

# Terapia manual como tratamiento de la fibromialgia: Caso clínico.

Manual Therapy as treatment of Fibromialgia. Case report.



**Almudena Albentosa Gómez**  
Diplomada en Fisioterapia, nº CV-1392.



**Correspondencia:** Almudena Albentosa Gómez  
C/ Larramendi Nº 28 2ºA-  
03160 Almoradí (Alicante)  
E-mail: aalbentosa@hotmail.com

Recibido: 26 de junio 2008-Aceptado: 1 de julio 2008  
Rev fisioter (Guadalupe). 2008; 7 (2): 33-43



## Resumen

Mujer de 58 años de edad que acude a la consulta de Fisioterapia tras ser diagnosticada de fibromialgia y recibir durante cuatro semanas tratamiento farmacológico para dicha patología sin obtener resultados. Dicha paciente lleva sufriendo 5 años de intensos dolores osteoarticulares, contracturas musculares, episodios de epicondilitis, parestesias y diversos episodios depresivos.

Intentar demostrar la importancia de las pruebas diagnósticas y no el diagnóstico a través de la sintomatología. La correcta realización de una historia clínica para identificar la patología. Saber en brevedad y concisión la historia de la fibromialgia y su prevalencia. Intentar demostrar la importancia de la terapia manual en el tratamiento de la fibromialgia. La aplicación del tratamiento global como cura.

El orden del tratamiento y en lo que consistió fue el siguiente: el primer día, se realizó un ligero masaje con la aplicación de infrarrojos para relajar la zona, así como el trabajo de los puntos gatillo aparecidos a nivel de trapecios, subescapular e infraespinoso) a través de la técnica de Chaitow (técnica de inhibición neuromuscular integrada), el segundo día, se realizó un trabajo de terapia craneo-sacra y la técnica de thrust a nivel cervical y I resto de días se estuvo trabajando con osteopatía craneal y ejercicios de relajación y flexibilización de toda la espalda. La valoración tuvo una duración de unos 30 minutos y el tiempo de las sesiones de tratamiento es de unos 45 minutos, se le recomienda a la paciente seguir con el tratamiento de forma esporádica y en los periodos en que los síntomas empeoren.

El tiempo de rehabilitación fue de 5 sesiones de manera alterna, apareciendo una recuperación casi completa en la última sesión. Se citó de nuevo al paciente a los dos días de finalizar el tratamiento para realizar una correcta valoración de la remisión de la sintomatología, encontrando mejoría en todos los aspectos.

La correcta realización de la historia de fisioterapia nos llevó a una enfermedad. Hay una existencia de la globalidad del cuerpo humano, en la que intervienen tanto factores físicos como psíquicos y que realizar el tratamiento según esa globalidad. Un tratamiento de fibromialgia debería tener varias vertientes: física, educacional, farmacológica y psicológica. Teniendo gran importancia la parte física llevada a cabo por un fisioterapeuta, no sólo por el trabajo en terapia manual sino por el trato diario con el paciente. Que no se puede dar un diagnóstico sólo por los síntomas.

## PALABRAS CLAVES

Fibromialgia, osteopatía, depresión, Hamilton y Beck.

## ABSTRACT

58 year-old woman that goes to the consultation of Physiotherapy after being diagnosed of fibromialgia and to receive during four weeks pharmacological treatment for this pathology without obtaining results. This patient takes suffering 5 years of intense pains osteoarticulares, muscular contracturas, epicondilitis episodes, tingling sensations and depressive diverse episodes.

To try to demonstrate the importance of the diagnostic tests and not the diagnosis through the sintomatology. The correct realization of a clinical history to identify the pathology. To know in brevity and conciseness the history of the fibromialgia and their prevalencia. To try to demonstrate the importance of the manual therapy in the treatment of the fibromialgia. The application of the global treatment as cure.

The order of the treatment and in what consisted it was the following one: the first day, he/she was carried out a slight massage with the application of infrareds to relax the area, as well as the work of the points trigger spirits to level of trapezes, subescapular and infraespinoso) through the technique of Chaitow (technique of inhibition integrated neuromuscular), the second day, he/she was carried out a work of skull-sacred therapy and the thrust technique to cervical level and I rest of days one was working with cranial osteopathy and relaxation exercises and flexibility of the whole back. The valuation had a duration of about 30 minutes and the time of the treatment sessions is of about 45 minutes, he/she is recommended the patient to continue with the treatment in a sporadic way and in the periods in that the symptoms worsen.

The time of rehabilitation was of 5 sessions in an alternating way, appearing an almost complete recovery in the last session. He/she made an appointment to the patient again to the two days of concluding the treatment to carry out a correct valuation of the remission of the sintomatology, finding improvement in all the aspects. CONCLUSIONS: The correct realization of the physiotherapy history took us to an illness. There is an existence of the globality of the human body, in which you/they intervene so much physical factors as psychic and that to carry out the treatment according to that globality. A fibromialgia treatment should have several slopes: physics, educational, pharmacological and psychological. Having great importance the physical part carried out by a physiotherapist, not only for the work in manual therapy but for the daily treatment with the patient. That one cannot only give a diagnosis for the symptoms.

## Key words

Fibromialgia, osteopathy, depression, Hamilton and Beck.

## Introducción

La fibromialgia constituye el último cajón de sastre, es un término bajo el que se engloban diversas patologías, no siempre con un mismo origen o etiología, que hacen referencia a diferentes trastornos dolorosos no claramente identificados. Se afirma que puede estar afectando al 4% de la población mundial, unos 250 millones de personas; en el estado español se cifran en 800.000 las personas afectas de este proceso, con una prevalencia en la consulta de Atención Primaria del 5% al 7%. Predomina en el sexo femenino -casi el 75%-, y la edad de presentación varía desde los 12 a los 45 años, con el pico de prevalencia entre los 35 y 55 años<sup>1,2</sup>. Es un trastorno reciente o "nuevo", con varias fechas relevantes en su historia. En 1981 aparece el concepto de fibromialgia, que reemplaza al anterior de fibrositis. En el año 1987 JAMA (publicación de la Asociación Médica Americana) anuncia que la fibromialgia existe. En 1989, Textbook of Rheumatology (publicación médica especializada en reumatología) dedica un capítulo a la fibromialgia firmado por el doctor Robert M. Bennett. En el año 1990 el Colegio Americano de Reumatología explica los criterios modernos de esta afección. Y es en 1992 cuando la OMS (Organización Mundial de la Salud) califica la fibromialgia como enfermedad reumatológica. (1)

Tras este breve resumen histórico y tras conocer su prevalencia en nuestro país comenzamos con el caso que nos aguarda: El caso que presentamos a continuación es el de una mujer de 51 años de edad, casada, cuya profesión es ama de casa, con un hijo que aún vive en el hogar familiar y una hija casada que vive en otra ciudad. Dicha paciente acude frecuentemente a la consulta de atención primaria por molestias frecuentes; en su historia clínica se contempla que es hipertensa, tiene hipercolesterolemia e intolerancia a la glucosa, también consta el diagnóstico de enfermedad depresiva, desde hace cinco años y de enfermedades osteoarticulares, también desde hace cinco años. En todas las consultas la paciente refiere dolor osteoarticular más o menos intenso, hay peticiones de radiografías informadas como "signos incipientes de artrosis" e historias de epicondilitis y contracturas musculares persistentes (es raro el año que no se ha hecho una derivación a Traumatología, pero el único diagnóstico en el informe del traumatólogo es "posible espondiloartrosis"). Tras realizar la prueba correspondiente se confirma el diagnóstico de fibromialgia ya que la paciente presenta dolor en 13 de los 18 puntos de presión (figura 1).

