

SINDROME DOLOROSO MIOFACIAL

* **SAHED ALBERTO SUÁSTEGUI-RIVERA
* RAMÓN DE LILLE FUENTES
**ARNULFO BENITO CARBALLAR LÓPEZ
**JAIME REBEIL FÉLIX

RESUMEN

Se hizo un estudio retrospectivo para evaluar los diferentes criterios cuando se trata de establecer el diagnóstico de Síndrome doloroso miofacial. Otras variaciones relacionadas con este síndrome fueron analizadas (hallazgos clínicos, ansiedad, depresión, edad, localización del dolor y terapéutica empleada).

Diez pacientes eran mujeres, once pacientes eran mayores de 50 años de edad y doce de ellos presentaban niveles altos de ansiedad y depresión. El área corporal más afectada fue el área lumbar y los "puntos gatillo" se encontraron en el 100% de los casos.

El abordaje terapéutico con mejor efecto sobre el dolor fue una asociación de infiltración de "puntos gatillo" con anestésico local y un soporte psicológico adecuado con un uso razonable de antidepressivos o ansiolíticos.

Palabras clave: Dolor musculoesquelético. "Puntos gatillo". Anestésicos locales.

SUMMARY

A retrospective study was done to evaluate the different criteria to establish the diagnosis of Myofascial pain syndrome. Other variations associated with this syndrome were also analyzed (clinical findings, anxiety, depression, age, pain localization and therapeutic approach used).

Ten patients were female, eleven patients were over fifty years old and twelve had high levels of depression or anxiety. The more frequent site of pain was the lumbar area and trigger points were present in 100% of the patients.

The therapeutic approach with better improvement in the pain scores was the association of trigger point injection with local anesthetic drugs and a psychological support with a reasonable use of antidepressants or anxiolytic medications.

Key words: Musculoskeletal pain. "Trigger points". Local anesthetics.

EL referirse a esta entidad, implica revisar toda la terminología existente hasta la fecha, para denominar a un síndrome, sobre el cual existe mucha controversia, en lo que se refiere a etiología, nomenclatura y manejo terapéutico. Pudiéndose asegurar únicamente hasta la fecha, el hecho de contar con una cantidad tan elevada de denominaciones, como de modalidades de abordaje terapéutico¹⁻⁸ (cuadro I).

Las primeras alusiones que se hacen a esta entidad en la literatura médica, datan de 1904, fecha en que Gower propone en un artículo sobre lumbago, la existencia de alteraciones inflamatorias, en los haces de los músculos lumbares. Stockman en 1920 describe alteraciones histológicas en forma de infiltrados de células mononucleares y fibrosis no homogénea en una biopsia muscular, deduciendo que tenía lugar una infla-

*Médico anesthesiólogo.

**Médico jefe.

Trabajo elaborado en la clínica del dolor. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán".

Recibido: 12 de mayo de 1986. Aceptado: 15 de junio de 1980.

Sobretiros: Sahed Alberto Suástegui-Rivera. Clínica del dolor, Departamento de Medicina Crítica y Anestesiología. Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Vasco de Quiroga 15. Tlalpan 14000 México, D.F.

mación crónica de tejido fibroso "blanco". Ulteriores investigaciones anatomopatológicas, han tratado de demostrar alteraciones concretas, y presentes de una manera uniforme en los pacientes diagnosticados de fibrositis.^{5, 6, 9-11}

Aunque los trabajos recientes en lo que se refiere a hallazgos anatomopatológicos, son escasos, existen algunos que parecen indicar que existen alteraciones histológicas, en cierto tipo de cuadros bien caracterizados.¹¹

Respecto al cuadro clínico, existen varios estudios en los que se analizan signos y síntomas, siendo únicamente dos de ellos los que proponen un criterio diagnóstico de esta entidad; dada la dificultad de un diagnóstico por medio de un análisis más objetivo, como estudios de laboratorio y gabinete.^{1, 4-6, 8-13}

En este trabajo, tratando de establecer un criterio unificador con la IASP (International Association for the Study of Pain), nos referiremos a este padecimiento como Síndrome Doloroso Miofascial (SDM), de acuerdo a esta asociación.¹⁴

