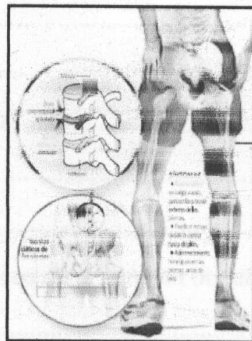
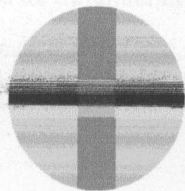


III Edición Máster en Terapia Manual Osteopática

PRÁCTICAS EXTERNAS DE TERAPIA MANUAL OSTEOPÁTICA



Caso clínico: Lumbo-ciatalgia



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

Autora: Clara Sastre Arbona



CEU

Biblioteca

Universidad Cardenal Herrera

Registro

Núm.: TFM 323

Entrada día: 3 de oct. de 2012

Contenido

1. PRESENTACIÓN DEL CASO	3
2. ANAMNESIS.....	3
3. EXPLORACIÓN	4
3.1. Análisis postural estático.....	4
3.2. Valoración dinámica	4
3.3. Valoración Marcha	5
3.4. Tests de exploración generales	5
❖ Sacro.....	5
❖ Iliacos.....	6
❖ Columna lumbar	6
❖ Columna dorsal	7
❖ Occipital y columna cervical	7
❖ Test musculares.....	8
❖ Test neurodinámicos	8
3.5. Tests de exploración específicos de la zona en disfunción	8
4. DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO	9
5. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN.....	11
5.1. Primera sesión	11
5.2. Segunda sesión.....	11
5.3. Tercera sesión	12
5.4. Una semana de sesiones de corta duración	12
5.5. Última semana de tratamiento	12
5.6. Evaluación previa al alta.....	13
6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	14

1. PRESENTACIÓN DEL CASO

Varón de 54 años, que tras levantar excesivo peso, acude a clínica con siguiente síntomas:

- Dolor lumbar derecho con irradiación a MMII hasta talón.
- Postura antálgica en flexión más de 45º (camina con bastón).

2. ANAMNESIS

Al realizar la entrevista con el paciente, este nos cuenta que hace 5 días notó un fuerte pinchazo en la zona lumbar baja y sacro tras levantar excesivo peso (unos 40kg) mientras estaba haciendo una mudanza.

Debido a este fuerte dolor acudió a urgencias y actualmente, el paciente se está medicando con corticoides inyectables de celestone e inzitan. Los cuales han sido recetados por su médico de cabecera habitual. Además, el paciente refiere que anteriormente ya había sufrido episodios de ciática, en los que siguió el mismo protocolo de tratamiento.

El paciente es comercial y realiza viajes de negocios con frecuencia, es por ello que debido a esta afectación se encuentra de baja laboral.

Cabe destacar, que el paciente no presenta ningún tipo de patología metabólica, inmunológica, musculoesquelética ni neurológica diagnosticada previamente.

En cuanto a la sintomatología, presenta dolor continuo, agudo, filiforme y eléctrico en la columna lumbar derecha con irradiación a MMII hasta talón. Acude en una posición antálgica en flexión de más de 45º (camina con bastón). Al realizar la lateroflexión y la rotación izquierda, aumentan síntomas. Al realizar la lateroflexión derecha mejoran los síntomas, ya que cesa la irradiación a la pierna. Dolor a bombeo discal, más acentuado en L4. No presenta otros síntomas como mareos, vértigo, trastornos visuales o pérdida del equilibrio.

Aunque sí siente sensación de pesadez en las piernas, dolores de cabeza bastante frecuentes e indigestiones.

El paciente realiza deporte con regularidad (correr), aunque desde que sufrió la lesión ha dejado de practicarlo.

En pruebas complementarias realizadas años atrás, le diagnosticaron dos hernias lumbares (L3, L4).

3. EXPLORACIÓN

3.1. Análisis postural estático.

Consiste una exploración, en la que se valorará el tono y la postura.