El tratamiento aplicado por el médico de atención primaria consiste en antidepresivos tricíclicos, en toma única nocturna, y analgésicos puros desayuno y cena, durante cuatro semanas, y que en este tiempo planifique dedicar unos 40 minutos a un ejercicio aeróbico que le agrade y actividades al aire libre para evitar los trastornos depresivos.

A las 4 semanas la paciente acude a la cita con su médico sin grandes cambios, el cual le explica que tiene que considerar esta patología como cualquier otra enfermedad, que no existe ningún tratamiento que se

considere "cura" de la enfermedad y que él procurará ayudarla a vivir con la enfermedad.

Dicha paciente acude al servicio de fisioterapia en un intento desesperado de buscar una solución para calmar los brotes de dolor, sobre todo de la espalda, así como las parestesias en manos y piernas. Nos comenta que se conforma con dormir por las noches y poder realizar su trabajo de ama de casa.

## Objetivos

Intentar demostrar la importancia de las pruebas diagnósticas y no el diagnóstico a través de la sintomatología.

- Presentar los criterios diagnósticos aparecidos hasta el momento.
- La correcta realización de una historia clínica para identificar la patología.
- Saber en brevedad y concisión la historia de la fibromialgia y su prevalencia.
- Intentar demostrar la importancia de la terapia manual en el tratamiento de la fibromialgia.
- La aplicación del tratamiento global como cura.

## Material y Métodos

El material empleado en este caso clínico para la correcta aplicación del tratamiento ha consistido en:

- \_ Aplicación de la historia de fisioterapia.
- \_ Utilización de la escala de depresión de Hamilton.
- \_ Utilización del índice de Beck.
- \_ El tratamiento de dicha patología, así como la búsqueda bibliográfica, han sido realizadas por un único fisioterapeuta.
- \_ La búsqueda bibliográfica ha sido realizada bajo un soporte informático, a través de libros, revistas y apuntes de fisioterapia. Todo esto realizado por un único fisioterapeuta.

## MÉTODO

La metodología de este caso clínico así como la obtención de su tratamiento ha sido la siguiente:

En primer lugar se ha realizado una búsqueda bajo soporte informático, a través del buscador google, introduciendo las palabras claves fibromialgia y osteopatía, para poder conseguir una idea más exacta de la enfermedad y llegando a esta descripción: Es casi siempre una enfermedad de los tejidos mesenquimatosos (conjuntivo, tendones, músculos y no siempre huesos) con inflamaciones extraarticulares dolorosas, crónicas o recidivantes en diferentes puntos. Las zonas más afectadas son los ligamentos, tendones, fascias y los límites entre cartílagos y huesos. Los dolores suelen ser de localización cambiante, pero las zonas comúnmente afectadas son las lumbares, las cervicales y las áreas más cercanas a las grandes articulaciones. Las molestias son más intensas por las mañanas y también se ven incrementadas por acción del frío, la humedad, el estrés psíquico y el sobreesfuerzo. Además de la sintomatología dolorosa pueden aparecer insomnio, cefaleas, alteraciones del sistema neurovegetativo, estreñimiento, dismenorreas y trastornos respiratorios y cardiovasculares. Y, por lo

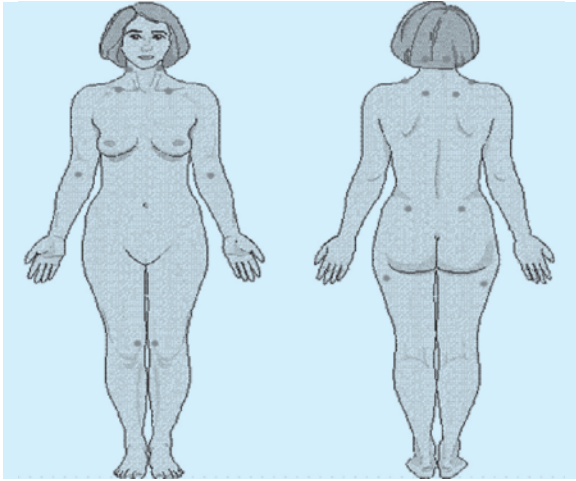


Figura 1. Puntos sensibles en la paciente fibromiálgica.

general, las pruebas de laboratorio como analíticas, etc.,..., suelen proporcionar valores normales. (1)

El siguiente paso fue intentar ver los medios que han aparecido hasta ahora para poder identificar a un paciente con fibromialgia, para ello se introdujeron las palabras claves antes mencionadas y se añadieron las de depresión, Hamilton y Beck, concluyendo que los primeros criterios para clasificar o diagnosticar un paciente como afecto de fibromialgia fueron propuestos por Smythe y Moldofsky, a partir de estos surgieron dos grandes direcciones: Wolfe et al proponían que la presencia de abundantes puntos sensibles ("tender points") era suficiente para diagnosticar el síndrome. Mientras, Yunus y colaboradores se decantaban por la combinación de síntomas característicos y puntos sensibles, aunque sólo requerían la presencia de dos de estos últimos (2)(3).

Continuamos averiguando los diversos criterios diagnósticos en los que se basa esta enfermedad: El American College of Rheumatology<sup>3</sup>, a través de un comité multicéntrico que estudió 558 pacientes (293 afectados de fibromialgia y 265 controles), desarrolló en 1990 los criterios que se utilizan actualmente para su diagnóstico y que se incluyen como tales en la ICD-10. Dichos criterios son: (4)

- Dolor difuso presente como mínimo tres meses. Se considera dolor difuso cuando afecta ambos lados del cuerpo, por encima y por debajo de la cintura, y al esqueleto axial.

