

Tenosinovitis de los extensores y abductor del pulgar. Revisión de 62 casos y resultados de la aplicación del masaje transverso profundo

J. A. Martín Urrialde. *Fisioterapeuta. Subdirector de los Servicios Médicos Maratón de Madrid. Coordinador Nacional de Fisioterapia Deportiva de la AEF*

RESUMEN

La revisión de los resultados terapéuticos de 62 casos, tratados mediante la aplicación de las técnicas de masaje transverso profundo, muestra el gran valor de este procedimiento, así como las facilidades de su aplicación.

Palabras clave: Cyriax, tenosinovitis.

ABSTRACT

62 patients were treated by Cyriax techniques, and a revision of results, shown the great value and easy application of MTP.

Key words: Cyriax, tenosynovitis.

ANATOMÍA Y PATOLOGÍA FUNCIONAL

A nivel de la muñeca y el pulgar, encontramos varios tendones que atraviesan diferentes túneles osteofibrosos recubiertos por envueltas sinoviales.

El tendón está constituido por fibras orientadas longitudinalmente y agrupadas en fascículos, estando recubierto por el paratendón, de naturaleza conjuntiva, que separa el citado tendón del resto de las estructuras adyacentes, y permite su libre movilidad.

Los tendones extensores del pulgar son de gran longitud y se hallan recubiertos de una doble vaina sinovial con una capa interna aplicada directamente al tendón, y otra externa que conforma un espacio de deslizamien-

to, bañado por líquido sinovial de idéntica composición al espacio intraarticular. Esta vaina no envuelve completamente los tendones de los cuatro últimos dedos, sino que los une al tejido conjuntivo circundante por tractos fibrosos o mesotendón, estructura de soporte para vasos y nervios propios del tendón (fig. 1).

La tenosinovitis es la inflamación simultánea de un tendón y de la vaina que los recubre (fig. 2), apareciendo a nivel macroscópico rugosidades en el paratendón y en la capa interna de la vaina, lo cual dificulta el tránsito del mismo a través del túnel fibroso, causando dolor y crepitación, signos clínicos característicos. La etiología más frecuente es el microtraumatismo profesional o deporti-

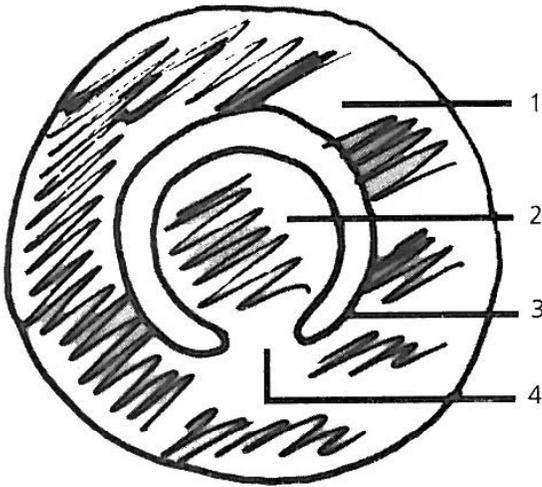


FIG. 1. Corte sagital de un tendón: 1, vaina fibrosa; 2, tendón; 3, vaina serosa; 4, mesotendón.

vo, si bien pueden encontrarse también causas infecciosas (como la artritis reumatoidea) y traumatismos directos (como la contusión).

SINTOMATOLOGÍA Y EXAMEN FUNCIONAL

Los principales síntomas son el dolor y la impotencia funcional. El primero es referido

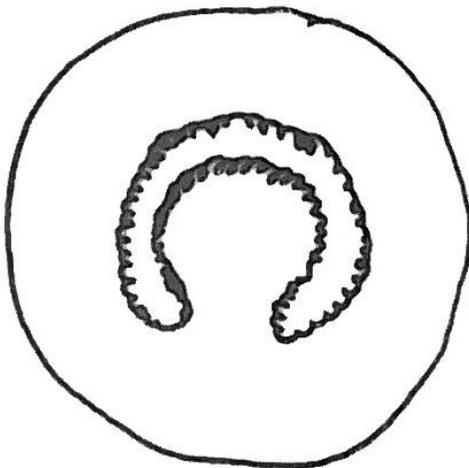


FIG. 2. La cara externa del tendón y la cara interna de la vaina serosa se hacen rugosas cuando existe una tenosinovitis.