- **Anterior y posterior:** El paciente presenta el hombro derecho ligeramente más bajo que el izquierdo y en leve rotación interna. Además, al ángulo entre el brazo derecho y el tronco se encuentra ligeramente disminuido.
Por otro lado, en los miembros inferiores se aprecia que la espina iliaca antero superior está más baja del lado derecho. Además, las rodillas se encuentran ligeramente en valgo, y la rodilla derecha en ligera rotación interna. En el pie derecho, se observa valgo de calcáneo.
- **Perfil:** Valoración de la relación entre las tres zonas de cifosis (craneal, dorsal y lumbar) y las comparamos con las dos zonas de lordosis. Y encontramos una rectificación de la columna lumbar y un aumento de la cifosis dorsal.

3.2. Valoración dinámica

Mediante la valoración dinámica, se evaluarán los movimientos de la columna vertebral realizados activamente por el sujeto.

- **Flexión de tronco:** Desde bipedestación, se le solicita al paciente que se incline hacia delante de forma lenta, dejando caer su cabeza, los hombros y los brazos, es decir, que realice una flexión de tronco. Desde esta posición valoramos la calidad y la cantidad de movimiento, que en el caso de nuestro paciente es deficiente, ya que no se trata de un movimiento homogéneo en todo su recorrido y además se encuentra limitado a partir de 45º por el dolor al aumentar la tensión neural. También encontramos, en su caso, la presencia de zonas planas, es decir, vértebras en extensión, las cuales se resisten a la flexión, en la columna dorsal baja.
- **Lateroflexión de tronco:** Desde bipedestación se le solicita al paciente que realice una lateroflexión, primero a un lado y luego al otro para poder evaluar la armonía de la curva. Desde esta posición encontramos una zona de quiebre, es decir, hipermovilidad o zona de stress, de L3 y de L4 al hacer la inclinación derecha (estas localizaciones coinciden con el diagnóstico por imagen de hernia a este nivel). La lateralización hacia el lado opuesto, se encuentra limitada porque agrava los síntomas del paciente.
- **Rotaciones de tronco:** Desde bipedestación, se le solicita al paciente que realice una rotación de tronco. La calidad y la cantidad de movimiento, se encuentran limitadas, sobretudo la rotación izquierda, la cual agrava los síntomas del paciente.

3.3. Valoración Marcha

En cuanto a la valoración de la marcha, como se ha comentado anteriormente, el paciente camina en flexión de columna de 45º y lateralización derecha, ya que esta postura mejora su sintomatología. Además, se ayuda con un bastón puesto que no puede mantenerse erguido.

Le resulta difícil andar largas distancias, y cada 10m se para descansar e intentar enderezarse.

3.4. Tests de exploración generales

❖ Sacro

- **Test de movilidad sacra en cuatro puntos:** Mediante este test, se evalúa la capacidad elástica del sacro. En este caso, se observa restricción de movimiento en la base sacra derecha y el ángulo ínfero-lateral izquierdo
- **Test de Mitchell en bipedestación o test de los pulgares ascendentes:** Al realizar este test, se encuentra que el test es positivo, es decir, el pulgar asciende, en el lado derecho. Esto indica que hay una restricción de movilidad en este lado. No obstante, este test puede ser positivo en caso de acortamiento del cuadrado lumbar homolateral o de isquiotibiales del lado contralateral.
- **Test de Mitchell en sedestación:** Se ejecuta para eliminar la acción de los miembros inferiores y valorar si realmente se confirman los hallazgos obtenidos en el test anterior. Los resultados obtenidos indican de nuevo que hay una restricción de movilidad en el lado de derecho.
Además, con este test también se puede valorar el brazo inferior, el cual en este caso es positivo (pulgares ascendentes en el lado izquierdo). Esto indica que este lado también se encuentra en disfunción.
- **Test de Mitchell de lateroflexión en sedestación:** Aunque también se puede realizar en bipedestación, se ejecutará en sedestación, porque al tener los isquiones apoyados en la camilla desaparece la influencia de los miembros inferiores sobre la pelvis. Los resultados muestran que la base sacra derecha no puede posteriorizarse al hacer una lateroflexión izquierda de tronco.
- **Test de Gillet:** En este test, obtenemos un bloqueo del sacro en el brazo superior derecho, y en el brazo inferior del lado izquierdo.

