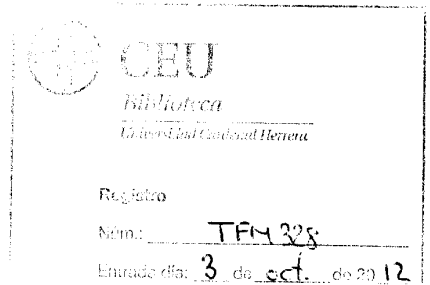


NA 561517

TFM 328  
Deposito  
nº

# MEMORIA DE PRÁCTICAS EXTERNAS

III EDICIÓN MÁSTER UNIVERSITARIO TERAPIA  
MANUAL OSTEOPÁTICA 2011-2012



ALUMNA: LAURA HIDALGO MORENO (laura\_cs90@hotmail.com)

## ÍNDICE:

1. PRESENTACIÓN DEL CASO .....	3
2. ANAMNESIS .....	4
3. EXPLORACIÓN .....	6
4. DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO .....	7
5. TRATAMIENTO .....	9
6. EVOLUCIÓN .....	10
7. CONCLUSIÓN .....	10
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11

## 1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 40 años, que acude a consulta al presentar la zona lumbar cargada, desde hace años. Profesión maestro de educación física, deportista. A los 14 años tuvo una fractura de clavícula derecha, se rompió el brazo hace 8-9 años y además ha tenido problemas con la vesícula biliar. Ha sufrido 2 neumonías hace 17 y 22 años, respectivamente, de niño utilizó plantillas en ambos pies. Padece más la sintomatología desde que ha tenido un bebé, ya que carga mucho con el a brazos en bipedestación.

El paciente presenta la siguiente sintomatología:

- Dolor localizado en la zona lumbar de forma de pesadez.
- Aparece al estar mucho tiempo de pie.

## 2. ANAMNESIS

Procedemos para realizar una entrevista con el paciente, cumplimentando una historia clínica:

### DATOS DEL PACIENTE:

**DNI:** XXXXXXXX-X

**FECHA DE NACIMIENTO:** 27-1-72

**PROFESIÓN:** Maestro de primaria de educación física, además tiene cargos de responsabilidad dentro del centro (jefe de estudios).

**TELÉFONO:** XXX XXX XXX

**DIRECCIÓN:** X

**DEPORTES:** Practica de deportiva a diario y variado, aunque lo que más practica es fútbol y tenis de forma amateur.

### ANTECEDENTES PERSONALES:

**TRAUMATISMOS:** A los 14 años saltó desde un seto y se fracturó la clavícula y a los 32 años aproximadamente, tras recibir un golpe jugando a fútbol se fracturo el brazo izquierdo.

**CIRUGÍAS:** la intervención de la clavícula derecha a los 14 años, a los 35 años fue intervenido por un quiste en el sacro, y a los 36 años se le realizó una paroscopia para una posterior intervención de la vesícula.

**CICATRICES:** debidas a las intervenciones comentadas posteriormente.

**ENFERMEDADES SISTÉMICAS:** no.

**ENFERMEDADES REUMÁTICAS:** no.

**TUMORACIONES:** no.

### ANAMNESIS POR SISTEMAS:

- RESPIRATORIO: ha sufrido dos pneumonías hace 17 y 22 años respectivamente.
- OTORRINOLARINGOLOGÍA: no.
- CARDIO-CIRCULATORIO: no.
- GENITO-URINARIO: problemas con la vesícula.
- HEPÁTICOS: no.
- DIGESTIVOS: no.

**HIJOS:** 1

**PARTOS:** no.

**ALERGIAS:** no diagnosticadas, pero sospecha que al polen.

**HÁBITOS ALIMENTARIOS:** bien, dieta equilibrada.

**PESO:** 83 kilos

**ALTURA:** 1.83 cm

**TÓXICOS:** no fuma, y bebe ocasionalmente.

**ALTERACIONES ORO-FACIALES:** no.

OTRAS ALTERACIONES: de pequeño, llevó plantillas mucho tiempo, también usó las botas ortopédicas durante un año de su infancia.

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO: no

ANTECEDENTES FAMILIARES:

Padre con tensión ocular y abuelo con disfunción renal.

MOTIVO DE LA CONSULTA:

Viene por dolor en la zona lumbar, contante durante todo el día, desde hace años, aunque actualmente lo sufre más.

SÍNTOMAS (DOLOR):

- ¿Dónde? Localizado en la zona lumbar.
- ¿Cómo? En forma de pesadez.
- ¿Cuándo? Es constante durante todo el día, aunque cuando se le agrava en tras estar de pie muchas horas y llevar peso. A la noche no aparece, por lo tanto descansa bien.
- ¿Desde cuándo? Desde hace años, comenta desde que dejó de jugar a fútbol en competición, pero desde que tuvo un bebé (hace 8 meses) y lo tiene en brazos su sintomatología se ha agravado.
- Valoración del 1 al 10: 6.