- Palpación dolorosa en 11 de los 18 puntos sensibles posibles. Palpación que se debe hacer con un dedo y una presión aproximada de 4 kg. El paciente debe referir dolor claramente, no molestias ni otras sensaciones a la palpación. En la figura 1 se muestra cómo localizar los puntos sensibles. (Fig. 1)

- 1.- Occipital bilateral a nivel inserción músculo suboccipital.
- 2.- Cervical bajo, bilateral en región anterior, correspondientes a espacios intertransversos C5-C7.
- 3.- Trapecios, bilateral en mitad borde superior.
- 4.- Supraespinoso: bilateral, en su origen en la

- región escapular, cerca de la línea media.
- 5.- Costilla 2ª: bilateral en la unión condrocostal segunda, lateral a las uniones superficiales.
- 6.- Epicóndilo lateral: bilateral, a 2 cm de los epicóndilos.
- 7.- Glúteos: bilateral, en los cuadrantes superoexternos, en el pliegue anterior del músculo.
- 8.- Trocánter mayor: bilateral, posterior a la eminencia trocántérea.
- 9.- Rodillas: bilateral, en eminencia grasa media, próxima a la línea media.
- 10.- Tendones Aquilianos bilateral, en su punto de inserción en el calcáneo.
- 11.- Calcáneo bilateral, a la maniobra de compresión mediante pinza digital del examinador, este dolor es muchas veces confundido en exámenes anteriores con espolón de calcáneo bilateral.

La combinación de ambos criterios ofrece una sensibilidad del 88,4% y una especificidad del 81,1%. (4)

Pasando a la parte más práctica de nuestro trabajo y una vez obtenida toda la información y las bases asentadas sobre los criterios que actualmente y tiempo atrás han ido rigiendo esta enfermedad comenzamos con la anamnesis (tabla 1).

El siguiente paso fue la inspección y exploración del paciente a nivel global siguiendo los criterios diagnósticos ya establecidos y corroborando las deficiencias físicas, psíquicas y de personalidad, analizando:

- Descripción por parte del paciente de su dolor: las personas que padecen fibromialgia describen el dolor como quemazón, punzadas, pesadez, palpitación o molestia. (5)

- Partes musculares que presentan mayor dolor: es frecuente que el dolor se note en los músculos que más

<b>DATOS PERSONALES</b>
Edad:
Sexo:
Profesión:
Peso y talla:
<b>HISTORIA CLÍNICA:</b>
Diagnóstico médico:
Problemas de salud:
Historia del dolor:
Tratamiento médico para dicha patología:
<b>EXPLORACIÓN:</b>
Síntomas vestibulares:
Alteraciones de la sensibilidad:
Fatigabilidad:
Paresias:
<b>VALORACIÓN ARTICULAR/MUSCULAR:</b>
Raquis cervical:
MMSS:
<b>PALPACIÓN:</b>
Puntos sensibles fibromiálgicos:
<b>ESCALAS:</b>
Escala de Hamilton:
Índice de Beck:

Tabla 1. Criterios de anamnesis.

se ejercitan y, en general, en las partes mencionadas anteriormente (figura 1). (5)

- Aparición de sintomatología neurovegetativa y trastornos musculares: puede provocar rigidez generalizada, sobretudo al levantarse por las mañanas y sensación de inflamación en manos y pies, así como un hormigueo poco definido que afecta de forma difusa, sobretudo a las manos. (5)

- Aparición de intolerancia al esfuerzo e incluso a las AVD: ejercicios de intensidad inusual provocan dolor, la consecuencia es que cada vez realizan menos esfuerzo, la masa muscular se empobrece. (5)

- Alteración del sueño: el dolor empeora los días que duermen mal. Los registros electroencefálicos presentan alteraciones en la fase de sueño profundo y se detectan unas ondas similares a las que mantienen el estado de alerta del cerebro. (5)

- Factores que pueden empeorar los síntomas: los cambios de temperatura y humedad ambiental, el incremento de la actividad física, el estrés, la depresión, la ansiedad y las fluctuaciones hormonales (los estados premenstruales y menopáusicos). (5)

El siguiente paso a la exploración en los distintos niveles que hemos realizado es la palpación, método a través del cual el fisioterapeuta siente con las manos parte del cuerpo del paciente para evaluar su temperatura local, su turgencia tisular, el dolor a la presión o la aparición de tumoraciones o masas.

Como parte final presentaremos las siguientes escalas de valoración añadidas para nuestro diagnóstico, así como algunas pruebas para diagnóstico y exploración:

### ESCALA DE HAMILTON PARA DEPRESION

(6)

Instrucciones: Escoja en cada ítem la puntuación que corresponda a la intensidad acorde a lo que siente o a su comportamiento, de acuerdo a su apreciación, y luego sume la totalidad de los 17 ítem. Si la suma total de esta escala es igual o mayor de 6 puntos se puede estar padeciendo un trastorno depresivo.

1. Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:

0 = Ausente

1 = Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente

2 = Estas sensaciones las relata espontáneamente

3 = Sensaciones no comunicadas verbalmente (expresión facial, postura, voz, tendencia al llanto)

4 = Manifiesta estas sensaciones en su comunicación verbal y no verbal en forma espontánea

2. Sentimiento de culpa:

0 = Ausente

1 = Se culpa a si mismo, cree haber decepcionado a la gente

2 = Tiene ideas de culpabilidad o medita sobre errores pasados o malas acciones

3 = Siente que la enfermedad actual es un castigo

4 = Oye voces acusatorias o de denuncia y/o experimenta alucinaciones visuales amenazadoras

3. Suicidio:

0 = Ausente

1 = Le parece que la vida no vale la pena ser vivida

2 = Desearía estar muerto o tiene pensamientos sobre la posibilidad de morirse

3 = Ideas de suicidio o amenazas

4 = Intentos de suicidio (cualquier intento serio)

4. Insomnio precoz:

0 = No tiene dificultad

1 = Dificultad ocasional para dormir, por ejemplo le toma más de media hora el conciliar el sueño

2 = Dificultad para dormir cada noche.

5. Insomnio intermedio:

0 = No hay dificultad

1 = Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche

2 = Esta despierto durante la noche, cualquier ocasión de levantarse de la cama se clasifica en 2 (excepto por motivos de evacuar)

6. Insomnio tardío:

0 = No hay dificultad

1 = Se despierta a primeras horas de la madrugada, pero se vuelve a dormir

2 = No puede volver a dormirse si se levanta de la cama

7. Trabajo y actividades:

0 = No hay dificultad

1 = Ideas y sentimientos de incapacidad, fatiga o debilidad (trabajos, pasatiempos)

2 = Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)

3 = Disminución del tiempo actual dedicado a actividades o disminución de la productividad

4 = Dejó de trabajar por la presente enfermedad. Solo se compromete en las pequeñas tareas, o no puede realizar estas sin ayuda.

8. Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)

0 = Palabra y pensamiento normales

1 = Ligero retraso en el habla

2 = Evidente retraso en el habla

3 = Dificultad para expresarse

4 = Incapacidad para expresarse

9. Agitación psicomotora:

0 = Ninguna

1 = Juega con sus dedos

2 = Juega con sus manos, cabello, etc.