Tras la realización de todos los test anteriores y evaluar los resultados obtenidos, se sospecha de una lesión en torsión izquierda sobre eje izquierdo o TII en la que se presenta:

- Base del lado derecho anterior (surco profundo a la derecha).
- Ángulo ínfero-lateral izquierdo posterior y bajo.
- Ilión izquierdo relativamente posterior.
- Pierna corta del lado izquierdo
- L5 gira hacia la derecha

- Espasmo del piramidal del lado derecho.

❖ Iliacos

- **Test de Patrick Fabere:** Mediante la realización de este test de provocación del dolor se obtiene un diagnóstico diferencial entre si existe un problema de cadera (dolor en la ingle) o realmente se trata de un problema en la sacroilíaca (dolor en la sacroilíaca y zona glútea). En este caso, se confirmó la lesión de la sacroilíaca.

La zona iliaca y la sacra están estrechamente relacionadas, es por ello que comparten algunos test diagnósticos. No obstante, hay que tener en cuenta que las lesiones de iliaco normalmente van unidas a lesiones de los miembros inferiores, mientras que las lesiones de sacro, se asocian a lesiones del raquis.

- **Test de los pulgares ascendentes:** Este test es positivo para el iliaco izquierdo.
- **Test de Gillet:** Al ejecutarlo, se obtiene una restricción de movilidad en el brazo superior del iliaco izquierdo. Lo cual implica una lesión de posterioridad en el mismo. Hecho que se asocia a una pierna corta del mismo lado.
- **Test de Dowling:** Los resultados obtenidos en este test nos confirman la restricción en posterioridad del iliaco izquierdo.

❖ Columna lumbar

• TEST DINÁMICOS:

Los test pasivos se evaluarán tanto en sedestación como en decúbito, pero en este caso será el fisioterapeuta el que conducirá el movimiento y con sus manos valorará las posibles restricciones o disfunciones.

- **Flexo-extensión:** en este test se comprobará el cierre de los espacios interespinosos, durante la extensión; y la abertura, durante la flexión. En el caso de este paciente, la zona lumbar se encuentra fijada en extensión, es por ello que en este test no se aprecia la apertura de los espacios interespinosos, concretamente a nivel de L5 (ERS derecha)
- **Inclinación lateral:** Durante este movimiento, palparemos con nuestros dedos la huida de la apófisis espinosa. En este caso, hay una restricción en el lado derecho en la zona lumbar, concretamente en L5, porque al realizar la lateralización, no se aprecia la huida de la espinosa.
- **Rotación:** en este test, también se palpa la huida de la espinosa. Los resultados del mismo revelan una restricción al realizar la rotación izquierda, no se aprecia huida de la espinosa, concretamente, a nivel de la vértebra L5.
- **TEST ESTÁTICOS: TEST DE MITCHELL**
Mediante este test, se valora la vértebra en disfunción, en este caso L5, y diferenciaremos, si la vértebra se encuentra en lesión de flexión (FRS) o en lesión de extensión (ERS). Para ello se realizará el test en Extensión máxima o test de Esfinge y el test de flexión máxima o test de Mahoma; respectivamente. En el caso de este paciente el test de Mahoma es positivo, por tanto presenta una lesión de ERS en L5.

