

Técnica de PUNCIÓN SECA DRY NEEDLING para control del dolor

“A propósito de un caso...”

Raquel Martínez Tovar
MIR-EMFYR
Hospital Arnau de Vilanova

“El extraño caso del dolor itinerante”

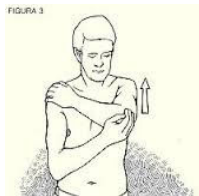
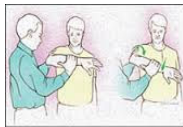
► Justificación:

1. Caso relativamente sencillo y frecuente MC
2. Repaso del tto con diversas técnicas, su aplicación y resultados (seguimiento con 10 citas)
3. Repaso del modelo integrador de la “*Sensibilización Medular*” (actualizado del modelo de Robert Maigne: *Sdr neurotráfico celulotenoperiosticomialgico*)
4. Mi primer contacto con las técnicas de RHB Intervencionista

"El extraño caso del dolor itinerante" 13, 20-5-2014

- ▶ Mujer de 50 años. Profesión: Sanitaria
- ▶ **AP:** Neo de mama en 2006 (en remisión actual),
Condromalacia rotuliana
- ▶ **MC:** dolor hombro D crónico. Predominio al mover brazo hacia atrás. Dolor nocturno
- ▶ Cita de revisión a los 15 días tras una 1ª consulta donde se infiltra y pauta Cinesitp
- ▶ **EF:**
 - BA conserv. Dolor palpación de troquíter
 - Movil contra resist IE++, SE+
 - Hawkins - (rot int - Subesc). Yocum + (ABD-SE)
- ▶ **IC:** Sdr Subacromial → **Plan:**
 - **Cinesiterapia** (no mejoría previa)
 - **2ª Infiltración** con Traumel + Procaína 1%: mejoría inicial inmediata (1ª infiltr sin mejoría)
 - VNM deltoides

"El extraño caso del dolor itinerante"



"El extraño caso del dolor itinerante" 27-5-2014

- ▶ Seguimiento SSA: Persiste dolor
- ▶ EE:
 - SE e IE contra resist +, deltoides +
 - Mejora con mov de fascias
- ▶ Plan:
 - No se infiltra
 - **VNM** en punto miálgico en deltoides
 - **Ejerc. Potenciación Musc**: en SE e IE
 - Si no mejoría: Retirar VNM y pedir Eco

"El extraño caso del dolor itinerante" 3-6-2014

- ▶ Seguimiento SSA: Persiste dolor
- ▶ EF:
 - Dolor en corredera bicipital pero no al movilizar biceps contra resist, No dolor en troquíter.
 - Banda tensa en deltoides D
 - Dolor al "cruzar brazos y echar brazo hacia detrás"
- ▶ Plan:
 - **Counterstrain** de Jones
 - RMN hombro D (AP neo de mama)

***Técnica de liberación por posicionamiento de Jones** (counterstrain) consiste en encontrar puntos sensibles y manipular la articulación conectada a ellos con el objeto de encontrar una posición donde la sensibilidad disminuya hasta cero. Una vez que es encontrado este ángulo preciso, éste se mantiene por 90 segundos y entonces es liberado, esto incrementa el rango de movimiento progresivamente y ,en ocasiones, reduce el espasmo muscular y el dolor.

"El extraño caso del dolor itinerante" 11-6-2014

- ▶ Seguimiento SSA: Persiste dolor pero cambio de patrón: escápula y epicóndilo que irradia proximal
- ▶ EF:
 - Dolor al palpar troquíter. No PG miálgico deltoides
 - Dolor en musc epicondílea. Se palpa banda tensa. Ext muñeca c/resist no dolorosa.
 - SE c/resist -. Deltoides -
 - Movil raquis cervical sin dolor
 - **Celulalgia C5 y C6 ++. C6 D dolor a palpación**
- ▶ PC: RM hombro: sin hallazgos
- ▶ JC: Dolor referido a MSD de origen cervical
- ▶ Plan:
 - US pulsantes en C5-C6.
 - **Ejerc potenciación** estabilizadores escápula

"El extraño caso del dolor itinerante" 11-7-2014

- ▶ Revisión: Mejoría del dolor. Alivio con el masaje y la compresión en área escapular en el mov de retropulsión ("ponerse la bata")
- ▶ EF:
 - Palpación dolorosa C7, menor en C6.
 - Banda tensa en IE.
 - Celulalgia área del SE +, IE ++. No en lat cervical
- ▶ Plan:
 - **Infiltración Procaína 5%:** 1,5 ml en C6 y 2 ml en C7
 - **Punción Seca** de banda tensa del IE (video)