a la parte inferior del antebrazo, siendo localizado con precisión por el enfermo en una zona de 3 o 4 centímetros sobre la cara externa del borde radial. En este punto los tendones del abductor largo del pulgar, del extensor corto del pulgar y del largo del mismo dedo, cruzan la cara dorsal del radio (fig. 3).

Este dolor provoca una impotencia funcional de los movimientos de extensión activos y, sobre todo, resistidos del pulgar. Los otros síntomas importantes son: crepitación (causada por el disturbio mecánico existente) y tumefacción local.

El examen funcional tiene que hacerse de forma pormenorizada y debe incluir:

1. Test de movilidad pasiva de la articulación radiocubital, en pronación y supinación.
2. Text de movilidad pasiva de la articulación carpiana: flexoextensión e inclinación lateral.
3. Text de movilidad pasiva de la articulación carpometacarpiana del pulgar.
4. Test isométrico de la musculatura radiocarpiana (en general, negativo).
5. Test isométrico del pulgar (existiendo dolor en extensión y abducción).
6. Test isométrico de los músculos de los dedos II, III, IV y V.

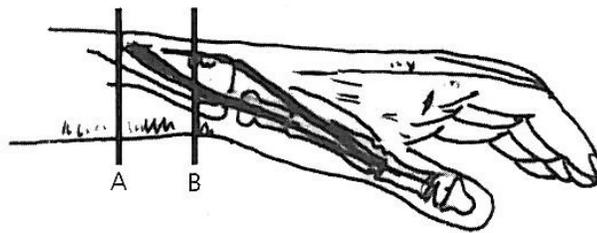


FIG. 3. La zona AB representa el asentamiento de dolor y la crepitación durante una tenosinovitis. El primero y segundo túneles carpianos delimitan la tabaquera anatómica, zona de palpación selectiva.

Palpación

La *palpación* se centrará en la tabaquera anatómica, entidad anatomotopográfica delimitada en su borde radial por los tendones del abductor largo del pulgar y el extensor corto del mismo, que atraviesan el primer túnel radial por su cara externa. El borde cubital está formado por el tendón del extensor largo del pulgar, que atraviesa el tercer túnel radial a nivel del tubérculo del radio. Ambos túneles confluyen en sus trayectos a nivel de la porción distal del antebrazo, 4 centímetros sobre la articulación carpometacarpiana del pulgar, punto en el que se aprecia perfectamente la crepitación.

Por tanto, a la vista de las pruebas funcionales, los signos que verifican la existencia de esta lesión son los siguientes:

1. Extensión y abducción pasiva del primer dedo dolorosa.
2. Extensión y abducción resistida del primer dedo dolorosa.
3. Crepitación en la movilización activa libre del pulgar.

Diagnósticos diferenciales

Los *diagnósticos diferenciales* que podemos establecer son [3]:

- Enfermedad de De Quervain: el dolor es más selectivo con la abducción.
- Rizartrosis del pulgar: anamnesis positiva de enfermedad reumática.
- Esguince del ligamento carpiano lateral externo: antecedente traumático directo.

TRATAMIENTO

Siguiendo la pauta recomendada por el doctor Cyriax [4], se efectuarán tres sesiones

semanales trabajando sobre la zona lesional y añadiendo un vendaje funcional preventivo durante los períodos intersesiones.

La aplicación de MTP se efectuará según el siguiente protocolo:

1. El sujeto sentado con el segmento lesionado sobre la mesa, muñeca en semiflexión palmar e inclinación cubital (fig. 4).
2. El fisioterapeuta, sentado frente al enfermo, mantiene la posición de la muñeca con su mano y con su pulgar; así, se efectúa un ligero estiramiento pasivo del extensor, asegurando el plano óseo contra el cual se va a friccionar (fig. 5).
3. Con la otra mano y situando el pulgar sobre los tendones lesionados, se efectúa la fricción continua transversal a la dirección de los mismos (fig. 6).
4. Al finalizar el tratamiento se aplica crioterapia local durante 10 minutos.