❖ Columna dorsal

- **Quick Scanning de la columna dorsal:** Este test inespecífico, revela hipomovilidad de la zona dorsal media (D5-D9), debido a que la elasticidad de los tejidos y la calidad y cantidad de los mismos al realizar compresión en sentido postero-anterior se encuentra alterada.
- **Springing test:** Al igual que el test anterior, este test revela hipomovilidad a nivel de la zona dorsal media (D5, D9).
- **Evaluación de los esclerotomas sobre las apófisis espinosas:** Obtenemos un esclerotoma positivo a nivel de D8 al aplicar un movimiento de compresión y fricción.
- **Evaluación de los esclerotomas sobre las apófisis articulares:** Después de palpar bilateralmente mediante un movimiento de compresión/fricción las apófisis articulares de D8, obtenemos un esclerotoma positivo en ambos lados.
- **Test de presiones laterales contrariadas:** Este test se aplica sobre la apófisis espinosa, y se utiliza para valorar si la vértebra se encuentra fijada respecto de la supra o subyacente. En este caso, se encuentra fijada respecto la vértebra subyacente.
- **Test de Mitchell:** Aparece posterioridades a la izquierda en D5, D6 y D7 las cuales no desaparecen ni en flexión ni en extensión, es decir, una lesión de NSR izquierda. Además, en D8, se encuentra una posterioridad derecha la cual no desaparece en flexión, es decir, una lesión en ERS derecha. Posiblemente, la NRS izquierda en D5, D6 y D7, corresponda a una adaptación a la ERS derecha inicial en D8
- **Test de movilidad analítica:** En los test de movilidad analítica tanto en flexo extensión, rotación o lateroflexión, el paciente presenta limitación sobre todo a la lateroflexión derecha y a la rotación derecha, ya que estos agravan sus síntomas iniciales.

❖ Occipital y columna cervical

Tras analizar las estructuras anteriormente citadas por tener una relación directa con la sintomatología del paciente. Se analizaron el occipucio y la columna cervical por su relación con el sacro por el conocido movimiento cráneo-sacro.

- **Examen de la respuesta al recorrido articular y contracción muscular**

Es siempre conveniente explorar el movimiento doloroso en un último lugar. En el caso de la columna cervical se recomienda explorar la capacidad de rotación seguida de la lateralización y la flexión. El movimiento de extensión se reserva generalmente como último movimiento a explorar.

El fisioterapeuta examinará el movimiento activo de la articulación seguido del movimiento pasivo y resistido.

- **Movimiento activo:** El paciente presenta cierta limitación al realizar la flexión de las cervicales altas (lo cual puede indicar una lesión de anterioridad del occipucio).

- **Movimiento pasivo:** La presencia de dolor durante la exploración del movimiento articular pasivo elimina las estructuras contráctiles y expone las estructuras inertes óseas, ligamentosas y capsulares. En el caso del paciente, al explorar los movimientos segmentarios (flexo-extensión, rotación y traslación), se observa cierta restricción en anterioridad en el cóndilo derecho, la zona cervical, se encuentra libre, pero el paciente refiere dolor de cuello (posiblemente se trate de una zona hipermóvil compensatoria de la rigidez dorsal, de la que se hablará posteriormente)
- **Pruebas de compresión y tracción**
 - Test de Spurling: no se obtienen resultados positivos en este test.
 - Test de distracción: no se obtienen resultados positivos en este test.

❖ Test musculares

- **Test de hipoextensibilidad del piramidal (en decúbito prono):** al realizar este test, aparece un acortamiento del músculo piramidal del lado derecho.
- **Test de kinesiología para el diagnóstico del psoas y del cuadrado lumbar:** Tras realizar este test, se aprecia un psoas acortado en el lado izquierdo (asociado a la pierna corta) y un cuadrado lumbar acortado en el lado derecho (al hombro derecho más bajo).
Estos resultados, a su vez, apuntan a una disfunción de la charnela toraco-lumbar. Tras explorarla, se obtiene una lesión en disfunción de anterioridad bilateral en T12.

❖ Test neurodinámicos

Para comprobar realmente si la afectación del paciente presentaba un componente nervioso, se realizaron dos test neurodinámicos:

- **Test de elevación de la pierna recta:** el cual daba positivo a partir de 15°. Se hizo diferenciación entre las diferentes ramas, mediante la introducción de componentes de sensibilización y el nervio más afectado fue el nervio sural.
- **Elevación de la pierna recta:** el cual daba positivo cuando el paciente extendía completamente las rodillas y flexionaba la cabeza.