3 = No puede quedarse quieto ni permanecer sentado

4 = Retuerce las manos, se muerde las uñas, se tira de los cabellos, se muerde los labios

10. Ansiedad psíquica:

0 = No hay dificultad

1 = Tensión subjetiva e irritabilidad

2 = Preocupación por pequeñas cosas

3 = Actitud aprensiva en la expresión o en el habla

4 = Expresa sus temores sin que le pregunten

11. Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como: Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros.

Frecuencia de micción incrementada.  
Transpiración)

0 = Ausente

1 = Ligera

2 = Moderada

3 = Severa

4 = Incapacitante

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

1 = Pérdida del apetito pero come sin necesidad de que lo estimulen. Sensación de pesadez en el abdomen

2 = Dificultad en comer si no se le insiste. Solicita laxantes o medicación intestinal para sus síntomas gastrointestinales

13. Síntomas somáticos generales:

0 = Ninguno

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

0 = Ausente

1 = Débil

2 = Grave

15. Hipocondría:

0 = Ausente

1 = Preocupado de si mismo (corporalmente)

2 = Preocupado por su salud

3 = Se lamenta constantemente, solicita ayuda

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

1 = Pérdida de más de 500 gr. en una semana

2 = Pérdida de más de 1 Kg. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo

1 = Se da cuenta de su enfermedad pero atribuye la causa a la mala alimentación, clima, exceso de trabajo, virus, necesidad de descanso, etc.

3 = No se da cuenta que está enfermo

### ESCALA DE BECK (6)

Consta de 20 ítems. El sujeto valora si aplicados a él son verdaderos o falsos. Permite evaluar el grado de desesperanza, es decir la actitud del sujeto hacia las expectativas futuras; uno de los tres componentes de la triada cognitiva. Se ha de contestar verdadero o falso.

1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo.

2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor.

3. Cuando las cosas están mal, me ayuda a pensar que no va a ser así siempre.

4. No puedo imaginar como va a ser mi vida dentro de 10 años.

5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo.

6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa.

7. El futuro aparece oscuro para mí.

8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente.

9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro.

10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro.

11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades.

12. No espero conseguir lo que realmente quiero.

13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora.

14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero.

15. Tengo gran confianza en el futuro.

16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo.

17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real.

18. El futuro aparece vago e incierto para mí.

19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores.

20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre.

Y como parte final de la historia clínica realizaremos una serie de pruebas diagnósticas. En un primer momento nos hemos centrado en el dolor del codo de la paciente, realizando:

-*Prueba de estabilidad ligamentosa*: se efectúa para valorar la estabilidad de los ligamentos colaterales medial y lateral del codo. Se coloca la superficie posterior del codo del enfermo en una de las manos del fisioterapeuta ahuecada, y se sostiene la muñeca del paciente con la otra. La mano colocada en el codo actuará de punto de apoyo del codo sobre el que la otra mano forzará al antebrazo durante la prueba. Se pide al paciente primero que haga flexión con el codo durante unos cuantos grados, conforme se fuerza el antebrazo de éste en sentido lateral. Con lo que se aplica tensión valga sobre el lado medial de la articulación (figura 2). Se debe observar si hay algún vacío en el lado medial de la mano. A continuación invertimos la dirección y empujamos el antebrazo en sentido medial de modo que se produce tensión vara en el lateral del codo. Buscamos la aparición de vacío en el lado lateral. Con la mano del codo también podemos realizar la palpación del ligamento durante la prueba. (7)

-*Prueba del codo de tenista*: su objeto es reproducir el dolor propio de las epicondilitis. Se estabiliza el brazo del paciente y se le pide que cierre y extienda la muñeca. Cuando lo haya hecho con la otra mano

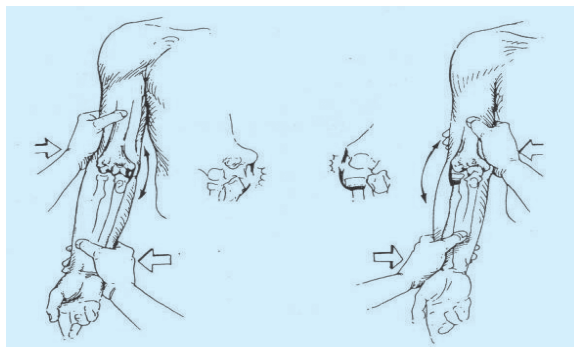


Figura 2. Prueba de estabilidad de los ligamentos.

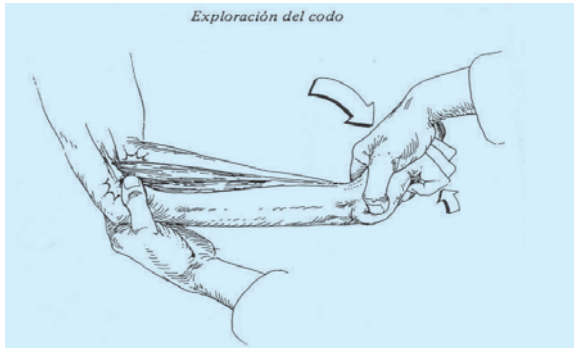


Figura 3. Prueba del codo de tenista.

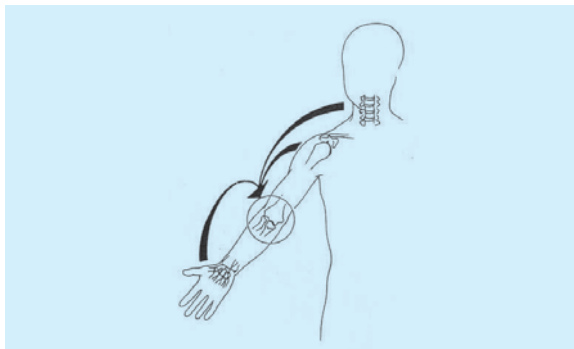


Figura 4. Las alteraciones patológicas de muñeca, hombro y columna cervical pueden producir síntomas reflejos en el codo.

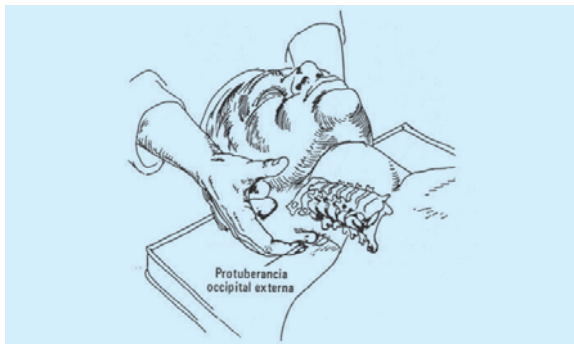


Figura 5. Palpación protuberancia occipital externa.