Vendaje funcional

El *vendaje funcional* es de tipo inelástico y persigue posicionar los tendones extensores

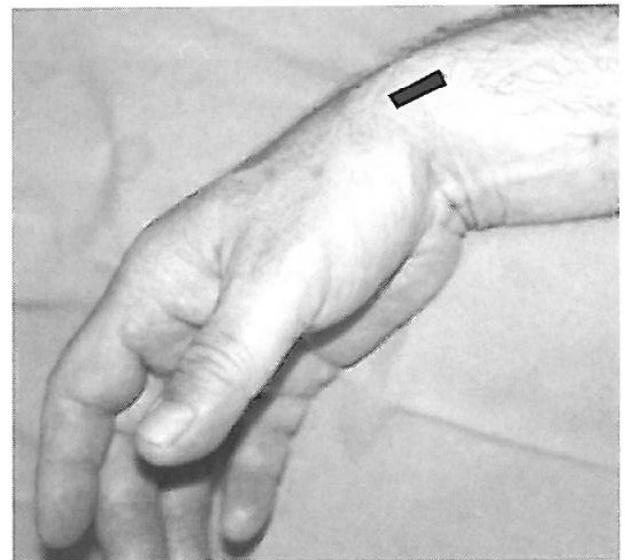


FIG. 4. Posición de la mano del enfermo.

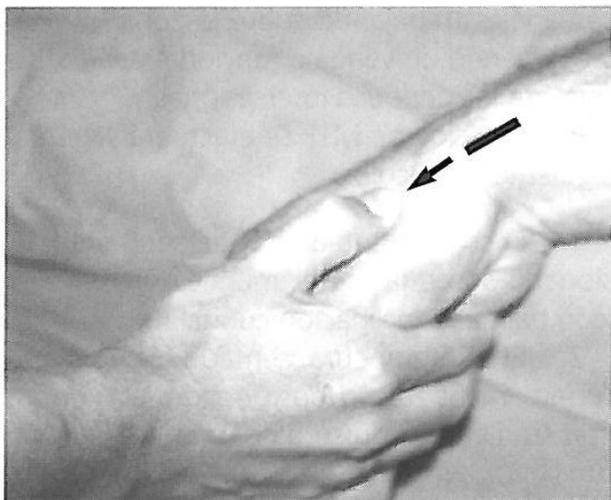


FIG. 5. Estiramiento pasivo de los tendones por parte del fisioterapeuta.



FIG. 7. Anclajes iniciales.

en posición de acortamiento, siendo retirado en cada sesión para efectuar el tratamiento. Para la realización de dicho vendaje usaremos «tape» de 5 centímetros, siguiendo el procedimiento que se describe a continuación:

1. Colocación de tres anclajes circulares en la falange media del primer dedo y un anclaje distal en el tercio medio del antebrazo (fig. 7).

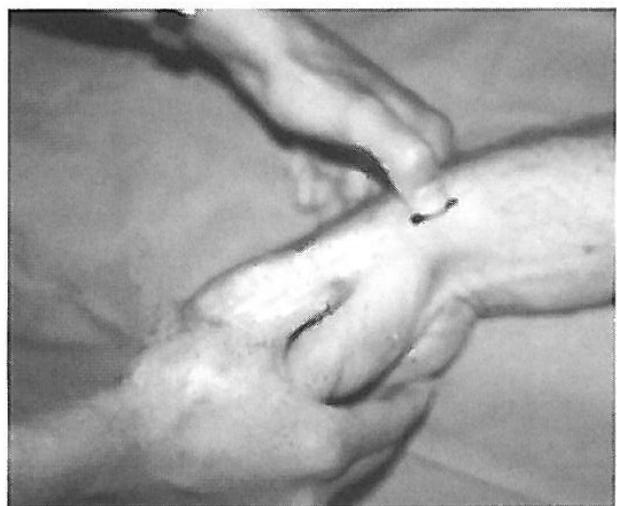


FIG. 6. Fricción transversal sobre la zona lesionada.