3.5. Tests de exploración específicos de la zona en disfunción

También se deberán explorar las partes blandas mediante diferentes tipos de palpación dependiendo del tejido que queremos valorar:

- **Pinzado rodado:** utilizamos este tipo de palpación para valorar el tejido subcutáneo. Consiste en realizar desplazamientos del pliegue de piel ubicado entre los dedos pulgar e índice. Se realiza con ambas manos sobre la misma área. El paciente puede presentar dolor, sensación lacerante o alteración de la

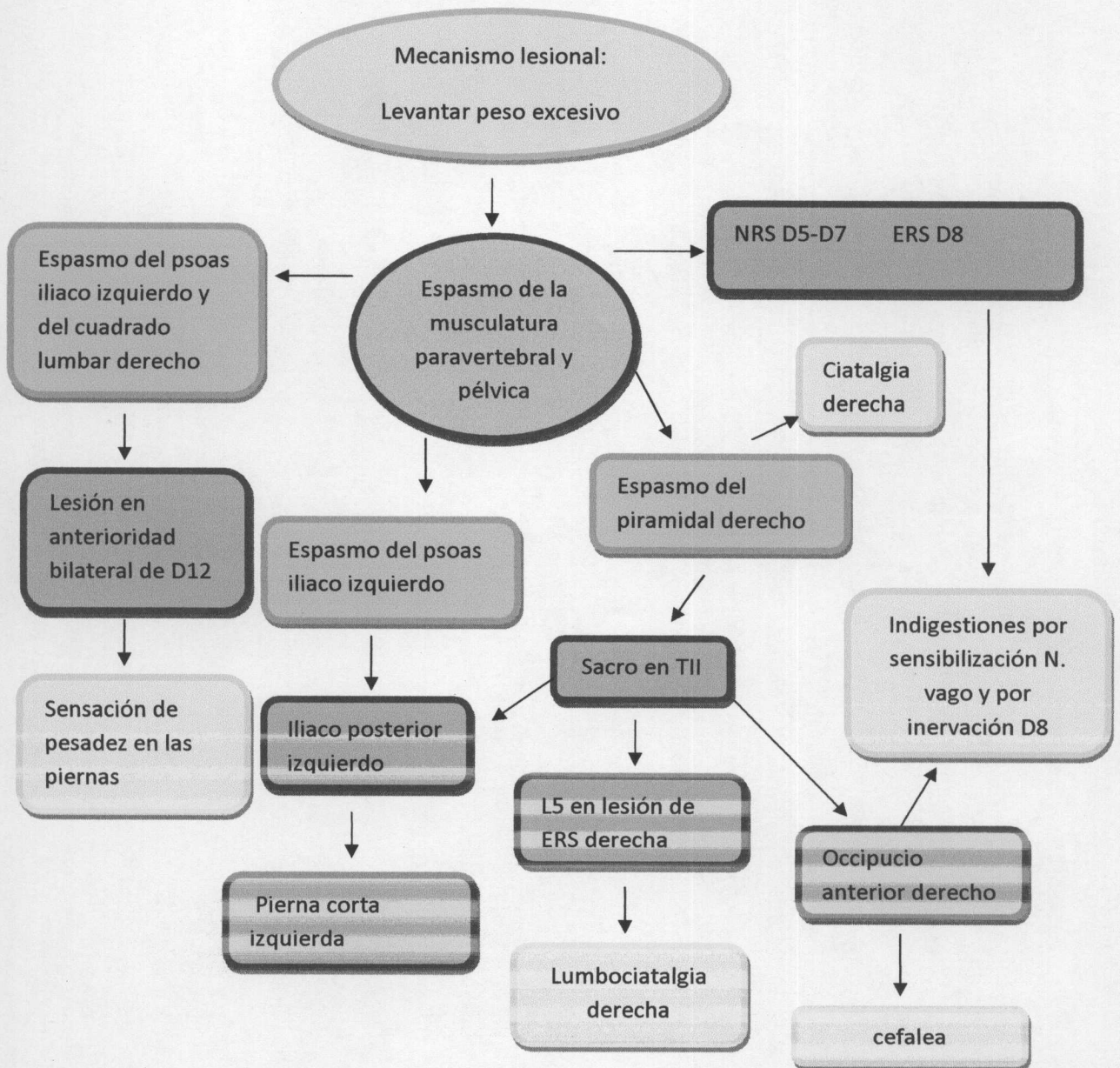
sensibilidad considerándose estos signos positivos. En el caso de nuestro paciente, el pinzado rodado es doloroso en la zona supra inguinal bilateral, en la zona lumbar baja y en la cara posterior del muslo (L3-L5).