"El extraño caso del dolor itinerante" 18-7-2014

- ▶ Revisión: dolor en área escapular ha remitido
- ▶ EF
 - Celulalgia C5 +
 - Dolor en C6
- ▶ Plan:
 - Solicito RM Cervical
 - Se repite **infiltración paraespinal**

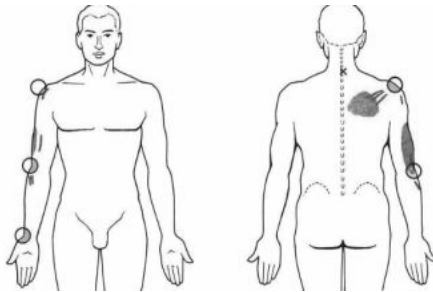
"El extraño caso del dolor itinerante" 5-8-2014

- ▶ Revisión: Mejoría imp, sólo dolor residual
- ▶ EF:
 - Banda tensa en deltoides y bíceps
- ▶ Plan:
 - **Punción Seca** en bandas tensas
 - Posible infiltración del SE según evolución

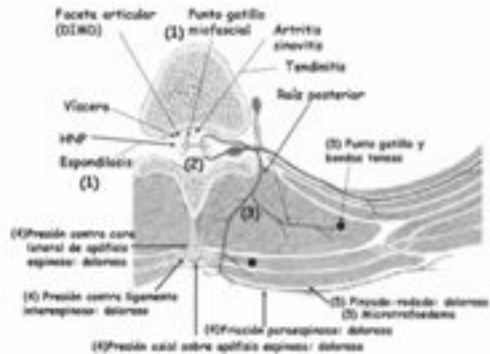
"El extraño caso del dolor itinerante" 18-9-2014

- ▶ Revisión: Remisión clínica "muy bien, apenas molestia"
- ▶ RM Cervical:
 - Rectificación de la lordosis fisiológica
 - Cambios espondilóticos y uncartósicos de C3-C7
 - Asocia osteocondrosis intervertebral y arrastre post de los discos C3-C7 q obliteran y deforman ligeramente la cara ant de la médula (sin focos de mielomalacia)
 - Resto de canal raquídeo normal
- ▶ JC: Cervicalgia y dolor referido a MSD
- ▶ Plan: Alta

Síndrome Neurotrófico Celulotenoperiosticomiálgico de Robert Maigne (1963)



Síndrome Neurotrófico Celuloneuropático de Robert Maigne (1963)



Sensibilización Medular Segmentaria

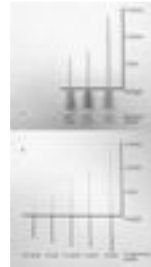


RHB INTERVENCIONISTA

- ▶ Actividad clínica basada en **técnicas mínimamente invasivas** cuyo objetivo es aliviar el dolor y restituir las capacidades de los pacientes que sufren restricción funcional y alteración de su calidad de vida
- ▶ Las técnicas incluyen todos aquellos métodos diagnósticos y terapéuticos, mínimamente invasivos, aplicables básicamente al **Abordaje del Dolor**, la **Patología Musculoesquelética** y **Neurológica**.
- ▶ Con el intervencionismo se gana en
 - *reducción del tiempo de recuperación*,
 - *minimización de efectos adversos o complicaciones*
 - *alternativa no quirúrgica* al paciente como paso previo a intentar evitar o retrasar en el tiempo una posible cirugía.
- ▶ El éxito estriba en el **correcto** : **Dx**, **indicación** y **técnica**

Tratamientos médicos con punción

- ▶ Realizados con una o varias agujas
- ▶ Tipos de aguja:
 - Aguja de Acupuntura tradicional
→ Varilla metálica maciza con punta aguda
 - Aguja de Inyección o Infiltración (fármacos: anestésicos, toxina botulínica, corticoides..)
→ Cánula con hueco central
- ▶ Según la técnica:
 - Punción Seca / Infiltración de fármacos
 - Directa (sobre punto gatillo = PG) / Remota
 - Punción única / Técnica de inserción Múltiple (mayor alivio y rapidez)



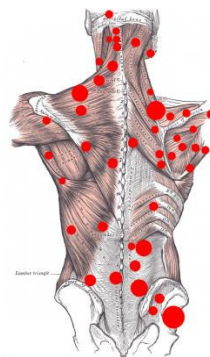
Técnicas de Punción Seca

- Acupuntura Tradicional D/R
- Punción Seca
 1. Con técnica de **inserción múltiple** (Travell y Simons), modificada con **movimiento rápido** (Hang) D/R
 2. Con aguja de **inyección normal** (Hong, Lewit)
 3. Con aguja de registro de **EMG** (Chu)
 4. Con aguja de **acupuntura** (Chou)
 5. **Con estimulación eléctrica** (Chu) D
 6. Punción seca **superficial** (Baldry)
 7. Punción **subcutánea** (de Fu) R
 8. Técn. de **liberación de adherencias** de tejs. blandos (Lin)



