

Eficacia de la terapia manual estandarizada y un programa de ejercicios domiciliarios en la tendinitis crónica del manguito de los rotadores

Bennell K, Wee E, Coburn S, Green S, Harris A, Staples M, et al. Efficacy of standardised manual therapy and home exercise programme for chronic rotator cuff disease: randomised placebo controlled trial. *BMJ*. 2010;340:c2756.

Objetivo. Determinar si un programa de 10 sesiones de terapia manual estandarizada y ejercicios domiciliarios desarrollados por un fisioterapeuta en pacientes con tendinopatía crónica del manguito de los rotadores mejora el dolor y la función más que un tratamiento con placebo.

Diseño. Ensayo controlador aleatorizado doble ciego.

Emplazamiento. Área metropolitana de Melbourne (Australia); pacientes reclutados a través de médicos generales y medios de comunicación (radio y prensa).

Población de estudio. Ciento veinte pacientes. Criterios de inclusión: mayores de 18 años; dolor de más de 3 meses de evolución; intensidad del dolor en una escala numérica de 3 sobre 10 con la movilización del hombro; dolor con la abducción o rotación externa; maniobras de pinzamiento (*impingement*) positivas.

Intervención. Doce sesiones consistentes en: a) grupo de la intervención (59 pacientes): masaje suave, movilización pasiva de la articulación glenohumeral, reentrenamiento escapular y postural, movilización de columna cervical y dorsal y ejercicios para domicilio; b) grupo placebo (61 pacientes): ultrasonidos inactivos y la aplicación local de un gel no terapéutico, sin realizar ejercicios en domicilio.

Medición de resultado. Las principales medidas fueron el Índice de Dolor y Discapacidad del Hombro (SPADI), el dolor con los movimientos mediante escala numérica y la percepción global de cambio. También se registró la calidad de vida percibida por los pacientes (versión de 36 cuestiones del *Medical Outcomes Study* [SF-36]) y mediante el instrumento de evaluación de calidad de vida AQL. Se exploró la fuerza isométrica del hombro afectado (abducción, rotación interna y externa) mediante el medidor de Lafayette (*Nicholas Manual Muscle tester*), así como la adherencia al tratamiento.

Resultados principales. No hubo diferencias en las principales medidas (mejoría del dolor e incapacidad y movimiento doloroso) (3,6, intervalo de confianza al 95% -2,1 a 9,4; 0,7, de -0,1 a 1,5). Los pacientes del grupo intervención refirieron un mayor éxito final (encontrarse "mucho mejor"), pero no hubo diferencia estadísticamente significativa (riesgo relativo [RR] 1,43, 0,87 a 2,34). En ellos, se objetivó mejoría significativa en la fuerza isométrica, pero no existió en cuanto a la mejoría en calidad de vida. A las 22 semanas, el grupo control mostró una mejoría significativa en cuanto a dolor y al índice de discapacidad con respecto al placebo (diferencia media 7,1, 0,3 a 13,9), pero no así en cuanto a movimiento doloroso. Los cambios referidos en dicho grupo en cuanto a las principales medidas se mantuvieron (todos con $p < 0,001$).

Conclusión. La terapia manual y los ejercicios en domicilio no consiguieron una mejoría inmediata en cuanto a dolor y función comparada con placebo en pacientes de mediana edad con tendinopatía crónica del manguito de los rotadores. Se objetivaron mejorías a nivel funcional y en la fuerza en el seguimiento realizado, por lo que podría sugerirse que los beneficios de la terapia manual pueden obtenerse a largo plazo.

atención primaria¹. Su etiología es muy diversa, incluyendo las causas más frecuentes las periarticulares (tendinitis del manguito de los rotadores o bicipital, roturas tendinosas, bursitis, etc.), articulares (hombro congelado, artritis séptica o inflamatoria, etc.), ósea (neoplasias, osteomielitis, traumatismos, etc.) o extrínsecas (origen visceral, vascular o neurológico). La limitación de la movilidad de dicha articulación y el dolor repercuten en las actividades diarias, precisando en numerosas ocasiones atención médica e incluso quirúrgica.

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado y doble ciego, con una muestra pequeña (120 pacientes), la cual fue seleccionada tomando como base unos criterios clínicos. El tendón más afectado suele ser el supraespinoso, pero en el ensayo no se emplearon pruebas complementarias de imagen, por lo que se desconoce si las patologías tratadas en ambos grupos fueron las mismas o diferentes, o si su distribución en ambos grupos fue homogénea.

Dentro del doble ciego sólo se pudo incluir a pacientes y asesores, no a los terapeutas. Con respecto a los pacientes, es difícil realizar un estudio ciego cuando las dos intervenciones difieren en cuanto a su presentación (tratamiento manual frente a ultrasonidos), ya que los pacientes que reciben un tratamiento activo esperan obtener mayor beneficio (efecto placebo), por lo que pueden obtenerse falsos negativos y conclusiones erróneas sobre la eficacia.

La adherencia del grupo control a los tratamientos en domicilio fue menor de la mitad, aunque al analizar los datos excluyendo a estos pacientes, se objetivó la mejoría de los que sí los realizaban en domicilio.

El programa de fisioterapia empleado se creó tomando como base la literatura y las características de los sujetos en los que se realizó la investigación, por lo que puede no ser útil para otros estudios, para otros clínicos e incluso para otros pacientes. Así pues, sería necesario evaluar la eficacia de dicho programa.

Se han realizado varias revisiones sistemáticas valorando la efectividad de la fisioterapia en el hombro doloroso (ya que esta es una de las primeras líneas de tratamiento)², pero sólo se ha podido demostrar que algunas intervenciones son efectivas en trastornos específicos del hombro, por lo que se necesitan más ensayos clínicos en los que se valore la efectividad de la fisioterapia para la mejora del dolor y la función en los casos de hombro doloroso.

Aránzazu López Villalvilla

Centro de Salud La Rivota. Alcorcón. Madrid. España.

Comentario

Una causa importante de morbilidad musculoesquelética es el hombro doloroso, con una incidencia de 9,5 por cada 1.000 pacientes en

Bibliografía

- Ostor AJK, Richards CA, Prevost AT, Speed CA, Hazleman BL. Diagnosis and relation to general health of shoulder disorders presenting to primary care. *Rheumatology*. 2005;44:800-5.
- Green SE, Buchbinder R, Hetrick S. Physiotherapy interventions for shoulder pain. *Cochrane Database Syst Rev*. 2003;(2):CD004258.