CUADRO I
SINDROME DOLOROSO MIOFASCIAL — TERMINOLOGIA
ALTERNA

-
- 1) Fibrositis.
 - 2) Mialgia.
 - 3) Miositis.
 - 4) Miofascitis.
 - 5) Miofibrositis Intersticial.
 - 6) Reumatismo Muscular.
 - 7) Reumatismo de Tejidos Blandos.
 - 8) Reumatismo Psicogénico.
 - 9) Fibromialgia Primaria.
 - 10) Reumatismo no Articular.
 - 11) "Puntos Gatillo".
-

El objeto de este trabajo es el de establecer patrones de frecuencia, así como las modalidades del padecimiento observadas en la Clínica del Dolor del Instituto Nacional de la Nutrición Salvador Zubirán, y en base a los resultados, tratar de establecer esquemas de tratamiento adecuado para sugerir el abordaje ideal ante este padecimiento.

MATERIAL Y METODO

El diseño del trabajo fue de tipo retrospectivo, y se realizó en base a los datos recopilados en el registro de los pacientes de la Clínica del Dolor, de febrero de 1982 a febrero de 1985, así como en los expedientes individuales de aquellos pacientes en los que se había hecho el diagnóstico de (SDM). En la segunda consulta a la Clínica del Dolor, sólo 18 de 40 pacientes tenían confirmado el diagnóstico de acuerdo a los criterios clínicos.^{5, 8} Por lo tanto este estudio únicamente se realizó con los

18 pacientes en que se confirmó el diagnóstico.

Se investigaron varios aspectos en estos pacientes: sexo, edad, presencia o ausencia de datos de depresión, el tipo de abordaje utilizado para el manejo de la entidad, número de consultas en la Clínica del Dolor y de éstas el número correspondiente a las realizadas por el Servicio de Medicina Psicológica; el número de pacientes en los que se utilizaron antidepresivos, bloqueos o infiltraciones con anestésicos locales y otros, y las respuestas a los tratamientos, considerándolas como: alivio total, buena, regular y mala. En algunos de los pacientes fue posible realizar la valoración de la mejoría en el dolor, mediante la escala visual análoga. La localización del área más afectada por el padecimiento también fue analizada, así como la utilización de la fisioterapia en el tratamiento de los pacientes. El seguimiento también fue analizada, así como la utilización de la fisioterapia en el tratamiento de los pacientes. El seguimiento mayor realizado de los pacientes, fue de 3 años y el menor de 7 meses.

RESULTADOS

En cuanto al sexo de los pacientes, el predominante fue el femenino, ya que de los 18 pacientes 10 de ellos 55% correspondieron al sexo femenino y 8 (45%) correspondieron al sexo masculino. La edad de los pacientes fue de 54.2 en promedio con una variación de 27 a 78 años. El estado civil de los pacientes se encontraba como sigue: 12 pacientes 66% eran casados; 2 (11%) solteros, 2 divorciados y 2 viudos. El promedio de consultas en la Clínica del Dolor de los pacientes con SDM fue de 8.3, con una variación de 2 a 21. Cuadro II. De estas consultas, una parte correspondió a atención por Medicina Psicológica, 25 (16.5%) de un total de 151 consultas. Tratando de encontrar diferencias que correlacionaran edad con estado depresivo y edad con frecuencia del padecimiento,^{5, 9, 10, 15} se optó por realizar una división arbitraria en dos grupos de edades, el primero hasta los 50 años de edad y el segundo de los 51 años en adelante. Se buscó además, una correlación entre los pacientes con un mayor número de consultas, pero que no fueron atendidos por Medicina Psicológica y una mayor cantidad de recidivas.^{7, 16, 17} Cuadros III y IV.