Mecanismo de acción : PGM

- ▶ El **Punto Gatillo Miofascial** es un punto de dolor concreto y actividad constante dentro de una banda tensa palpable situada en el músculo
- ▶ Éste se caracteriza por la liberación continua del **acetilcolina**, lo que va a impedir que esas fibras se relajen (**loci activo**)
- ▶ Esto genera isquemia y dolor que se va a irradiar y extender (**loci sensitivo**)



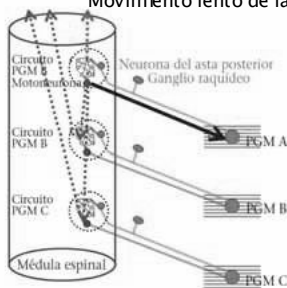
Mecanismo de acción: Circuito Miofascial

1. Nociceptores - Loci sensitivos
2. Neuronas del asta posterior
3. Neuronas intermedias (sensibilización)
4. Motoneurona segmentaria → resp motora:
RLE= Respuesta local espasmódica →
 - > Fenóm neurales ascend:
 - Dolor local (estimulación lenta)
 - Dolor referido (estimulación acelerada)
 - > Fenóm neurales descend: desensibilización central
(control inhibitorio trigémino espinal)

Mecanismo de acción: Circuito Miofascial

Movimiento más acelerado de la aguja
→ **Dolor referido**

Movimiento lento de la aguja → **Dolor local**



Movimiento rápido de la aguja →
Respuesta local espasmódica

Procedimiento: PS con múltiples inserciones rápidas

- ✓ Confirmar que la lesión patológica subyacente se ha eliminado y se han ensayado terapias conservadoras no agresivas
- ✓ Limpieza del área, antiséptico, campo estéril
- ✓ Explorar los puntos de punción del PGM colocar índice sobre el punto de punción y presionar, con la otra mano dirigir la aguja



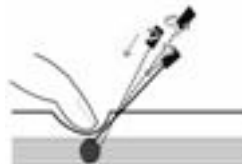
- ✓ La aguja penetra en TCS hacia el lugar de punción
- ✓ Mover la aguja rápido a 20-30mm/seg sobre el PGM sobre fibras musculares u otro tejido blando
- ✓ Se reproduce dolor o RLE al tocar con la punta los loci sensitivos.
- ✓ Insertar la aguja en varias direcciones y extraer hasta TCS para buscar todos los puntos sensitivos y provocar tantas sensaciones dolorosas y RLE como sea posible



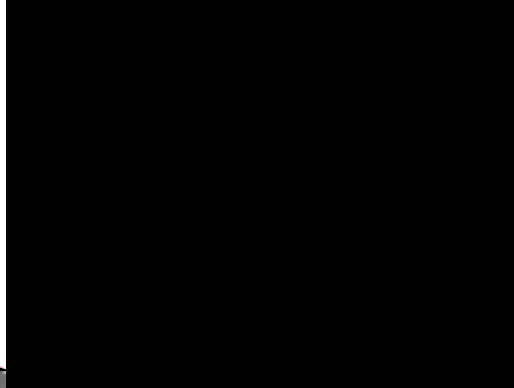
- ✓ Cuando ya no se obtienen RLE ni dolor el PGM está inactivado
- ✓ Tras la punción comprimir con firmeza la zona de punción para evitar hemorragia
Si hinchazón o hematoma aplicar compresa fría
- ✓ Post/ aplicar compresa caliente 5 min

PS con aguja de acupuntura

- ▶ Chou y cols: Modificación de la técnica, usando *aguja de acupuntura* para la inserción múltiple rápida
- ▶ Evita el efecto guadaña producido por las agujas de inyección al cambiar de plano.
- ▶ Añaden la "técnica de atornillado o screw in and out", q facilita el movimiento de la aguja
- ▶ Reduce la irritación y daño tisular, el dolor y molestias tras la punción
- ▶ Especialmente beneficioso para pacientes con Fibromialgia



Sesión decente : PS con técnica de punciones múltiples con aguja de acupuntura tradicional



Conclusiones:

Muchas ventajas:

- ▶ Barato
- ▶ Fácil de aplicar
- ▶ Poco cruento
- ▶ Poco doloroso
- ▶ Mejoría del dolor inmediata y progresiva
- ▶ PSSuperf → PSProf
- ▶ Si no mejoría tras 3 sesiones, suspender

- ▶ NO evidencia de
 - Infiltración con fármacos sea sup a PS
 - Eficacia sup a placebo
- CI absol:** alt de coagulación
- CI relat:**
 - 1er T embarazo
 - ID o linfadenectomía
 - alt dérmicas



Gracias por su atención :))

