano transverso clavicular.



FIG. 2. Inducción del puente miodural.



FIG. 3. Balanceo de duramadre en extensión de miembros inferiores.

TABLA 2. Dosimetría y evolución del tratamiento.

Paciente	Frecuencia del tratamiento	Duración del tratamiento	EVA antes/ EVA después del tratamiento *	DDS antes/ DDS después del tratamiento **
Caso 1	3 sesiones/semana	3 semanas	7/0	12/9
Caso 2	2 sesiones/semana	2 semanas	6/1	8/5
Caso 3	2 sesiones/semana	1 semana	4/1	-5/-7

\* EVA: Escala Visual Analógica

\*\* DDS: distancia dedos-suelo (cm)

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En la literatura científica existe un gran número de estudios sobre lumbalgia crónica tratada mediante técnicas de Fisioterapia convencionales, pero muy pocos sobre terapéutica miofascial. En la revisión realizada existe unanimidad en cuanto a la importancia de la liberación, de una manera o de otra, de planos fasciales no sólo a nivel local<sup>(2, 4-7)</sup>.

La observación del cuerpo como unidad funcional, es algo que se olvida frecuentemente en la práctica clínica. La mejoría clínica evidenciada pone de manifiesto el concepto de continuidad fascial, siendo necesario liberar los tres diafragmas y puntos de inserción de la duramadre para una mejoría de los síntomas a nivel local.

El sistema fascial presenta un amplio campo de investigación en cuanto a su complejidad en la transmisión de tensiones y mantenimiento de patrones crónicos de restricción, causados por los hábitos corporales y los traumas físicos.

Según los resultados podemos afirmar que la inducción miofascial mejora a medio plazo la sintomatología en los casos tratados de dolor lumbopélvico crónico. El hecho de que el estudio se haya realizado únicamente con tres sujetos no permite la generalización de los resultados. Este estudio sólo pretende analizar la respuesta de tres individuos con unas características clínicas similares a una intervención terapéutica determinada.

## BIBLIOGRAFÍA

- Pilat A. Terapias miofasciales: inducción miofascial. Madrid: Editorial McGrawHill Interamericana de España, S.A., 2003.
- Badenes Braulio B. Importancia de los diafragmas respiratorio, pelvianos y acceso torácico. Relación entre ellos: continuidad en el sistema facial. Cuestiones de Fisioterapia. 1998; 8: 49-56.
- Don Cohen DC. Introducción a la terapia sacrocraneal. Anatomía, función y tratamiento. Madrid: Editorial Dilema; 2004.
- Fernández Pérez AM, Frías Aceituno MB, Pilat A, Villaverde C, Molina Fernández JA. Respuesta fisiológica tras inducción miofascial. Experiencia piloto. Cuestiones de Fisioterapia. 2004; 26: 77-80.
- Medrano Sánchez EM, Suárez Serrano CM, Cortés Vega MD. Procedimientos de intervención fisioterapéutica en el tratamiento del síndrome de dolor pélvico crónico de origen miofascial en la mujer. Cuestiones de Fisioterapia. 2008; 37(2): 109-18.
- Cuesta Vargas AI, Montes Fuentes AJ. Evidencia clínica en la lumbalgia crónica. Revista de Fisioterapia 2007; 6(supl): 5-8.
- Oliván Blázquez B, Pérez Palomares S, Gaspar Calvo E, Romo Calvo L, Serrano Aparicio B, De la Torre Beldarrain ML, García Lázaro R, Sanz Rubio C. Efectividad de la punción seca en los puntos gatillo miofasciales en la lumbalgia crónica. Fisioterapia: revista de salud, discapacidad y terapéutica física 2007; 29 (6): 270-7.