



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

MEMORIA DE PRÁCTICAS

Otilia Calvente Quesada

Tutor: César Gimilio

Máster en terapia manual Osteopática.

Universidad Cardenal Herrera-CEU

Valencia, Junio 2012.



CEU

Biblioteca

Universidad Cardenal Herrera

Registro

Nº: TFM 325

Exemplar: 3 de oct. de 2012

ÍNDICE

• Presentación del caso	3
• Historia clínica:	
1. Datos personales	3
2. Valoración sistémica	3
3. Antecedentes personales.....	3
4. Antecedentes familiares	4
5. Motivo de la consulta	4
6. Síntomas	5
7. Inspección visual	5
8. Palpación	6
9. Test de generales	6
10. Test específicos	7
11. Test musculares	8
12. Valoración visceral	9
13. Diagnóstico osteopático	10
14. Cadena lesional	11
15. Tratamiento y evolución	12
• Bibliografía	21

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Mujer, de 61 años. Acude a la consulta tras un episodio de dolor agudo muy intenso en la zona cervical con varios meses de evolución.

HISTORIA CLÍNICA

1. Datos personales

Nombre y apellidos: María Pérez Cervera

Fecha de nacimiento: 07/05/1951

Profesión: Ama de casa

Aficiones: gimnasia terapéutica 1 hora tres veces por semana y taller de bordado de tul, 3 horas dos veces por semana.

2. Valoración sistémica:

Peso, altura, IMC: 58 kg/ 1.60 / 22.66 Kg/m²

Ritmo cardiaco: 70 pulsaciones/ minuto

Ritmo respiratorio: 20 respiraciones/ minuto

Tensión arterial: 130/ 80 mmHg

3. Antecedentes personales

Alergias: no.

Enfermedades: HTA, hipercolesterolemia. La paciente nos informa que en mayo de 2010 sufrió un episodio de dolor agudo en la zona apófisis xifoides y parrilla costal derecha. Lo recuerda como un dolor constante, de una intensidad de 8/10, que le impedía seguir con sus actividades de la vida diaria. Fue valorada a los pocos días de comenzar el dolor en atención primaria mediante una exploración física y radiográfica, determinando degeneración ósea de la columna dorsal con compromiso radicular de la rama derecha de D6.

Fármacos:

- Indapamida retard (1.5 mg) (para regular la tensión). 1-0-0
- Atorvastatina (20 mg) (parar el colesterol). 0-0-1

Traumatismo: caída en 2008 en la bañera a causa de la escalera que se resbaló. Sufrió un fuerte traumatismo a nivel dorsal. Valorada con placas radiográficas en urgencias sin consecuencias aparente. No tuvo mareo ni pérdida de la conciencia. En la época no sufría hipertensión ni tomaba ninguna medicación.

Intervenciones quirúrgicas: hace años le extirparon un lunar en la zona frontoparietal, con buena cicatrización.

Valoración sistémica:

ORL: miopía 2 en el ojo derecho y 1.75 en el izquierdo

Sist. Respiratorio: nada destacable

Sist. Cardíaco: nada destacable

Sist. Digestivo: dolor eventual, principalmente nocturno, precipitado por el estrés.

Sist. Hepático: nada destacable

Sist. Genito-urinario: tuvo tres partos naturales. Sufrió la menopausia hace 10 años. No tiene problemas de incontinencia.

Sist. Circulatorio: varices en MMlls. Alteración de la circulación (pérdida de color y frialdad) en el dedo índice de la mano derecha, recuerda que se le produce cuando está tendiendo la ropa.

Sist. Nervioso: no duerme bien por las noches, despertándose varias veces.

4. Antecedentes familiares

Su padre murió joven pero desconoce las causas. Madre diabética que murió por ACV.

5. Motivo de la consulta

La paciente acude a la consulta por fuerte dolor a nivel cervical. Comenzó de manera progresiva hace varios meses.

6. Síntomas.

- Dolor :
 - Localización: zona trapecio superior, bilateral. Difuso.
 - Como: sensación de escozor y quemazón en la zona cervical.
 - Cuando: continuo durante el día, disminuye en la cama.
 - Desde cuándo: hace meses con menor intensidad. Más agudo hace dos semanas.
 - Intensidad: actualmente un 7 en el EVA.
 - Factores agravantes: Actividades con flexión de tronco.
 - Factores atenuantes: dormir en la cama, sólo usa 1 almohada, duerme de lado.
 - Síntomas asociados al dolor: nerviosismo, diarrea hace unos días.
- Otros síntomas: alteración de la vascularización del dedo índice de la mano derecha. Sobre todo cuando hace frío o realiza actividades como tender la ropa o bordar. Nos informa que hace un par de semanas tuvo un dolor en la cara interna del muslo izquierdo, agudo, EVA 3, sensación quemazón, continuo y mayormente con la actividad.