En la agrupación por edades, en el grupo I el 71% de los pacientes recibió atención por parte del servicio de Medicina Psicológica (cuadro III), siendo éste el grupo al que correspondió la menor cantidad de recidivas, en comparación con el grupo II, en que el porcentaje de pacientes atendidos por Medicina Psicológica fue de 36%, siendo este grupo en donde se detectó una mayor cantidad de recidivas. Así mismo en el grupo II, el de mayor edad, el promedio de consultas proporcionadas a cada paciente fue de 8.5, por 4.5 del grupo I. En

cuanto a la presencia de puntos dolorosos gatillo, éstos se encontraron en la totalidad de los pacientes estudiados. Cuadros V y VI. El estado de depresión se presentó en el 66.6% del total de pacientes incluidos en el estudio, siendo el porcentaje del grupo I de 57.1% (4/7) y el porcentaje correspondiente al grupo II de 72.7% (8/11). Aunque el resto de pacientes no presentó depresión, en tres de ellos se detectaron niveles importantes de ansiedad (cuadro IV). El número de pacientes en los que se utilizaron antidepresivos fue de 5 en total, siendo un paciente en el grupo I y 4 pacientes en el grupo II, que correspondían al 14.2% y 36.3% respectivamente, con un porcentaje total de 27.7% cuadro III y IV. En lo que respecta al área del cuerpo que se halló afectada

con mayor frecuencia, ésta correspondió a la zona lumbar en 6 de los pacientes (33%). La región torácica baja en 4 pacientes (22%). La región torácica alta fue afectada en 5 pacientes (27.5%) y la región cervical en 3 pacientes (16.6%). Brazo y hombro en dos pacientes 11.1% respectivamente (cuadros VII y VIII).

El manejo de los puntos dolorosos gatillo fue en 13 pacientes (72.2% del total) mediante infiltración con una mezcla de esteroides y anestésico local (acetato de metil-prednisolona y bupivacaína al 0.25%) aplicando uno o dos cc de la mezcla en cada punto gatillo, sin llegar nunca a sobrepasar los 80 mg. de acetato de metil-prednisolona y los 50 mg. de bupivacaína, por cada sesión. En dos pacientes (11.1%) se realizó únicamente

CUADRO II

Edad	Sexo	C-D	CMP	Total C.	Casados	Viudos	Solteros	Divorciados
27	f	12	3	15	X			
36	m	5	3	8	X			
37	m	2	5	7			X	
43	f	3	4	7	X			
45	m	1	2	3	X			
45	m	7	0	7	X			
46	m	2	0	2	X			
51	f	7	0	7		X		
57	f	16	0	16				X
62	m	5	0	5	X			
63	f	3	1	4	X			
63	f	11	2	13			X	
64	m	3	0	3	X			
64	f	13	0	13	X			
64	f	20	1	21		X		
65	m	3	0	3	X			
66	f	11	4	15				X
78	f	2	0	2	X			
—	10-8	126	25	151	12	2	2	2
54.2%	55-45%	83%	16%	100	66%	11%	11%	11%

C-D: Consultas Clínica del Dolor.

CMP: Consultas Medicina Psicológica.

CUADRO III

Edad	Sexo	C-D	GRUPO I (27-50 años)			Recidivas	
			CMP	Depresión	Uso Antidep.		
27	f	12	3	X	X	1	
36	m	5	3	X	—	—	
37	m	2	5	X	—	—	
43	f	3	4	X	—	—	
45	m	1	2	—	—	—	
45	m	7	0	—	—	—	
46	m	2	0	—	—	—	
—	2 5	32	17	4	1	1	Total
—	28.5/71.4	100	71	57.1%	14.2%	14.2%	%
39.8	—	4.5	2.4	—	—	—	Prom.

infiltración con anestésico local (bupivacaína al 0.25%). En tres pacientes no se realizó infiltración de puntos gatillo, habiéndose manejado uno a base de acupuntura, otro mediante estimulación eléctrica nerviosa transcutánea y el otro únicamente a base de relajantes musculares y analgésicos. El promedio de infiltraciones realizadas en los pacientes manejados con este tipo de abordaje fue de 3.1 sesiones en total, habiéndose apreciado un

promedio para el grupo I de 2.6 infiltraciones en contraste con un promedio de 3.4 infiltraciones del grupo II. Se logró alivio total, en 13 pacientes (72.2%). Presentaron buena respuesta al tratamiento tres pacientes (16.6%) y una respuesta regular en dos pacientes (11%). Sólo 5 pacientes recibieron fisioterapia. Sin haberse podido establecer ninguna correlación importante en lo que a este aspecto se refiere.