El paciente no comenta episodios de invalidez por los síntomas, ni parestesias, ni alteración de la sensibilidad.

### 3. EXPLORACIÓN

En la exploración física se encuentra:

#### INSPECCIÓN POSTURAL ESTÁTICO:

- Curva de la clavícula derecha más pronunciado, rotación posterior de la clavícula.
- Hombro derecho más posterior
- Hombro izquierdo más elevado
- Dorso plano
- Pierna derecha más corta anatómica.
- Varo calcáneo izquierda.
- Pies planos.
- Elevación del diafragma izquierdo a comparación del derecho. Durante la respiración podemos observar que hay muy poca amplitud en la parte baja de la caja torácica, debido a la restricción global de la amplitud del diafragma.

#### VALORACIÓN DINÁMICA:

- Restricción cervical en lateroflexión homolateral y rotación contralateral, respecto al lado derecho.
- Quiebre a nivel de la charnela dorso-lumbar.

#### VALORACIÓN DE LA MARCHA:

El paciente tiene la pierna derecha más corta, aún así, tiene una leve marcha del segador de la pierna izquierda.

#### PALPACIÓN:

- Puntos gatillos a nivel del psoas y cuadrado lumbar derecho.
- Puntos gatillos en los músculos esternocleidomastoideo, esternohioideo y redondo mayor.
- La musculatura paravertebral se encuentra hipertónica.
- El espacio interespinoso entre T11-T12 está aumentado, y el espacio interespinoso entre L1-L2 está disminuido.
- Al palpar la espinosa de la vértebra en disfunción se nota más anterior (hundida) con respecto a otros niveles.
- Vértebra T12-L1 más anterior con respecto a otros niveles.
- No se encuentran posterioridades (ni en las apófisis articulares ni en las costillas).

No disponemos de pruebas de diagnóstico por imagen.

## 4. DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

Para llegar al diagnóstico osteopático primero exploramos la zona lumbar, presenta antecedentes de lesiones blandas a nivel de la vesícula biliar (metámera = D8), además de una fx de clavícula derecha, por lo tanto, eso puede afectar a nivel lumbar, de la siguiente forma: una fractura de clavícula a la derecha, nos encontramos con la clavícula que gira posteriormente sobre su eje longitudinal, esta disfunción esta fijada por el espasmo del redondo mayor (que fijará en báscula externa el omóplato), el esternocleidomastoideo y el esternohioideo. Esta disfunción de rotación posterior de clavícula bloquea la acromioclavicular y esternoclavicular, asociado a una disfunción en superioridad de la esternoclavicular, como consecuencia vemos una restricción cervical en lateroflexión homolateral y rotación contralateral, además, tenemos una clavícula alta, ese impacto y esa posición de la clavícula hace adaptar la caja torácica de forma que se produce una mayor rigidez en la respiración de la parte derecha, al hacer la espiración el paciente eleva más la parte izquierda ante la derecha, esto también puede ser debido a que el paciente ha padecido a nivel de la vesícula biliar, provoca dolor mecánico a nivel D10, L1, costillas derechas correspondientes y cúpula diafragmática, además de L1-L2 para el psoas derecho, con gran repercusión a nivel de la charnela dorso-lumbar, presentando una disfunción en extensión bilateral de T12 (anterioridad).

A todo ello se le suma que ha tenido un bebé hace ocho meses y que la coge a brazos durante tiempo, por lo tanto, lógicamente espero encontrar es una musculatura paravertebral hipertónica por el constante trabajo, además tiene un trabajo activo.

El paciente tiene una pierna corta derecha, lo que lo compensa a nivel de calcáneo con un varo de la pierna contralateral.

Tiene los pies planos, eso provoca, una tensión fascial, en cadena ascendente repercutiendo a lumbar.





## 5. TRATAMIENTO

El primer día de consulta, consistía en corregir las disfunciones estructurales que podía presentar el paciente en la columna vertebral, así como valorar la 1 costilla derecha que adopta una posición relativamente anterior por culpa de la tensión sobre el ligamento costoclavicular (anterior y baja). Además sabemos que el paciente ha tenido problemas en la vesícula biliar y en los pulmones. Todo ello puede repercutir en una disfunción somática, que observando al paciente y viendo que tiene un dorso plano, la metámera de D8 correspondiente a la vesícula biliar está en disfunción somática, y por relación mecánica (D10-L1) la charnela dorso-lumbar también, por lo tanto tras la valoración de la zona implicada, la tratamos, con la dog technique en flexión para manipular la charnela dorso-lumbar, posteriormente, volvemos a retestar. Además cabe comentar que la charnela dorso-lumbar tiene mucha relación con el diafragma, que vemos que también padece una disfunción, y si continuamos con las mismas disfunciones al retestar, me iría a valorar MMII por si puede haber una alteración en MMII o sacro, provocando disfunción a nivel lumbar.