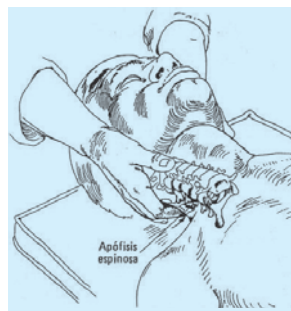


Figura 6. Palpación de las apófisis espinosas

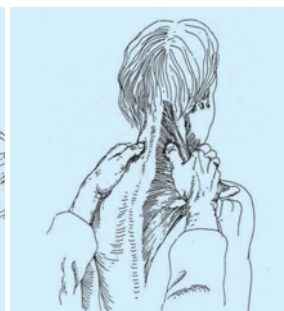


Figura 7. Palpación de los músculos trapecios: desde su origen hasta su inserción.

aplicamos presión en el dorso del puño del enfermo, con objeto de forzar la muñeca de éste hacia la flexión (figura 3). Si el enfermo sufre esta patología, experimentará un dolor súbito e intenso en el lugar de origen común de los extensores de muñeca, el epicóndilo. (7)

- *Palpación a nivel del occipucio* (figura 5). (7)

- *Palpación de la apófisis espinosas* (figura 6): para palparlas se ahueca una mano alrededor de un lado del cuello y se revisa la línea media con la punta de los dedos, en condiciones normales éstas deben estar en línea. Se empieza a nivel de la base del cráneo, la primera espinosa en palpar es la de C2 pudiendo llegar hasta D1, al mismo tiempo podemos comprobar la lordosis normal cervical. (7)

- *Palpación trapecios* (figura 7): va desde la tuberosidad occipital externa hasta D12. Se inserta en sentido lateral en la clavícula, el acromion y la espina del omóplato. Se debe palpar desde su origen hasta su inserción, iniciando la exploración en las porciones superiores prominentes a un lado de cuello, seguimos moviéndonos hacia el acromion y seguimos su trayectoria hasta llegar a la espina del omóplato. Aunque su inserción no se palpa de manera clara, puede haber un aumento de la sensibilidad en la región, síntoma de patología. A continuación, movemos las puntas de los dedos hasta las salientes longitudinales del músculo, a ambos lados de las espinosas. El trapecio se palpa mejor en ambos lados para tener una comparación simultánea. Es indispensable observar las diferencias de tamaño o forma a cada lado, y de la sensibilidad, ya sea ésta unilateral o bilateral. La sensibilidad es más frecuente en la porción lateral superior. (7)

- *Pruebas activas de los arcos de movilidad*: flexión-extensión (figura 8), rotación (figura 9) e inclinación lateral (figura 10). (7)

- *Pruebas de los músculos intrínsecos*: las pruebas musculares se efectúan con el enfermo sentado, si no puede mantener la cabeza erguida se realizan con el enfermo tumbado, teniendo en cuenta que en esta postura se elimina la gravedad como variable. (7)

- *Flexión* (figura 11):

- *Flexores Primarios*:

1. Esternocleidomastoideos.

- *Flexores secundarios*:

1. Músculos escalenos.

2. Músculos prevertebrales.



Figura 8. Izq.: Arco normal de flexión. Der.: Arco normal de extensión.

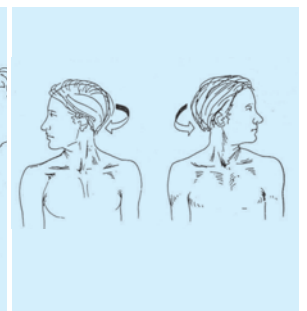


Figura 9. Arcos normales de rotación.

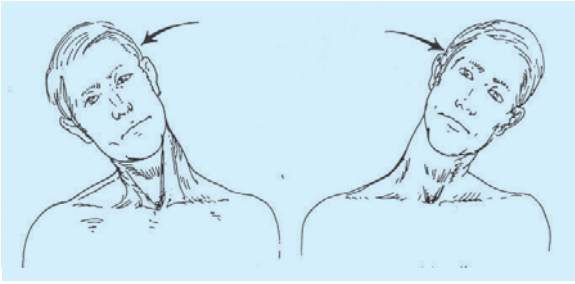


Figura 10. Arcos normales de inclinación lateral.

- Extensión (figura 12):
- Extensores primarios:
  1. Esplenio de la cabeza, semiespinal de la nuca y músculos de la cabeza.
  2. Trapecio.
- Extensores secundarios:
  1. Diversos músculos intrínsecos pequeños del cuello.
- Rotación (figura 13): -Rotatorio primario:
  1. Esternocleidomastoideo.
- Rotatorios secundarios:
  1. Músculos intrínsecos pequeños del cuello.
- Inclinación lateral (figura 14): -Inclinadores laterales primarios:
  1. Escalenos anterior, medio y posterior.
- Inclinadores laterales secundarios:
  1. Músculos intrínsecos pequeños del cuello.

- Exploración de niveles neurológicos: esta fase de la exploración se basa en que las alteraciones patológicas de la columna cervical, como la hernia de disco, se reflejan a menudo en la extremidad superior a través del plexo braquial (C5 D1), que inerva toda la extremidad. (7)

< Nivel neurológico C6 (figura 15): Pruebas musculares del grupo extensor de la muñeca (nervio radial) y del bíceps (nervio musculocutáneo). En el nivel C6 ninguna de las pruebas musculares es pura, el grupo extensor de la muñeca está inervado también por C7 y el bíceps está inervado también por C5.

< Nivel neurológico C7 (figura 16): Pruebas musculares del tríceps (nervio radial), del grupo flexor de la muñeca (nervios mediano y cubital) y extensores de los dedos (nervio radial).

< Nivel neurológico C8 (figura 17): Pruebas musculares de los flexores de los dedos.

La valoración tuvo una duración de unos 30 minutos y el tiempo de las sesiones de tratamiento es de unos 45 minutos. El tratamiento fue de 5 sesiones realizadas a días alternos, apareciendo una recuperación casi total en la última sesión, se le recomienda a la paciente seguir con el tratamiento de forma esporádica y en los periodos en que los síntomas empeoren. El primer día se realizó un ligero masaje con la aplicación de



Figura 11. Posición de las manos para la prueba muscular de flexión del cuello.



Figura 12. Posición de las manos para la prueba muscular de extensión del cuello.

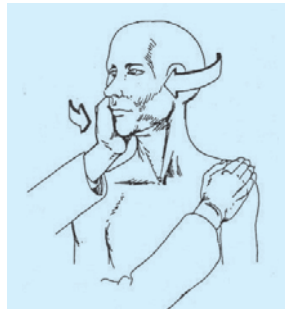


Figura 13. Posición de las manos para la prueba de rotación lateral por medio de los esternocleidomastoideos.



Figura 14. Prueba muscular de inclinación lateral del cuello.