CUADRO IV

Edad	Sexo	C-D	GRUPO II (51 - 78 años)				Recidivas	
			CMP	Depresión	Antidepresivos			
51	f	7	0	X	-	-		
57	f	16	0	X	X	1		
62	m	5	0	X	-	2		
63	f	3	1	X	X	1		
63	f	11	2	-*	-	-		
64	m	3	0	X	-	-		
64	f	13	0	-*	-	2		
64	f	20	1	X	-	1		
65	m	3	0	X	X	-		
66	f	11	4	X	X	1		
78	f	2	0	-*	-	-		
-	8 3	32	8	8	4	8	Total	
-	72.7/27.2	100	36%	72.7%	36.3%	-	Porcent.	
57.6	-	8.5	.7	-	-	-	Promedio	

*Niveles importantes de ansiedad.

CUADRO V

GRUPO I

Región lumbar	4 pacientes	57.1%
Región torácica alta	2 pacientes	25%
Región torácica baja	1 Paciente	12.5%
Región cervical	1 Paciente	12.5%
Miembros podálicos	1 Paciente	12.5%

CUADRO VI

GRUPO II

Región lumbar	2 Pacientes	18.1%
Región torácica alta	3 Pacientes	27.2%
Región torácica baja	3 Pacientes	27.2%
Región cervical	2 Pacientes	18.1%
Región hombro	2 Pacientes	18.1%
Miembros cefálicos	2 Pacientes	18.1%

CUADRO VII

Edad	Sexo	C-D	Grupo I (27-50 años)		Tratamiento
			CMP	Area Corporal	
27	f	12	3	Cervical e Interescapular	Inf. c/est y a. 5
36	m	5	3	Torácica baja	Inf. c/est y a. 2
		2	5	Lumbar y sacra	Inf. c/est y a. 1
37	m	3	4	Torácica alta	Inf. c/est y a. 3
43	f	1	2	Lumbar	Relajante Musc.
45	M	7	0	Lumbar y sacra	Inf. c/est y a. 4
46	m	2	0	M. Podálico derecho (muslo)	Inf. c/est y a. 1
-	2 5	32	17	- -	-
-	28.5/71.4	100%	71%	-	85.7%
39.8	-	4.5	2.4	-	2.6
					Total
					Porcentaje
					Promedio

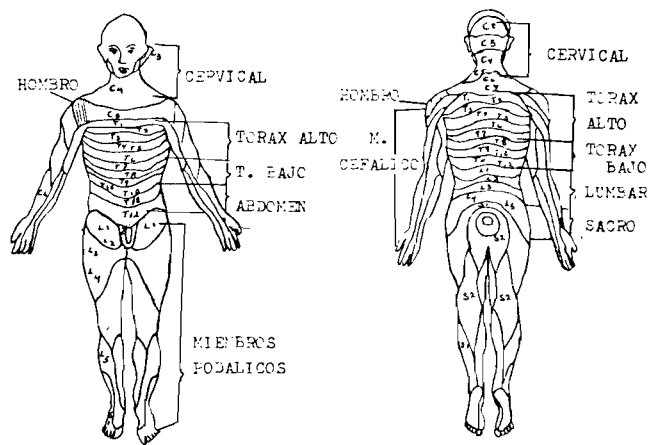
Complicaciones.- Merece una mención especial, la presentación de alteración hemorrágica en uno de los pacientes incluidos en este estudio, y que consistió en la aparición de una zona de equimosis que abarcaba todo el brazo derecho sin causa aparente en una paciente del sexo femenino de 64 años de edad y en donde dicha alteración únicamente pudo ser achacada a la mezcla de esteroides y anestésico local utilizada en la infiltración de los puntos dolorosos gatillo. Posterior a la aparición de dicha zona de equimosis, la paciente fue interrogada intencionalmente sobre el uso de sustancias tóxicas, tintes, colorantes, medicamentos antiagregarios plaquetarios sin haberse podido detectar la causa y origen en factores ajenos al tratamiento. Posteriormente le fueron realizadas pruebas de coagulación, encontrándose únicamente el T. de Protrombina en 66% del testigo, por lo que se solicitó la colaboración del servicio de hematología del hospital, el cual en nuevas determinaciones de tiempos de protrombina, coagulación, trombo-plastina y cuantificación de plaquetas no logró detectar ninguna alteración, reportando todas las pruebas normales. Dado todo lo anterior, como única causa desencadenante de este cuadro, está considerada por nosotros, la utilización de esteroides de depósito, y pese a haber sido una sola paciente la que presentó este cuadro, lo reportamos, ya que pensamos, que es una alteración digna de tomarse en cuenta, en el ulterior manejo de los esteroides de depósito para el tratamiento de esta enfermedad.

