

## COMENTARIOS SOBRE EL SINDROME MIOTENSIVO CERVICO - ESCAPULO - TORACICO

Dres. M. Casademont  
J. Freixas  
A. Bardina  
R. Figuls  
A. Dauder  
R. Torres

En la práctica reumatológica diaria, se nos presenta con frecuencia un síndrome caracterizado por una proteiforme sintomatología referida fundamentalmente a la región cervico-escapular: nucalgia de predominio unilateral con irradiaciones hacia occipucio y hombro, y menos frecuentemente con cefaleas frontales y hemicráneas; sensación de peso en región inter-escápulo-espinosa que se acentúa según la actividad del cuello o torso; algunas veces el paciente comenta tener la sensación de que existen cuerdas tensas en su nuca y con frecuencia acusa inestabilidad a la deambulación o al iniciar un movimiento y más excepcionalmente verdaderos vértigos; buen estado general pero facilidad para la tristeza y el llanto. Generalmente estos síntomas mejoran cuando el paciente se aleja de su medio habitual de vida (fines de semana, vacaciones).

En la exploración física encontramos:

INSPECCION.—A veces puede apreciarse un dorso plano.

PALPACION.—Dolor intenso a la presión de los músculos trapecio y con menor frecuencia del pectoral, angular del omóplato y músculos paravertebrales cervico-dorsales, dolor agudo fácilmente diferenciable del que en el lado opuesto es simplemente propio de la presión de los dedos. Es posible experimentar, a veces, una sensación de crujido al friccionar con intensidad y en sentido transversal el músculo angular del omóplato, el cual se desplaza bajo el dedo como un cordón rígido y chirriante. La sensación dolorosa que produce el pellizco parece originarse más en la masa de los músculos englobados entre la pinza digital que por la presión del tejido celular subcutáneo. Estas maniobras las verificamos con el paciente sentado. En decúbito prono es posible hallar otros puntos dolorosos en la zona inter-escapulo-espinosa, pero en general, como signos secundarios.

---

Servicio de Reumatología del Hospital de la Cruz Roja de Barcelona, España.  
(M. Casademont).

MOVILIDAD.—La movilidad de la columna cervical y dorsal es amplia, así como la movilidad de las articulaciones escapulo-humerales.

Los análisis solicitados al laboratorio suelen ser normales.

El estudio radiográfico también es inexpresivo, encontrándose a veces una rigidez de la columna cervical, que puede explicarse por la hipertonia muscular. Otras veces hallamos unas discretas lesiones artrósicas en consonancia con la edad del paciente.

Siguiendo la nomenclatura convencional, podríamos calificar a toda esta sintomatología, como de "fibrositis intramuscular" (sin embargo nos falta comprobar la realidad inflamatoria de la miopatía). Pero al no tener más datos objetivos que nos permitan definir la organicidad del proceso, de momento hemos preferido llamar a esta entidad "Síndrome miotensivo cérvico-escapulo-torácico", no pretendiendo con esta denominación más que resumir sus caracteres semiológicos más sobresalientes.

Esta pobreza de signos somáticos y su coexistencia con sugestivas manifestaciones de inestabilidad psicoemotiva, nos ha inducido a estudiar más a fondo a estos pacientes y llevar a cabo de forma sistemática una exploración psicométrica y una exploración psiquiátrica.

EXPLORACION PSICOMETRICA.—Mediante ella hemos detectado:

—Ansiedad.

—Mal funcionamiento psicomotriz.

—Una nota muy alta de neuroticismo.

—Extraversión baja.

—Mala adaptación en diversas facetas de la vida cotidiana.

Mediante la aplicación del **Echelle d'Anxiete de Cattell** se llegó a extraer una nota global de ansiedad y una serie de notas parciales directamente relacionadas con ella que se refieren a "conciencia de sí mismo" y ansiedad, "fuerza del yo" y ansiedad, "inseguridad paranoide" y ansiedad, "tensión a la culpabilidad" y ansiedad y "tensión pulsional" y ansiedad.

Con el **Psicodiagnóstico Miokinético de Mira y López (PMK)**, apartado de "Lineogramas", prueba a la vez de tipo proyectivo y psicomotriz, se pueden obtener datos relacionados con la dirección de la tensión psicomotriz del sujeto (intratensión o extratensión), el tono psicomotor (normal, elativo o deprimido) y la dirección de la agresividad (autoagresividad o heteroagresividad). En los trazados verticales observamos una mala dotación psicomotora sin muestras de actividad compensadora. En los trazados horizontales hallamos ausencia de constantes grupales en cuanto a la dirección de la tensión psicomotora. En los trazados sagitales encontramos un déficit en la expresión y proyección de la agresividad a través de mecanismos controlados corticalmente (conscientes). En conclusión, podemos decir que según el PMK estos pacientes carecen de una buena dotación y estructuración psicomotriz con tendencia a la eteroagresividad y que sus conflictos actuales son una consecuencia de ello.