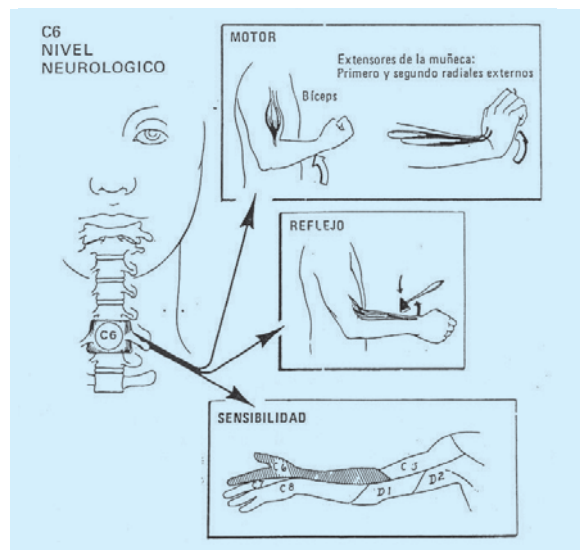


Figura 15. Nivel neurológico C6.

infrarrojos para relajar la zona, así como el trabajo de los puntos gatillo aparecidos a nivel de trapecios, subescapular e infraespinoso) a través de la técnica de Chaitow (técnica de inhibición neuromuscular integrada). El segundo día se realizó un trabajo de terapia cráneo-sacra y la técnica de thrust a nivel cervical. El resto de días se estuvo trabajando con osteopatía craneal y ejercicios de relajación y flexibilización de toda la espalda.

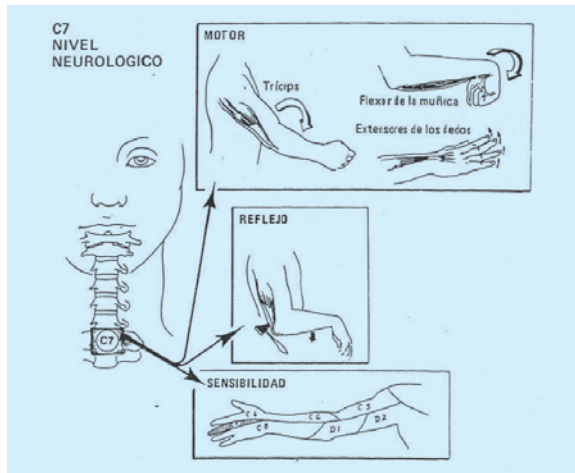


Figura 16. Nivel neurológico C7.

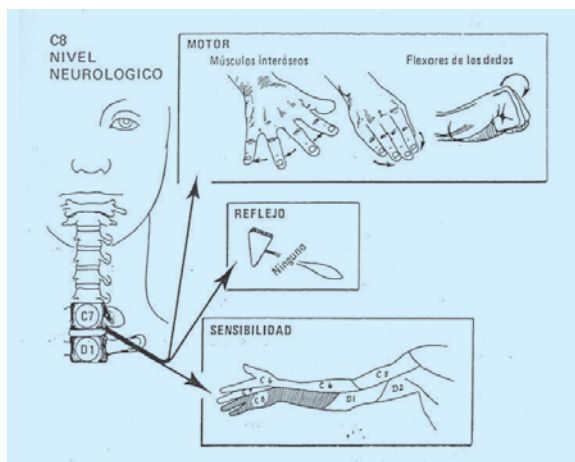


Figura 17. Nivel neurológico C8.

### Resultados

La anamnesis, a través de la historia de fisioterapia, reveló: (ver tabla 2).

- Descripción por parte del paciente de su dolor: la paciente describe dolor intenso en la zona cervical continuo, dolor punzante en la región del epicóndilo adormecimiento de las manos y pesadez en casi todo el cuerpo, la paciente nos dice que “es como si le hubieran dado una paliza”.

- Aparición de sintomatología neurovegetativa y trastornos musculares: la paciente describe que por las mañanas se levanta como “agarrotada” y que le cuesta empezar a moverse, así como una sensación de “acartonamiento” e “hinchazón” en manos y pies.

- Aparición de intolerancia al esfuerzo e incluso a las AVD:

- Alteración del sueño: la paciente relata que ya no sabe cuando fue la última vez que durmió una noche entera y que esta falta de sueño le hace ir dando cabezadas durante el día.

- Sus síntomas se ven empeorados los días de humedad en el ambiente (la paciente vive en una zona donde la humedad es alta), así como los días de viento, los días lluviosos y los días anteriores y posteriores a

DATOS PERSONALES	
Edad:	58 años
Sexo:	Mujer
Profesión:	Amia de casa
Peso y talla:	75 kilos/ 162 cm
HISTORIA CLÍNICA:	
Diagnóstico médico:	Fibromialgia
Problemas de salud:	dolores osteoarticulares, contracturas, epicondilitis, parestias y episodios depresivos.
Historia del dolor:	5 años de dolor, sobre todo en la espalda
Tratamiento médico:	analgésicos y antidepresivos.
EXPLORACIÓN:	
Síntomas vestibulares:	mareos al levantarse por las mañanas
Alteraciones de la sensibilidad:	exageración del dolor a la presión en algunos puntos.
Fatigabilidad:	en ocasiones al realizar las AVD.
Paresias:	en manos
VALORACIÓN ARTICULAR/MUSCULAR:	
Raquis cervical:	limitación de la movilidad en los movimientos de extensión, rotación derecha e inclinación izquierda.
MMSS:	buena movilidad a nivel del hombro, prueba de ligamentos del codo negativa y dolor intenso a la palpación del epicóndilo.
PALPACIÓN:	
Puntos sensibles fibromiálgicos:	dolor en 13 de los 18: occipital, cervical bajo, trapecios, supraespinoso, epicóndilos, glúteos, trocánteres y rodillas.
ESCALAS:	
Escala de Hamilton:	16, como el resultado es mayor de 6 puntos la paciente puede estar sufriendo trastorno depresivo.
Índice de Beck:	el grado de desesperanza de la paciente estaría en un nivel medio.

Tabla 2. Resultados de la anamnesis.

estos fenómenos.