- **Palpación fascial:** Se sitúa la mano en pronación y el pulgar en flexión de noventa grados, los demás dedos se colocan a modo de fulcro. La técnica consiste en aproximar el pliegue de piel con el pulgar a los demás dedos para valorar la fascia. Esta técnica de realizamos en la zona paravertebral, para valorar si hay una restricción de los tejidos. El deslizamiento partirá desde la columna. En el caso de nuestra paciente, se encuentra mayor restricción en el lado derecho, donde se encuentran alteraciones nodulares, sobre todo a nivel de la zona lumbar baja (l3-l5), así como en la zona dorsal media (D5-D9)
- **Palpación directa:** Se realiza con las yemas de los dedos segundo, tercero y cuarto (con una inclinación de entre 15 y 45º). El paciente refiere dolor al realizar este tipo de palpación superficial en la zona lumbar a nivel de la vértebra L4-L5, revelándonos una alteración del esclerotoma.

4. DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

- ✓ Sacro en lesión de TII, la cual se relaciona directamente con la ciatalgia en este mismo lado referida por el paciente. Esta lesión queda demostrada con los test realizados anteriormente, debido a los hallazgos obtenidos (base del lado derecho anterior y ángulo ínfero-lateral izquierdo posterior y bajo)
- ✓ Espasmo del piramidal del lado derecho, asociado a TII y a iliaco posterior contralateral.
- ✓ Lesión en posterioridad del ilion izquierdo, asociada con la TII, la cual queda evidenciada con los test realizados anteriormente.
- ✓ Pierna corta del lado izquierdo, según los resultados obtenidos en los test anteriores, la cual se asocia a un sacro en TII y a un iliaco posterior homolateral.
- ✓ L5 en lesión de ERS derecha, la cual se relaciona directamente con la afectación del paciente y con las disfunciones anteriores, y además queda demostrada con los test.
- ✓ Disfunción en NSR izquierda D5-D7, secundaria a ERS derecha en D8.
- ✓ Espasmo de la musculatura paravertebral lumbar y dorsal, posiblemente compensatoria o causa directa de todas la disfunciones vertebrales descritas anteriormente.
- ✓ Espasmo del psoas iliaco izquierdo y del cuadrado lumbar derecho, lo cual produce una disfunción, en este caso anterioridad bilateral en D12, en la charnela dorso-lumbar.
- ✓ Occipital derecho en anterioridad, adaptación típica en una base sacra anterior homolateral (debido al ritmo cráneo-sacro)

Cadena lesional



5. TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

5.1. Primera sesión

Debido a que el paciente se encontraba en una fase aguda de lumbociatlagia, se decidió hacer un tratamiento basado en técnicas articulatorias, tratamiento de partes blandas y neurodinamia.

1. Técnica de Sutherland para sacro en TII.
2. Técnica para torsión anterior de sacro.
3. Bombeo de sacro.
4. Masaje de musculatura paravertebral, cuadrado lumbar y piramidal.
5. Bombeo del músculo psoas iliaco.
6. Equilibración del mecanismo cráneo-sacro.
7. Dog technique para ERS derecha en D8.
8. Dog technique para lesión de anterioridad bilateral en D12.
9. Neurinámica: ejercicio de deslizamiento neural mediante el slump test.

Después de esta sesión, el paciente nota una ligera mejoría inmediata. Se le vuelve a citar a los 4 días. Se le pauta el ejercicio de Slump test y que continúe con la medicación.

5.2. Segunda sesión

El paciente acude a la sesión con notable mejoría, aunque todavía presenta dolor. Tras realizar una re-evaluación se decide aplicar la siguiente pauta de tratamiento.

1. Manipulación de sacro en torsión anterior mediante técnica semidirecta de alta velocidad.
2. Manipulación mediante técnica de alta velocidad con quick para L5 en ERS derecha.
3. Manipulación mediante técnica de alta velocidad con Quick para iliaco posterior.
4. Masaje de musculatura paravertebral, cuadrado lumbar y piramidal.
5. Bombeo del músculo psoas iliaco.
6. Equilibración del mecanismo cráneo-sacro.
7. Dog technique para ERS derecha en D8.
8. Dog technique para lesión de anterioridad bilateral en D12.
9. Neurinámica: ejercicio de deslizamiento neural mediante el slump test.
10. Tratamiento de la interfaz del nervio ciático.