El grado de alteración de la personalidad se puede detectar con el "**Cuestionario de personalidad E.P.I. forma (A)**" de H. I. Eysenck y S. B. G. Eysenck, en el cual hemos hallado una nota muy alta de neuroticismo y una nota muy baja de extraversión (estos datos los obtuvimos al realizar una prueba con pacientes afectados de SMT y un grupo control de enfermos orgánicos).

Y con el "**Cuestionario de adaptación para adultos**" de Hugh M. Bell, hemos hallado una mala adaptación en diversas facetas de la vida cotidiana.

EXPLORACION PSIQUIATRICA.—Nos ofrece síntomas de la serie depresiva, sin que pueda constatarse ninguna enfermedad psíquica activa con características definidas.

#### COMENTARIOS:

En principio y como dato anecdótico, cabe decir que estos pacientes, frecuentes en nuestro Servicio de Reumatología, acuden también a otras especialidades según el síntoma predominante. Así tenemos que cuando el síntoma principal es la cervicocefalalgia acostumbran a visitar al neurólogo y cuando lo es el vértigo o la inestabilidad acuden al otorrino.

Un dato común en ellos consiste en la negación, en principio, de su conflictiva psíquica. En otros casos reconocen tener conflictos psicológicos, pero no los conectan con su síntoma físico.

Por lo expuesto, la anamnesis debe profundizar en sus conflictos psicológicos y abarcar al paciente como persona total.

El dolor es un síntoma muy subjetivo, condicionado por la personalidad. No debemos caer en el error de que el miotensivo no tiene nada o que se queja sin razón. Su sufrimiento psicológico puede ser muy intenso, sólo que no lo expresa directamente con palabras o síntomas en forma de ansiedad o depresión, sino que lo manifiesta por medio de signos referidos al aparato locomotor. El dolor en el SMT, es probablemente una manifestación de un sufrimiento más profundo.

Analizando los datos obtenidos en las exploraciones psiquiátricas, hemos hallado personalidades histéricas, incluso antecedentes claros de crisis de histeria de conversión, síndromes depresivos, neurosis de angustia, fóbica y obsesiva. Algunos autores han llegado a considerar al SMT, como una expresión somática de ansiedad crónica, del mismo modo que pueden serlo las palpitaciones o la disnea suspirosa.

Holmes y Wolff, mediante el EMG realizado a enfermos con esta sintomatología, han descubierto que la tensión muscular aumenta cuando hablan con ellos de sus inquietudes, especialmente de las relacionadas con su agresividad. Este hallazgo coincide con nuestra observación de que en el psicodiagnóstico mioquinético de Mira y López se descubre una cierta tendencia heteroagresiva en toda la población estudiada. Por tanto parece afirmarse la existencia de tal conflicto, el mismo que produce la piloerección y contracción de la musculatura espinal en algunos animales y la reacción de rabia (reacción de hiperextensión) en el lactante, fenómenos que guardan un cierto paralelismo con el SMT.

Bajo este punto de vista, el SMT permite a los enfermos, colocados en una situación regresiva, agredir a sus familiares y allegados con sus dolores y molestias y les facilita como beneficio secundario, la consecución de cuidados, protección, atenciones y otros privilegios.

Siguiendo esta línea, nos parece que el SMT sería un intento de desplazar los conflictos heteroagresivos de la conciencia y vivirlos en un nivel locomotor mucho más próximo a la vida de relación que el nivel visceral: la heteroagresividad está "presente" en todos los músculos, pero sólo algunos la manifiestan. De ahí el aumento de tono persistente. Se trataría de una "componenda" entre agresión y contención y entre el paciente y las personas de su entorno.

Sin embargo, con esta "componenda" no siempre se obtiene la compensación buscada, puesto que muchos de estos pacientes sufren otros trastornos psicósomáticos. Al parecer, si fracasa, el conflicto puede encarnarse en las vísceras: del mismo modo que se hace una transición de la conversión al SMT como fijación psicofisiológica, se haría una nueva transición del SMT a un trastorno "visceral" (colon irritable, ulcus, psoriasis, alergias, etc.).

## **T R A T A M I E N T O**

Creemos posible incidir terapéuticamente sobre este síndrome en varios niveles:

— A nivel sintomático, por medios químicos (analgésicos) o psicológicos (sugestión, hipnosis).

— A nivel fisiopatológico, actuando sobre la tensión muscular. Con fármacos (relajantes musculares), métodos físicos (calor local y masajes) o métodos psicológicos (métodos de relajación).