En cuanto a las escalas de depresión que se efectuaron éstas fueron las respuestas de la paciente y sus resultados:

#### - Escala de Hamilton:

- Humor deprimido, tristeza (melancolía), desesperanza, desamparo, inutilidad:
  - Estas sensaciones las expresa solamente si le preguntan como se siente
- Sentimiento de culpa:
  - Ausente
- Suicidio:
  - Ausente
- Insomnio precoz:
  - Dificultad para dormir cada noche.
- Insomnio intermedio:
  - Esta desvelado e inquieto o se despierta varias veces durante la noche
- Insomnio tardío:
  - No puede volver a dormirse si se levanta de la cama
- Trabajo y actividades:
  - Pérdida de interés en su actividad (disminución de la atención, indecisión y vacilación)
- Inhibición psicomotora (lentitud de pensamiento y palabra, facultad de concentración disminuida, disminución de la actividad motora)
  - Palabra y pensamiento normales
- Agitación psicomotora:
  - Juega con sus manos, cabello, etc.
- Ansiedad psíquica:
  - Tensión subjetiva e irritabilidad
- Ansiedad somática (Signos físicos concomitantes de ansiedad tales como:



Gastrointestinales: sequedad de boca, diarrea, eructos, etc. Cardiovasculares: palpitaciones, cefaleas. Respiratorios: hiperventilación, suspiros. Frecuencia de micción incrementada. Transpiración)

1 = Ligera

12. Síntomas somáticos gastrointestinales:

0 = Ninguno

13. Síntomas somáticos generales:

1 = Pesadez en las extremidades, espalda o cabeza. Dorsalgias. Cefaleas, algias musculares. Pérdida de energía y fatigabilidad. Cualquier síntoma bien definido se clasifica en 2.

14. Síntomas genitales (tales como: disminución de la libido y trastornos menstruales):

1 = Débil

15. Hipocondría:

2 = Preocupado por su salud

16. Pérdida de peso:

0 = Pérdida de peso inferior a 500 gr. en una semana

17. Perspicacia:

0 = Se da cuenta que esta deprimido y enfermo

#### - Escala de Beck:

1. Veo el futuro con esperanza y entusiasmo. Falso

2. Quizás debería abandonar todo, porque no puedo hacer las cosas mejor. Falso

3. Cuando las cosas están mal, me ayuda a pensar que no va a ser así siempre. Verdadero

4. No puedo imaginar como va a ser mi vida dentro de 10 años. Verdadero

5. El tiempo me alcanza para hacer lo que más deseo. Verdadero

6. En el futuro, espero tener éxito en lo que más me importa. Verdadero

7. El futuro aparece oscuro para mí. Falso

8. En la vida, espero lograr más cosas buenas que el común de la gente. Verdadero

9. En realidad, no puedo estar bien, y no hay razón para estarlo en el futuro. Falso

10. Mis experiencias pasadas me han preparado bien para el futuro. Falso

11. Más que bienestar, todo lo que veo por delante son dificultades. Verdadero

12. No espero conseguir lo que realmente quiero. Falso

13. Espero ser más feliz de lo que soy ahora. Verdadero

14. Las cosas nunca van a marchar de la forma en que yo quiero. Verdadero

15. Tengo gran confianza en el futuro. Verdadero

16. Como nunca logro lo que quiero, es una locura querer algo. Verdadero

17. Es poco probable que en el futuro consiga una satisfacción real. Verdadero

18. El futuro aparece vago e incierto para mí. Verdadero

19. Se pueden esperar tiempos mejores que peores. Verdadero

20. No hay razón para tratar de conseguir algo deseado, pues probablemente no lo logre. Falso

- Prueba de estabilidad ligamentosa: su resultado es

negativo.

- Prueba del codo de tenista: al realizar el movimiento de la prueba la paciente sólo experimenta un ligero dolor, el dolor intenso y punzante aparece con la palpación del punto fibromiálgico, con lo que podemos descartar una posible epicondilitis.

- Palpación a nivel del occipucio: sentimos zonas de engrosamiento o contractura en la zona de inserción de la musculatura que se inserta en la zona occipital, así como la palpación que aparece dolorosa.

- Palpación de la apófisis espinosas: aparece dolor a la palpación de las apófisis espinosas de C3, C4 y C5. También notamos una ligera rectificación de la lordosis cervical.

- Palpación trapecios: a la palpación esta musculatura aparece con un aumento de la sensibilidad presentando la paciente gran dolor con una ligera aplicación de la fuerza a la palpación. Notamos contracturas en ambos trapecios, siendo el mayor perjudicado el trapecio del lado derecho, que también presenta bandas tensas a nivel de su inserción en el omóplato derecho.

- Pruebas activas de los arcos de movilidad: flexión-extensión: la paciente presenta limitación al realizar el movimiento de extensión, al realizar el movimiento de flexión aparece ligera sensación de mareo al regresar a la posición neutra; rotación: ligera limitación al movimiento de rotación derecha; inclinación lateral: ligera limitación al realizar el movimiento de inclinación izquierda.

- Pruebas de los músculos intrínsecos: flexión: normalidad en esta prueba, sólo ligera sensación de mareo; extensión: la paciente sólo puede realizar un ligero empuje que vencemos con facilidad; rotación: la paciente las realiza con normalidad, aunque no entiende muy bien nuestras órdenes; inclinación: ligera debilidad en ambas inclinaciones.

\_ Exploración de niveles neurológicos:

• C6: aparece ligera sensación de adormecimiento en el borde externo de la muñeca al realizar la prueba de los extensores de la muñeca, la prueba del bíceps es negativa y su reflejo es normal.

• C7: las pruebas del tríceps, flexores de muñeca y su reflejo son normales. Ligera sensación de hormigueo al realizar la prueba de los extensores de los dedos.

• C8: la prueba de los flexores de los dedos es normal.

Luego observamos la postura de la paciente de vista lateral, de vista anterior y de vista posterior, siendo las vistas laterales y anteriores normales y observándose en la vista posterior ligero aumento del volumen del trapecio derecho. Ligero aumento de la temperatura local a la palpación en la zona dorsal.

Con los resultados obtenidos a través de la anamnesis y de las valoraciones realizadas llegamos a la conclusión de que efectivamente nos encontramos ante un caso de fibromialgia cuya sintomatología se encuentra agravada por los problemas de carácter depresivo que presenta la paciente, campo que no es de nuestra incumbencia pero que nos ayuda a contemplar cómo esto afecta a la sintomatología.

Tras la aplicación del tratamiento antes mencionado,

se le pide a la paciente que vuelva dos días después de la última sesión a la consulta para hacerle una nueva valoración, obteniendo los siguientes resultados:

- La sensación de mareo al levantarse por las mañanas ha sido discontinua, ya no se levanta tan “agarrotada”.
- Para que la palpación sea dolorosa se puede aplicar una presión casi normal, la zona ya no presenta aumento de temperatura local.
- Han desaparecido las parestesias en manos y pies, y la exploración de los diferentes niveles neurológicos antes mencionados es normal.
- La amplitud de los movimientos cervicales es normal y el dolor del epicóndilo ha remitido.
- La palpación de los puntos fibromiálgicos ha quedado reducida a dolor en 7 de 18.
- Se ha eliminado la sensación de estar como “apaleada” al final del día.
- Disminución, a la palpación, de las contracturas que aparecían a nivel del occipucio, trapecios (ligera zona de tensión en trapecio derecho) y supraespinoso e infraespinoso.
- Desaparición del dolor a la palpación de la apófisis espinosas de C3, C4 y C5.