Se le vuelve a citar a los 4 días. Se le pauta el ejercicio de Slump test y que continúe con la medicación.

5.3. Tercera sesión

En la siguiente visita, el paciente todavía sigue presentando la misma clínica aunque menos intensa, posiblemente debida a que el espasmo muscular ha disminuido. No obstante la lesión en TII no se corrige. En este caso el protocolo a seguir es el siguiente:

1. Manipulación de TII mediante técnica de alta velocidad.
2. Técnica de músculo-energía para TII
3. Técnica de músculo-energía para iliaco posterior.
4. Masaje de musculatura paravertebral, cuadrado lumbar y piramidal.
5. Bombeo del músculo psoas iliaco.
6. Equilibración del mecanismo cráneo-sacro.
7. Dog technique para lesión de anterioridad bilateral en D12.
8. Neurinámica: ejercicio de deslizamiento neural mediante el slump test.
9. Tratamiento de la interfaz del nervio ciático.

5.4. Una semana de sesiones de corta duración

Después de esta sesión, el paciente presenta una mejora significativa con reducción de todos los síntomas excepto de la lumbociatalgia, aunque el dolor es mucho más débil y ya no necesita el bastón durante la marcha. El fisioterapeuta considera que esta perpetuación de los síntomas puede estar directamente relacionada con el hecho de que se continúa el espasmo del músculo piramidal derecho y la lesión de TII del sacro. Es por ello que decide pautar una sesión diaria de corta duración para valorar la TII, manipularla en caso de que sea necesario y realizar masaje transversal profundo en el músculo piramidal.

Cabe destacar que el paciente continúa con el tratamiento de corticoides, aunque en menor dosis.

5.5. Última semana de tratamiento

Puesto que en la siguiente sesión el paciente ya no presenta disfunción en el sacro, existe una mejora significativa de los síntomas (corrección casi total de la postura antálgica y disminución del dolor). El fisioterapeuta decide pasar las sesiones de corta duración a días alternos para valorar que se mantienen las correcciones conseguidas mediante el tratamiento, especialmente, controlar que el sacro no recaiga en disfunción. Además, una vez por semana el realiza el protocolo establecido en la tercera sesión (explicado anteriormente)

5.6. Evaluación previa al alta.

Tras el tratamiento aplicado explicado anteriormente, quedan molestias residuales en el trayecto del N.cíatico, aunque el recorrido del nervio ciático en el miembro inferior esta libre en todas sus interfaces mecánicas. Posiblemente estas molestias sean debidas, a que la recuperación de las estructuras nerviosas es lenta.

Además, el paciente ya no presenta dolor a la palpación o movilización neural pero persiste dolor en pierna al caminar distancias superiores a 100m.

Esa mejoras en su sintomatología inicial le permiten hacer al paciente una vida normal: ya se ha reincorporado a la vida laboral. No obstante, como se marcha de viaje y tendrá que caminar mucho seguirá con el tratamiento con corticoides, en caso de que sea necesario, y realizará individualmente los ejercicios de neurodinamia (slump test) así como el estiramiento del piramidal.

Tras el viaje, el paciente acudirá a una sesión para valorar si se ha mantenido o mejorado, o por el contrario ha empeorado. En este último caso, se volverá a aplicar la pauta de tratamiento que se considere necesaria, la cual será bastante similar a la descrita anteriormente.

6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cervera Gonzalez M V: TMO charnela toraco-lumbar. 3º ed. Valencia: CEU,2011
2. Muñoz Parrilla LR: TMO cadera y pelvis. 3º ed. Valencia: CEU,2011
3. Morelló Izquierdo JJ: Terapia manual osteopática de la región lumbar. 3º ed. Valencia. 2011.
4. Cabrera Guerra M: TMO zona dorsal. 3º ed. Valencia: CEU,2011.
5. Blanco Méndez R: TMO sacro. 3º ed. Valencia: CEU, 2011.