7. Inspección visual

Estática: en bipedestación observamos extensión del raquis cervical distal, flexión raquis cervical proximal y una marcada rectificación de la zona dorsal. Escápula derecha más prominente que la izquierda. Plano lumbar, valgo de rodilla y tobillo. En sedestación no varían los signos.

Dinámica:

Test de Adam, detectamos un aplanamiento de la zona dorsal y cervical baja.

Movilidad activa: En la columna cervical hay limitación del movimiento de lateroflexión y rotación izquierda (grado 2/6 escala Stanley Paris). Son dolorosos tanto los movimientos de flexión-

extensión y rotación y lateroflexión derecha en la zona dorsal. A los movimientos de lateroflexión y rotación se observa un cambio brusco de la curva a nivel dorso-lumbar (no sigue la dirección de las demás vertebras a partir de L1). Se observó el movimiento escapular derecho en flexión y ABD del hombro determinando un retraso en el inicio del movimiento y descoordinación con respecto a la izquierda (grado 2/6 Stanley Paris)

Marcha: destaca un menor balanceo del brazo derecho

8. Palpación

Hipertonía paravertebrales de toda la columna, trapecio superior, ECOM, escaleno, pectoral, psoas, recto anterior, isquios y los aductores.

9. Test Generales

Quick Scanning: zona de restricción a nivel dorsal y sacroilíacas.

Test de la estabilidad cervical: negativo.

Scan craneovertebral: negativo.

Test pasivo de movilidad:

Occipital: está bloqueado en extensión (grado 1/6 Stanley Paris).

Cervical: limitación a la extensión raquis cervical proximal (2/6 Stanley Paris). Limitada la flexión, rotación y lateroflexión izquierda la raquis cervical distal (1/6 Stanley Paris). Dolorosa la lateroflexión y rotación izquierda (2/10 EVA).

Charnela cervico-torácica: posterioridad a la derecha de D1. 1ª costilla alta y posterior a la derecha.

Dorsal: D-6 Limitado a la flexión, rotación y lateroflexión izquierda (1/6 Stanley Paris). Es doloroso para la flexión, lateroflexión y rotación derecha (3/10 EVA).

Charnela toracolumbar: Posterioridad de D12.

Lumbar: limitación de la movilidad a la extensión (2/6 Stanley Paris)

Test contrarresitado:

Occipital: doloroso a la flexión (2/10 EVA).

Cervical: doloroso la rotación y lateroflexión izquierda (2/10 EVA)

Dorsal: la flexión, rotación y lateroflexión izquierda son dolorosos (3/10 EVA).

10. Test específicos

Evaluación del esclerotoma: positivo para C5, C6, C7, D1 y D6.

Evaluación del dermatoma: positivo mayor sensibilidad para C6, C8 lado derecho en comparación bilateral. Dolor en el pinzamiento rodado de D6 (5/10 EVA). A nivel del MMII L3.

Evaluación del miotoma: positivo para la extensión del codo, flexores del carpo (C7) (3-4/5 Daniels) y extensor del pulgar derecho (C8) (3/5 Daniels). En MMII para la extensión de la pierna (L2-L4) (3-4/5 Daniels) y la ADD del muslo (L2- L3) (3-4/5 Daniels).

Evaluación refleja: (1/5) para el tríceps braquial (C7).

Test de compresión y tracción: negativo

Evaluación movilidad nerviosa: afectación del mediano y radial.

Test de movilidad accesoria y test complementarios:

Occipital: Disfunción cóndilo derecho en extensión ((+)Test Mitchell).

Cervical: limitación para la flexión, lateroflexión y rotación izquierda de C5-C6, C6-C7, C7- T1 (2/6 Stanley Paris).

Charnela Cervico-torácica (CCT): D1 E.R.S. derecha ((+) Test Mitchell en flexión). Disfunción primaria D1 (Test de Mitchell (-) para 1ª costilla).

Dorsal: Disfunción D6 en E.R.S. derecha.

Charnela toracolumbar (CTL): D12 F.R.S. derecha ((+)Test Mitchell en extensión)

Lumbar: Disfunción en grupo en flexión.

Sacro: flexión bilateral (+) Test de Guillet y Mitchell.

Iliaco: posterior bilateral (+) Test de Guillet y Dowing.

Cadera: rotación externa (+) Test de movilidad.

Rodilla: valgo (+) Test de movilidad.

Tobillo: calcáneo en valgo. (No usa plantillas a diario para corregirlo)

Hombros: anteriorizados (+) Test desplazamiento anteroposterior.

