
Evolución del acrónimo TME a TFAME

Evolution of the acronym TME into TFAME

Vidina Suárez-Rodríguez¹  0000-0003-3838-8330

¹Universidad de Las Palmas de Gran Canaria, España.

Estimada Editora,

Por medio de la presente, se hace una propuesta de cambio de nomenclatura en relación con los traumatismos musculoesqueléticos (TME), de tal forma que, se incluya a la fascia como estructura que pudiera estar afectada en los mismos, pasando a llamarse, por tanto, "traumatismos fasciomusculoesqueléticos" (TFAME). Explico a continuación las razones:

Si bien el tejido fascial fue descrito por los anatomistas a finales del siglo XIX, éste ha sido investigado con mayor profundidad, especialmente, en los últimos 25 años⁽¹⁻³⁾. Los resultados de las investigaciones más relevantes, así como la experiencia clínica de los profesionales de la salud, cuyos abordajes terapéuticos se basan en el tratamiento de este tejido, han puesto a la fascia en el foco de atención por su papel protagonista de la salud musculoesquelética.

De forma muy esquemática^(1,2,4), la fascia, anatómicamente hablando, es continua en el cuerpo humano, se distribuye mediante capas, cubriendo, protegiendo, separando y conectando a la vez, a sus diferentes estructuras: huesos, vísceras, vasos, nervios, músculos. Funcionalmente hablando, constituye una unidad con el músculo (desde el endomisio hasta la aponeurosis), de tal forma que hablamos de miofascia. Cualquier acción llevada a cabo por el músculo, tendrá repercusión o será impulsada también por su fascia. Esta interrelación entre el tejido fascial y el resto de las estructuras corporales hace que, si existiera alguna disfunción en el mismo, las estructuras que están más cerca inicialmente y, con el tiempo, otras más alejadas, también pueden verse afectadas.

Estas disfunciones pueden tener su origen en restricciones del tejido que se producen, de forma genérica, por aumento de producción y desalineación de las fibras de colágeno, o por aumento de la viscosidad del ácido hialurónico o hialuronato (HA). Estos procesos ocurren, habitualmente, como consecuencia del mantenimiento de posturas por largos períodos de tiempo, la realización de movimientos repetitivos o tras haber sufrido un traumatismo, considerándose a este no sólo como un impacto, sino una cirugía o como una mala digestión. El HA actúa como

“lubricante” para que las capas de la fascia se puedan deslizar entre sí de forma óptima y, por tanto, todos los procesos y movimientos del organismo se ejecuten adecuadamente. Esto es posible cuando hay agua en el entorno del HA a la que éste se puede unir y mantener una viscosidad baja, en consecuencia. Sin embargo, cuando estamos ante algunas de las circunstancias descritas previamente, la posibilidad de que haya agua en el entorno del HA se ve disminuida y éste tiende a unirse a sí mismo. De esta forma se genera una macromolécula de HA que lo hace más viscoso, produciendo un punto de densificación y, en consecuencia, una disminución del deslizamiento de las capas fasciales, cambios a nivel del crecimiento y alineación del colágeno y disfunción en esa zona afectada. El cuerpo humano, que tiene esa gran capacidad de adaptación, tiende a seguir funcionando con ese pequeño atrapamiento, pero, compensando. Esas compensaciones, con el tiempo, pueden generar otros puntos de densificación / atrapamiento, produciendo limitaciones en el movimiento articular, cambios a nivel propioceptivo, cambios a nivel postural, disfunciones orgánicas, dolor, etc.^(1,5) De hecho, la fascia también está siendo estudiada como posible fuente de dolor. Esto es, se está demostrando que está abundantemente innervada, que esta innervación está compuesta principalmente por mecanorreceptores y nociceptores, que o bien pasan paralelos al tejido fascial o lo atraviesan⁽⁶⁾. Así, cuando se produce un punto de densificación / restricción, estos receptores también pueden verse atrapados, incrementándose o afectándose su actividad. De ahí, los cambios que se pueden producir a nivel propioceptivo o la posible cronificación del dolor.

Dadas las características del tejido fascial planteadas previamente, de forma resumida, y cómo esta puede verse afectada, se considera necesario que forme parte de la nomenclatura y descripción de los TME, puesto que se puede ver implicada en los mismos. Esta recomendación se hace a razón de que, al considerarla como parte de los TME, se va a tener en cuenta a la hora de tanto prevenirlos como abordarlos terapéuticamente hablando. Asimismo, esta terminología surge a razón de darle entidad y forma de reconocer los problemas propios sufridos por los músicos instrumentistas en castellano⁽⁴⁾. Pero eso será tratado en otra ocasión...

Referencias

1. Andrzej Pilat. Myofascial Induction. An anatomical approach to the treatment of fascial dysfunction. Vol. The upper body. Edinburg: Handspring; 2022.
2. Stecco C. Functional Atlas of the Human Fascial System. United Kingdom: Churchill Livingstone Elsevier; 2015.
3. Adstrum S, Hedley G, Schleip R, Stecco C, Yucesoy CA. Defining the fascial system. J Bodyw Mov Ther. 1 de enero de 2017;21(1):173-7.

4. Vidina Goretti Suárez Rodríguez. Efecto de una técnica de terapia miofascial en la musculatura pterigoidea sobre las características mecánicas de los músculos del tronco y extremidades superiores de los músicos de viento madera, violines y violas. [Las Palmas de Gran Canaria]: Universidad de Las Palmas de Gran Canaria; 2022.
5. Stecco C, Stern R, Porzionato A, Macchi V, Masiero S, Stecco A, et al. Hyaluronan within fascia in the etiology of myofascial pain. *Surg Radiol Anat.* 2011;33(10):891-6.
6. Suarez-Rodriguez V, Fede C, Pirri C, Petrelli L, Loro-Ferrer JF, Rodriguez-Ruiz D, et al. Fascial Innervation: A Systematic Review of the Literature. *Int J Mol Sci.* 2022;23(10):5674.