DISCUSION

Dentro de los resultados llama la atención inicialmente la proporción en que se presenta el padecimiento

entre los dos sexos, la que difiere bastante de la reportada por trabajos previos.^{1, 2, 5, 8-10} En el caso de los pacientes vistos en la Clínica del Dolor en este hospital, puede relacionarse con el hecho de que una parte importante son de edad avanzada, y esto independientemente del sexo, suele conllevar sentimientos de minusvalía, desamparo y finalmente estados depresivos.⁴ En el aspecto del estado civil, el mayor porcentaje correspondió a los pacientes casados 66%. Dato que no puede ser concluyente, ya que en trabajos previos en los cuales se ha tratado de correlacionar estado civil con dolor, esto no ha sido posible.¹⁸

Se registró el número de consultas, y se subdividió en atendidos por Medicina Psicológica y los que fueron únicamente manejados de sus puntos dolorosos gatillo.



LOCALIZACION DE AREAS AFECTADAS.

Figura 1.

CUADRO VIII

Edad	Sexo	C-D	Grupo II (51 CMP	78 años)	Arc Corporal	Tratamiento
51	f	7	9		Tórax bajo	Estimulación elect. acup.
57	f	16	0		Tórax alto	Inf. c/est y a. 4
62	m	5	0		Tórax bajo	Inf. c/est y a. 3
63	f	3	1		Hombro y brazo izq.	Inf. c/a. 2 Inf. c/est y a 2
63	f	11	2		Hombro izq.	Inf. c/ a. 2
64	m	3	0		Tórax bajo	Inf./c a. 2
64	f	13	0		Tórax bajo y lumbar	Inf./est y a. 3 Inf. c/anest. 8
64	f	20	1		Cervical, hombros y brazos	Acupuntura, Inf. c/est y a. 3
65	m	3	0		Abdominal	Inf. c/a 1, Inf. c/est y a. 1
66	f	11	4		Lumbar y sacra	Acupuntura
78	f	2	0		Cervical	Acupuntura, Inf. c/est y a. 1
—	8 3	32	8	—	—	—
—	72.7/27.2	100	36%	—	—	Inf. c/a. 18.1%, Inf. c/est y a. 63.6%
57.6	—	8.5	.7	—	—	Inf. c/a. 2 sesión, Inf. c/est y a. 2.1 s.

Inf. c/est. y a = Infiltración con esteroides y anestésico local.

Inf. c/a = Infiltración con anestésico local.

Además se trató de correlacionar por grupos de edades, tratando de subrayar la importancia que indudablemente reviste el componente emocional dentro de esta entidad como parte del padecimiento y como factor importante dentro del manejo del mismo.^{4,6, 8-10, 15, 17} Se apreció además, que el número de recidivas, fue mayor en el grupo II (cuadro IV) en donde la presencia de depresión fue casi la regla, y la atención por parte de Medicina Psicológica, casi no existió. Datos que nos dan una idea, de la gran importancia que parece tener el aspecto emocional, en la perpetuación de un círculo vicioso que va del dolor a la depresión y de esta última a la primera. Tanto así, que algunos autores lo han utilizado —el estado depresivo— como uno de los criterios clínicos para el diagnóstico del padecimiento.^{4,6, 8, 10, 12} Sin embargo, siempre, como es habitual en el caso del dolor de cualquier etiología, existirá la duda, sobre que fue primero, si el dolor o la depresión.^{4, 10, 15, 18, 19}