2. Colocación de cuatro estribos longitudinales con tensión en sentido proximal, atravesando cada uno de ellos a un tercio de la anchura de la banda (fig. 8).

3. Colocación de una banda rotacional que, partiendo desde la cara palmar de la primera falange, cruce la articulación metacarpofalángica por su cara palmar, llegando hasta la articulación radiocarpiana y adhiriendo la banda a la cara posterior del radio. Aplicando una tensión moderada se sitúan ambas articulaciones en una posición que

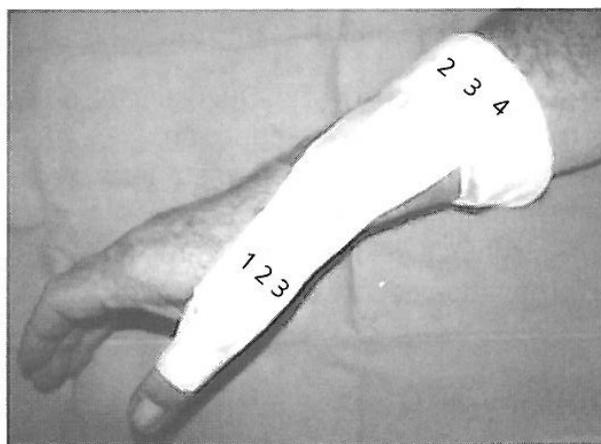


FIG. 8. Estribos longitudinales que estabilizan y acortan el trayecto del exterior.

permite el acortamiento de los tendones extensores lesionados (fig. 9).

Como medida preventiva, en el caso de los varones con mucho vello en el antebrazo se procederá a una depilación previa para evitar así incomodidades en la aplicación del vendaje.

RESULTADOS

El tratamiento anterior fue seguido hasta que el examen funcional mostró la negatividad en al menos dos de los tres signos que confirman el diagnóstico, lo cual fue conseguido en las primeras tres sesiones, obteniéndose la negatividad de todos los signos entre la tercera y la sexta sesión.

Desde el punto de vista biomecánico, sabemos que la causa de la lesión es un aumento del rozamiento del tendón contra un borde del túnel óseo, provocando rugosidades en el eje longitudinal del tendón. Por ello, la justificación del tratamiento propuesto por el doctor Cyriax se basa en eliminar estas alteraciones de la superficie tendinosa por medio de las maniobras de fricción en sentido transversal al eje del tendón. La fricción transversal provoca secundariamente una hipertermia lo-

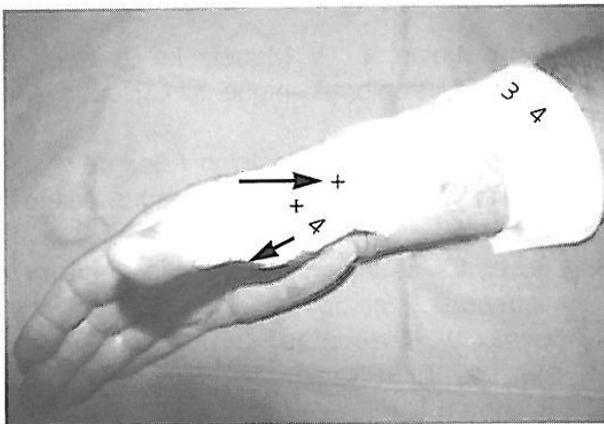


FIG. 9. Banda rotacional.

cal dolorosa que aumenta el umbral de los propioceptores tendinosos, disminuyendo el dolor percibido por el sujeto.

REVISIÓN

Fueron tratados 62 casos, 43 hombres y 19 mujeres, con una edad media de 25,3 años, en los cuales la lesión era aguda (menos de una semana de evolución) en 48 casos, subaguda (más de una semana de evolución) en 10 casos, y crónica (más de cuatro semanas de evolución) en 4 casos.