### Discusión

El caso clínico que hemos tratado vuelve a poner de manifiesto que las cosas nunca son como parecen, y en el caso en los que hay que tener en cuenta el dolor de los pacientes mucho menos, de ahí la importancia de realizar una anamnesis y una exploración correctas. La patología que hemos tratado es de las pocas en los que muchas de las pruebas realizadas dan valores normales a la edad de las pacientes, de ahí la importancia de una buena valoración.

La fibromialgia es un padecimiento desconocido o mal entendido por la mayoría de los médicos y por la sociedad en general. Esta ignorancia conduce a un maltrato persistente hacia la cantidad de personas que lo padecen. Es un padecimiento frecuente que afecta sobre todo a mujeres y que se caracteriza por dolor intenso en diferentes partes del cuerpo, cansancio que no mejora con el reposo, insomnio, calambres en brazos o piernas e hipersensibilidad a la presión en diferentes partes del cuerpo. A pesar de toda esta sintomatología común, esta enfermedad no tiene un diagnóstico sencillo, porque puede ser confundida por otro tipo de patologías musculares y osteoarticulares.

Una buena definición para entender el dolor sería “una sensación desagradable acompañada por una emoción, que se percibe como un daño a nuestro cuerpo”, esto por desgracia en el caso de la fibromialgia no nos sirve ya que el dolor se convierte en crónico y esto constituye una situación tan compleja para el organismo que lo que debería ser sólo un síntoma se convierte en una enfermedad. (5)

El problema que yo he encontrado en esta enfermedad es que en ella siempre aparece ligado un componente emocional negativo y un componente físico (que es el que tratamos desde la Fisioterapia). Aquí parece el dogma de tratar al cuerpo humano como lo que es: la suma de sus partes y aquí

encontramos también la importancia que aparece cada vez más, de tratar al paciente de forma global.

En el caso expuesto la paciente acude al servicio de Fisioterapia tras un tiempo de toma de analgésicos y tricíclicos, dicho tratamiento no resolvía ni prevenía la aparición de la sintomatología instaurada de la paciente. En este caso aparecía el componente emocional unido a los intensos dolores sufridos durante años que padecía la paciente. Antes de aplicar el tratamiento le hicimos ver a la paciente, que a parte del tratamiento médico, hay otras alternativas a solucionar su problema, que todos los datos que presentan la exploración son datos reales y visibles que nos hablan de una enfermedad, que la curación no es inmediata y que hace falta su participación activa para lograrla. Las pruebas de valoración nos mostraban datos completos de una alteración de la cadena muscular posterior, todo ello había llegado a la formación de un mecanismo lesional que arrastraba al sistema osteoarticular, dando lugar a las contracturas musculares, las rectificaciones óseas, los procesos inflamatorios de zonas de inserción de tendones así como los procesos neurovegetativos. Todo esto unido a la falta de tratamiento de las lesiones concretas que se iban produciendo y a la situación de estrés emocional y físico que sufría la paciente facilitaban el empeoramiento de los síntomas.

En mi opinión quedan muchos frentes para discutir en relación con la fibromialgia, ya que es una gran desconocida, tanto por los que la padecen como por los profesionales que la tratamos. Ya hay gran cantidad de estudios en relación a la cronicidad que del dolor, a las causas que la producen a la aparición de nuevos tratamientos y que en realidad estos sean efectivos, etc... frentes que aún tienen mucho por discutir.

### Conclusiones

- Gracias a la correcta realización de la historia de fisioterapia se llegó a una enfermedad.

- Hay una existencia de la globalidad del cuerpo humano y en ello intervienen tanto factores físicos como psíquicos.

- Un tratamiento de fibromialgia debería tener varias vertientes: física, educacional, farmacológica y psicológica. Teniendo gran importancia la parte física llevada a cabo por un fisioterapeuta, no sólo por el trabajo en terapia manual sino por el trato diario con el paciente.

- Que no se puede dar un diagnóstico sólo por los síntomas, ya que estos en ocasiones no demuestran la verdadera sintomatología o nos puede llevar a pensar que muchos pacientes son víctimas de una sintomatología.

- La fibromialgia constituye el último cajón de sastre, hace referencia a diferentes trastornos dolorosos no claramente identificados. Se afirma que puede estar afectando al 4% de la población mundial, en el estado español se cifran en 800.000 las personas afectas de este proceso, con una prevalencia en la consulta de Atención Primaria del 5% al 7%. Predomina en el sexo femenino -casi el 75%- , y la edad de presentación varía desde los 12 a los 45 años, con el pico de prevalencia entre los 35 y 55 años<sup>1,2</sup>. Varias fechas relevantes en su historia:

1981, aparece el concepto de fibromialgia; 1987 JAMA (publicación de la Asociación Médica Americana) anuncia que la fibromialgia existe; 1989, Textbook of Rheumatology (publicación médica especializada en reumatología) dedica un capítulo a la fibromialgia firmado por el doctor Robert M. Bennett; 1990 el Colegio Americano de Reumatología explica los criterios modernos de esta afección y es en 1992, cuando la OMS (Organización Mundial de la Salud) califica la fibromialgia como enfermedad reumatológica.

- De los diversos criterios diagnósticos en los que se basa esta enfermedad podemos decir que son prácticamente recientes, ya que estos van apareciendo a raíz del reconocimiento de la enfermedad y la aceptación médica de este tipo de enfermos y de sus síntomas. Actualmente podemos citar algunos de los más representativos como: dolor difuso presente como mínimo tres meses y palpación dolorosa en 11 de los 18 puntos sensibles posibles, a esto habría que añadir la realización de una buena historia de fisioterapia, así como la realización de las pruebas complementarias pertinentes.

### Bibliografía

1. Artículo publicado en Conocer Arganzuela nº 131, noviembre de 2003.
2. Wolfe F, Ross K, Anderson J, Russell IL, Hebert L. The prevalence and characteristics of fibromyalgia in the general population. *Arthritis Rheum* 1995;38:19-28.[Medline]
3. Soriano E, Gelado MJ, Girona MR Fibromialgia: un diagnóstico cienicenta. *Atención Primaria* 2000 26:415-8.
4. Wolfe F, Smythe HA, Yunus MB, Bennet RM, Bombardier C, Goldenberg DL, et al. The American College of Rheumatology 1990 criteria for the classification of fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism* 1990;33(2):160-72.[Medline]
5. Dr. Martínez Lavín, Manuel. Fibromialgia: Cuando el dolor se convierte en enfermedad. Madrid: palgraphic. 2ª edición: 2006.
6. [www.depresion.psicomag.com](http://www.depresion.psicomag.com)
7. Hopenfeld, Stanley. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. Ed.: El manualModerno.