Test valoración vertebrobasilar: negativo.

Test para los desfiladeros torácicos:

Test de Adson: positivo

Test de Eden: Positivo

11. Test Musculares

Encontramos aumento del tono muscular de los escalenos, ECOM, angular de la escapula y trapecio superior.

Positivo al test de fuerza (3-4/5 Daniels), estiramiento (4/ 10 EVA) y movilidad (2/6 Stanley Paris) del angular de la escápula de manera bilateral, el ECOM, escalenos y del trapecio superior derecho. Detectamos punto gatillo activos en el vientre muscular. La paciente lo reconoce como su dolor familiar.

A nivel de la zona lumbar, hipotonía de la musculatura abdominal e hipertonía del psoas (Test de Thomas (+)) y cuadrado lumbar bilateral. Puntos gatillo a nivel del cuádriceps (recto anterior y vasto interno) Positivo el test de fuerza (3-4/5 Daniels), estiramiento (4/10 EVA) y movilidad (2/6 Stanley Paris) (posible origen del dolor en la cara interna de la rodilla).

12. Valoración visceral

Dermalgia refleja en la línea media, por debajo del apéndice xifoides (EVA 4/10).

Puntos gatillos dolorosos de cardias, píloro y plexo solar (EVA 6/10).

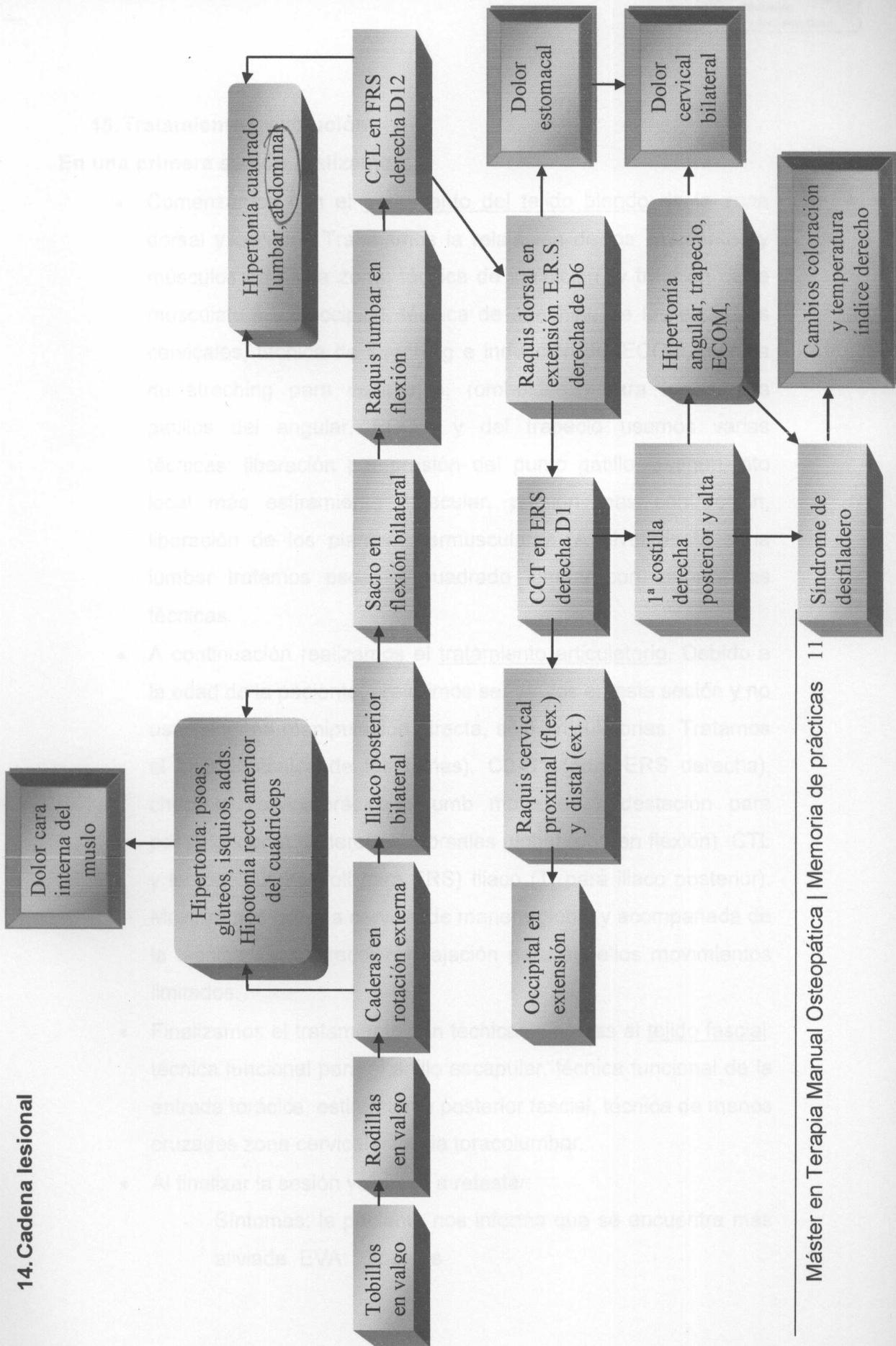
13. Diagnóstico osteopático

La paciente presenta una cadena lesional que comienza desde uno de los principales captosres propioceptivos, los pies. De abajo arriba observamos que de manera bilateral muestra calcáneo valgo, valgo de rodilla, caderas en rotación externa, iliacos posteriores, sacro en flexión bilateral y borramiento de la curva lumbar. Estas adaptaciones van acompañadas de cambios en el tono de la musculatura (hipertonía de psoas, ~~abdominales~~, cuadrado lumbar, glúteos, isquios, add, e hipotonía recto anterior del cuádriceps) con presencia de puntos gatillo que podrían ser el origen del dolor en la zona cervical y en la cara interna del muslo de la paciente.

En la zona dorsal se sitúa la disfunción primaria que provoca la consulta de la paciente (ERS derecha en D6 y afectación de la charnela cervico-torácica ERS derecha de D1). Esto ha podido provocar la activación de la musculatura de la zona (hipertonía del angular, trapecio, ECOM, escalenos) o la irritación de la raíz nerviosa de D6 que inerva el estómago, generando en ambos casos el intenso dolor en la zona de los trapecios, además de la limitación en los movimientos cervicales por afectación de la CCT. Debido a ello, el paso del plexo braquial y de la arteria subclavia se ha visto comprometido produciendo la alteración de la coloración la temperatura en la mano derecha que la paciente nos comentó. La columna cervical baja se ha adaptado en extensión y la alta en flexión seguida por el occipital que se en extensión.