La decisión de haber investigado la región corporal más frecuentemente afectada, fue tratando de corroborar las zonas más afectadas en trabajos previos, aunque estas zonas en todos los trabajos previos son escogidas al azar o arbitrariamente designadas, se han tratado de correlacionar en ocasiones con estados afectivos.^{2, 3, 5, 6, 8, 9, 12, 19} Y al menos el consenso parece ser común, en cuanto al hecho de que mientras más difusa e inespecífica es la localización del dolor, más se aleja del diagnóstico de S.D.M. Además otra de las razones por la que la localización del dolor cobra tanta importancia, es el hecho de que en ciertas localizaciones (brazos, hombros y extremidades pélvicas), el padecimiento toma caracteres de incapacitante y es aquí, donde el abordaje psicoterapéutico de tipo conductual, cobra especial importancia, junto con una adecuada fisioterapia.^{2, 4, 5, 7, 9, 12, 16, 17, 19} En el caso de nuestros pacientes, el área más frecuentemente afectada, fue la lumbar en 6 pacientes (33%), la región torácica baja en 4 de los pacientes (22.2%), la región torácica alta en 5 pacientes (27.7%) cuadros V y VI. El tipo de manejo médico de los pacientes y sus puntos dolorosos gatillo fue en la mayor parte de los casos de acuerdo al tratamiento realizado por otros autores en sus grupos de pacientes a base de anestésico infiltrado en el punto gatillo en un

intento por romper el círculo vicioso de la cadena dolor-espasmo-isquemia-dolor.^{1-6, 8, 9, 12} Adicionando además un corticoesteroide de depósito, también con la finalidad de interrumpir el proceso inflamatorio a más largo plazo, proceso inflamatorio que ha sido demostrado por Henriksson a nivel microscópico.¹¹ Aunque se han reportado en trabajos recientes, efectos igualmente satisfactorios a las técnicas de infiltración, con técnicas menos invasivas, como la estimulación acupuntural, la estimulación con aguja seca de los puntos gatillo y otras modalidades menos estudiadas, como lo es la retroalimentación electromiográfica.^{2, 3, 20} Respecto al uso de la acupuntura, es notable el observar que los resultados obtenidos en los trabajos existentes a la fecha, no tienen uniformidad ni son constantes, pero esto puede deberse en última instancia a varios factores o variables que se han pasado por alto en algunos estudios ya existentes,^{2, 3, 18} lo que de ninguna manera invalidaría la utilidad de la acupuntura como herramienta importante en el manejo de este padecimiento. El uso de relajantes musculares y analgésicos en este padecimiento, conlleva el riesgo fundamental, aparte de la habituación a medicamentos analgésicos sean o no narcóticos, de poder dejar pasar por alto, los disturbios emocionales y/o los estados ansiosodepresivos.

CONCLUSIONES

El S.D.M. es un síndrome poco conocido en la medicina general, que requiere ser difundido en los textos de iniciación, ya que no es tan raro si se le busca en forma intencionada. Los tratamientos generalmente no son muy difíciles, pero si el diagnóstico no se establece correctamente, el peregrinar de estos pacientes de médico en médico, etc., será muy largo y, hasta decepcionante, ya que un galeno que conozca, diagnostique y trate adecuadamente el S.D.M. hará suponer al enfermo que no era nada difícil encontrar la causa de sus dolores.