— A nivel etiológico, incidiendo sobre los conflictos responsables por medio de la psicoterapia. En este capítulo hemos de hacer mención a la resistencia que pone el paciente para ir al psiquiatra o bien la poca preparación que tiene el paciente para recibir un tratamiento psiquiátrico. Por ello, en nuestro equipo de trabajo procedemos de la siguiente manera: la exploración psicométrica y psicológica corren a cargo de los psicólogos y del psiquiatra y ellos mismos asesoran al reumatólogo sobre la forma de encauzar las entrevistas con el paciente y realizar de este modo (el propio reumatólogo) una cierta psicoterapia, puesto que es él quien puede sacar mayor provecho de la confianza que le ha depositado el paciente.

Pero cuando nos hallamos ante un paciente psicótico (raras veces) o ante un paciente que acepta la idea de ser tratado por el psiquiatra y que está capacitado para ello, es el psiquiatra quien se hace cargo de él.

Hasta aquí hemos hablado de lo que puede hacerse en estos pacientes afectados de SMT, digamos ahora sólo unas palabras sobre lo que no debe hacerse: por su habilidad psicológica, no debemos caer en el error de afirmar un proceso orgánico, porque además de no ser verdad, podemos contribuir de forma decisiva a fijar el síndrome (factor yatrogénico).

## **B I B L I O G R A F I A :**

1. BERNARD, C.: Introducción al estudio de la Medicina Experimental. Ed. El Ateneo, 1959.
2. CASADEMONT, M.; TORRES, R.; DAUDER, A.; FREIXA, J.; BARDINAS, A.; FIGULS, R.: Implicaciones psicológicas en los síndromes doloroso cérico-escapulotorácicos. Comunicación al II Congreso Latino de Reumatología. Bucarest, septiembre, 1976.
3. COPEMAN, W.: Textbook of the Rheumatic Diseases, 1969.
4. FAVERGE, J. H.: Methodes Estatistiques en Psychologie Apliquée. Ed. Presses Universitaires de France, 1971.
5. FREIXAS, J.; BARDINA, A.; APARICIO, D.; CASADEMONT, M.; FIGULS, R.; DAUDER, A.; TORRES, R.; DALMAU, J.: Importancia de la conflictiva psíquica en la semiología reumatológica. Comunicación presentada en la Reunión Semestral de la S.E.R. del 4 de diciembre de 1976, en Barcelona.
6. HOLMES, T. H.; WOLF, H. G.: Z. Psychosom. Med. 14, 18, 1952.

7. LOPEZ GARCIA, E.: Reumatismos y Sistema Nervioso. Actas Luso-Españolas de Neurología y Psiquiatría, 8, 130, 1949.
8. LUCHERINI, T.: Il sistema nervoso nella incidenza di alcune manifestazioni anatomico-cliniche della "malattia reumatoide". Minerva Médica, 54, 1745, 1963.
9. MARTY, P.; M'UZAN, DAVID: La investigación Psicósomática. Ed. L. Miracle, 1962.
10. MARTY, P.: Clínica y Práctica Psicósomática. en Snacht, Psicoanálisis hoy. Ed. L. Miracle, 1959.
11. MENDEZ, M.; URQUIAGA, C.: Reumatismo y sistema nervioso. Rev. Neuropsiq. 30, 85, 1967.
12. MOLL, W.: Compendio de Reumatología. Ed. Toray, 1965.
13. MUÑOZ, P. E.; VAZQUEZ, J. L.; RODRIGUEZ INSAUSTI, F.; PASTRANA, E.; VARO, J.; TIZON, J. L.: Comunicación a la mesa redonda de Psicodiagnóstico. XIII Congreso Nacional de Neuropsiquiatría. Mérida, septiembre de 1975.
14. GRY, M.; RUELLE, M.: Importance des facteurs psychiques dans la pathogenie et le traitement des affections rhumatoïmales. Rev. de Rhum. 27, 1, 1960.
15. OUYANG, R.; MITCELL, D. M.; ROZDILKSKY, B.: Central nervous system involvement in rheumatoid disease. Neurology, 17, 1099, 1967.
16. PORTA, V.; MENOZZI, C.; JANN, G.: Reumatismo e sistema nervoso. Minerva Médica, 53, 459, 1965.
17. ROTES, J.: Estudios sobre el síndrome psicógeno del aparato locomotor. Ed. Sandoz, 1962.
18. SEZE de S.; KOUPERNIK, C.: Probleme psychosomatique en rhumatologie. Sem. des. Hôp. 39, 2164, 1963.
19. SIMARO, J.: Interferencias y conexiones de los reumatismos con la neurología y la psiquiatría. Med. Clin. 10, 324, 1948.
20. TORRES, R.; FREIXAS, J.; BARDINA, A.; CASADEMONT, M.; FIGULS, R.; DAUDER, A.: Reumatismo orgánico-Reumatismo psicógeno. Contrastación de datos. Comunicación al XI Congreso Español de Reumatología. Oviedo. Mayo de 1976.