De las sesiones crónicas tratadas todas habían sido sometidas a infiltración local previa con anestésico más corticoides, según prescripción facultativa, junto a otras pautas de Fisioterapia, excepto el uso de MTP, que fue el factor decisivo para aceptar su inclusión en el presente estudio, siendo derivados a nuestro centro. Las recidivas estaban presentes en todos los casos, con un historial clínico medio de 4 meses y 2 recidivas.

En las lesiones subagudas, seis casos (60 %) habían sido inmovilizados con vendaje funcional como único tratamiento, y posteriormente derivadas a nuestro centro; los cuatro casos restantes (40 %) solamente seguían tratamiento farmacológico (AINES). Sólo se constató una recidiva referida por el enfermo pero no contrastada por el facultativo prescriptor.

Los casos agudos fueron enviados directamente a nuestro centro dentro de la primera semana de inicio de los síntomas dolorosos.

Los pacientes procedían de los siguientes ámbitos:

1. *Medio deportivo*: 43 casos (69,3 %):

— Hombres: 32 (74,1 %).

— Mujeres: 11 (25,5 %).

2. *Medio laboral*: 19 casos (30,6 %):

- Hombres: 11 (57 %).
- Mujeres: 8 (42,1 %).

Relación de deportes practicados por los sujetos del estudio realizado en el medio deportivo

- Canoa: 3.
- Tenis: 6.
- Squash: 5.
- Ping-pong: 4.
- Badminton: 2.
- Golf: 10.
- Esquí de fondo: 6.
- Motociclismo (velocidad): 7.

Relación de actividades profesionales desempeñadas por los sujetos del estudio realizado en el medio laboral

- Ajustador mecánico: 4.
- Informático: 2.
- Construcción: 2.
- Cocinero: 1.

La duración del tratamiento fue:

- Menos de 3 sesiones: 6 casos (9,6 %).
- De 3 a 6 sesiones: 38 casos (61,2 %).
- De 6 a 9 sesiones: 13 casos (20,9 %).
- De 9 a 12 sesiones: 3 casos (4,8 %).
- De 12 sesiones: 1 caso (1,6 %).
- Abandono del tratamiento: 1 caso (1,6 %).

La curación fue completa en 52 casos (83 %) sin ninguna recidiva en los siguientes 6 meses a la finalización del tratamiento, coincidiendo en este grupo todos los sujetos cuyo trata-

miento se mantuvo entre 3 y 9 días (82,3 %). El resto de los sujetos no experimentó ninguna mejoría, por lo que fueron remitidos de nuevo a su prescriptor para verificar el diagnóstico o proponer otro tratamiento.

CONCLUSIONES

Durante algún tiempo se mantuvo como tratamiento de elección ante una tenosinovitis la aplicación de frío-reposo-inmovilización y AINES. Sin embargo, la aplicación de las técnicas de MTP se revelan altamente eficaces incluso en casos crónicos con un corto período de aplicación.

El principal mecanismo de actuación del MTP ante una tenosinovitis en la cual existe un componente inflamatorio, posiblemente sea la liberación de endorfinas, junto con la estimulación de los mecanorreceptores de Wyke (de carácter inhibitor sobre las aferencias nociceptivas). El conflicto mecánico causado por la creación de adherencias en las vainas fibrosas de los tendones extensores es resuelto por el MTP al movilizar los diferentes planos anatómicos y evitar la formación de adherencias.

BIBLIOGRAFÍA

1. Doursounian, L., y Monet, J.: Le tendon: anatomie et biomecanique. *Kin Scient.*, 259: 5-6, 1987.
2. Hoppenfield, S.: *Exploración física de la columna vertebral y las extremidades*. Manual Moderno. México, 1979.
3. Boyer, T.: *Patología del aparato locomotor en el deporte*. Masson. Barcelona, 1991.
4. Cyriax, J.: *Textbook of Orthopaedic Medicine*. Vol. 1. Baillere-Tindall, 7.^a ed. Londres, 1989.