✓ En este caso el paciente respondió bien a la puesta del tratamiento, pero en la sexta sesión, el paciente se sentía mejor pero no dejaba de sentir molestias, por lo que se consideró otro abordaje, que comento más adelante.

Además de lo comentado anteriormente: trabajar sobre los puntos gatillos que tiene el paciente en el Psoas, cuadrado lumbar, esternocleidomastoideo, esternohioideo y redondo mayor, mediante la presión isquémica y punción seca.

También trabajo a nivel del diafragma (+++ derecho), por la relación con la charnela dorso-lumbar, y con las vísceras puede dar a distancia afectación del nervio frénico (C3-4-5). El nombre de las técnicas utilizadas son: el estiramiento del diafragma en sedestación, en decúbito supino y en decúbito lateral, además de la inhibición del centro frénico.

Por último trabajamos a nivel fascial, con técnicas Andrezj Pilat para la fascia toracolumbar.

Que el paciente presente esa pierna corta derecha anatómica, puede agravar su sintomatología, y su adaptación en varo de calcáneo, al explorar la zona, nos encontraremos con una disfunción en torsión izquierda de sacro, lo que hace que provoque una rotación derecha de las vértebras lumbares, ya estamos en la zona de la sintomatología del paciente. Y con la afectación del músculo psoas, que fija la lesión, por lo tanto, haría más hincapié en la regulación de este músculo, por su relación con el diafragma y con la charnela dorso-lumbar, cosa que al principio no tuvimos tan en cuenta y al no mejorar del todo el paciente lo hemos practicado.

Consideramos como factor perpetuante el cuidar y llevar a brazos a su hija de ocho meses, por lo tanto, en el tratamiento incluiremos una serie de consejos que estén fuera de la consulta, como evitar al máximo tener al bebé a brazos, así como si la coge, variar constantemente su posición (que no la coja del mismo brazo, que varíe a brazos, en el carro y sobretodo que mantenga posturas lo más ergonómico posible).

Durante las sesiones se seguía la base de tratamiento comentada arriba, resumiéndolo, la base del tratamiento tenía este orden, primero tratamos estructural, trabajo muscular, visceral y fascial.

Para finalizar el tratamiento, comentamos que en la evolución del paciente, hubo una recaída a la sexta sesión, hasta entonces, el paciente comentaba su notable mejoría. Al entrevistar de nuevo su situación personal del paciente, nos comentó que estaba pasando una situación de mucha carga laboral por lo tanto el tratamiento que se aplicó fue tratamiento fascial, técnicas relajantes, y las técnicas craneales, sobre todo, la técnica de inhibición de los suboccipitales.

## **6. EVOLUCIÓN**

Al paciente se le citó una vez por semana, con un total de 2 sesiones.

Respondió bien al tratamiento, cabe comentar que entro una ayuda en casa que en su casa había entrado una tercera persona, por lo tanto la carga con el bebé no era tanta. A la segunda sesión se le volvió a preguntar sobre la escala del dolor, con una puntuación de un 3.

Al responder bien se le citaba una vez a los 15 días, como hemos comentado anteriormente, el paciente, mejoró la sintomatología, coincidiendo con la entrada a casa de esta tercera persona, dos sesiones, y llegamos a poner una sesión mensual de mantenimiento. En este momento su valor en la escala de EVA era de 1.

Más adelante, tuvo una recaída, el paciente nos comentaba que tenía problemas organizativos en el centro donde trabaja, por lo tanto achacamos su empeoramiento a que el paciente no aplicaba los consejos ergonómicos, además de que el estrés y el mal ambiente, influye en la salud del paciente y particularmente a las fascias.

A partir de ahí se le volvió a citar cada 15 días (dos sesiones). El paciente volvió a mejorar y de nuevo se le citaría una sesión cada mes, hasta la recuperación completa progresivamente, como al principio.

## **7. CONCLUSIÓN**

El paciente tuvo un total de 11 sesiones. De forma general podemos decir que el tratamiento ha sido correcto, ya que al aplicarlo obteníamos resultados positivos, el diagnóstico a sido correcto y las técnica eficaces. Salvo en el momento que tuvo un recaída, en donde se le volvió a explorar al paciente y se redireccionó el tratamiento hacia una base más fascial, con resultados también positivos, por lo tanto en todo momento el tratamiento ha ido variando según la situación de salud del paciente en ese instante.

## 8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Apuntes de principios y fundamentos de terapia manual osteopática.
- Apuntes de terapia manual osteopática miembro superior (cintura escapular).
- Apuntes de terapia manual osteopática de charnela toracolumbar y diafragma.
- Apuntes de dorsal.
- Apuntes de charnela cervico-torácica y primera costilla.
- Apuntes de sacro.
- Pilat A. Terapias miofasciales: Inducción miofascial: Aspectos teóricos y aplicaciones clínicas. Madrid: McGraw-Hill Interamericana; 2010.