Se podría concluir que dentro de un gran porcentaje de nuestros pacientes, es importante el tener un conocimiento básico de los estados ansiosodepresivos y de algunos trastornos emocionales, hecho bastante frecuente, entre los pacientes con historias intrahospitalarias extensas o pacientes en edades avanzadas.^{7, 15-17, 19}

REFERENCIAS

1. BRIAN L R, KOSODY R, BARSA J E, MURPHY T M: *Trigger Point Injections vs. Jet Injection in the treatment of Myofascial Pain*. Pain 1983; 15:201-206.
2. LEWIT K: *The needle effect in the relief of Myofascial Pain*. Pain 1979; 6:83-90.
3. MELZACK R, STILLWELL D M, FOX E J: *Trigger Points and Acupuncture points dor pain: Correlations and Implications*. Pain 1977; 3:3-23.
4. SOLA A E: *Treatment of Myofascial Pain Syndrome*. In: *Advances in Pain Research and Therapy*. Vol. 7, edited by C. Benedetti et al: Raven Press, New York, (1984) Págs. 467-484.
5. YUNGS M, MASI A T, CALABRO K A, MILLER R A, FEIGENBAUM S L: *Primary Fibromyalgia (Fibrositis): Clinical Study of 50 patients with Matched Normal Controls*. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, XI (1981) Págs. 151-171.
6. SIMONS A G, TRAVELL F G: *Myofascial Pain Syndromes*. In: *Text-*

- book of Pain*. Edited by P.D. Wall and R. Melzack. Ed. Churchill Livingstone. 1a Ed. Great Britain (1984) Págs. 263-276.
7. —LATIMER P R: *External Contingency Management for Chronic Pain: Critical Review of the evidence*. Am J Psychiatry 1982; 139: 1308-1312.
 8. SMYTHE H A: *Nonarticular rheumatism and the fibrositis syndrome*. In: *Arthritis and Allied Conditions*. Edited by D J Mc Carty and J L Hollander. Editorial Lea and Febiger 8a. Edición, Philadelphia (1972) Págs. 881-891.
 9. CAMPBELL S M, CLARK S, TINDALL E A, FOREHAND M F, BENNETT R M: *Clinical Characteristics of Fibrositis*. Arthritis and Rheumatism 1983; 26:817-824.
 10. PAYNE T C, LEAVITT F, GARRON D C, KATS R S, GOLDEN H E, GLICKMAN P B, VANDERPLATE C: *Fibrositis and Psychologic disturbance*. Arthritis and Rheumatism 1982; 25:213-217.
 11. HENRINKSSON F G, BENGTSSON A, LARSSON J, LINDSTROM F, THORNELL L E: *Muscle Biopsy Findings of Possible Diagnostic Importance in Primary Fibromyalgia (Fibrositis, Myofascial Syndrome)*. 1982; 2:1395.
 12. MENNELL Z: *Musculoskeletal Pain: Diagnosis and Physical Treatment. Crossmatching Clinical Diagnoses with Treatment Principles*. Editorial Little Brown and Company Inc. First Edition, Boston, (1976) Págs. 153-168.
 13. LINC D E: *Enfermedades del Aparato Locomotor*. En: *Medicina Interna*. Editada por P. Farreras y C. Rozman. Editorial Martín, México D.F. (1976) Págs. 1043-1051.
 14. BONICA J: *Editorial and Subcomitee of Taxonomy of I.A. S. P. Pain*, 1979; 6:247-252.
 15. VONKNORNING L, PERRIS C, EISEMANN M, ERIKSSON V, PERRIS H: *Pain as a Symptom in Depressive Disorders. II Relationship to Personality traits as Assesed by Means of KSP*. Pain 1983; 17:377-384.
 16. FORDYCE W E, ROBERTS A H, STERNBACH R A: *The Behavioral management of Chronic Pain: A response to critics*. Pain 1985; 22:113-125.
 17. MARUTA T, SWANSON D W: *Psychiatric Consultation in the Chronic Pain Patient*. Mayo Clin Proc 1977; 52:793-796.
 18. TOOMEY T C, GHIA J N, MAO W, GREGG J M: *Acupuncture and Chronic Pain Mechanisms: The moderating effects of affect, personality, and stress on response to treatment*. Pain 1977; 3:137-145.
 19. TOOMEY T C, GOVER F, JONES B EN: *Spatial Distribution of Pain: A Descriptive characteristic of Chronic Pain*. Pain 1983; 17:289-300.
 20. LARGE R G, LAMB A M: *Electromyographic (EMG) Feedback in Chronic Musculoskeletal Pain: a Controlled Trial*. Pain 1983-17: 167-177.