En los miembros superiores cabe destacar la anteriorización bilateral de la cabeza humeral, que contribuye a la sintomatología antes descrita.

14. Cadena lesional



15. Tratamiento y evolución

En una primera sesión realizamos:

- Comenzamos con el tratamiento del tejido blando de la zona dorsal y cervical. Trabajamos la relajación de los ligamentos y músculos de dicha zona: técnica de inhibición y tracción de la musculatura suboccipital, técnica de stretching de los espinales cervicales, técnica de stretching e inducción del ECOM, técnica de stretching para escalenos, romboides... Para los puntos gatillos del angular, ECOM y del trapecio usamos varias técnicas: liberación por presión del punto gatillo, estiramiento local más estiramiento muscular, presión mas contracción, liberación de los planos intermusculares. A nivel de la zona lumbar tratamos psoas y cuadrado lumbar con las mismas técnicas.
- A continuación realizamos el tratamiento articulario. Debido a la edad de la paciente, preferimos ser cautos en esta sesión y no usar ninguna manipulación directa, sólo articularias. Tratamos el sacro (técnica de las cuñas), C0-C1 (para ERS derecha), charnela cervicotorácica (thumb move en sedestación para posterioridad a la derecha) dorsales global (dog en flexión), CTL y lumbar (lumbar-roll para FRS) Iliaco (T. para iliaco posterior). Movilizamos la zona cervical de manera global y acompañada de la técnica de contracción relajación para aquellos movimientos limitados.
- Finalizamos el tratamiento con técnicas dirigidas al tejido fascial: técnica funcional para el anillo escapular, técnica funcional de la entrada torácica, estiramiento posterior fascial, técnica de manos cruzadas zona cervical y fascia toracolumbar.
- Al finalizar la sesión volvimos a retestar:
 - Síntomas: la paciente nos informa que se encuentra más aliviada. EVA: 6 puntos

- Inspección: pequeño aumento de la amplitud de los movimientos de lateroflexión y rotación izquierda cervical (dinámica). En el Adam la columna dorsal acompañaba más al movimiento. Mejoró del balanceo del brazo derecho durante la marcha.
 - Palpación: los músculos hipertónicos estaban más relajados.
 - Test generales: mejor movilidad en el *Quick Scanning* para la zona dorsal.
 - Test de específicos: desaparición de las posterioridades de la zona dorsal y charnela cervico-torácica.
 - Test musculares: Mejoró la sensación dolorosa de los puntos gatillo presentes en el angular, ECOM y trapecio (3/10 EVA).
- Se fijó una segunda sesión tres días después. Recomendamos a la paciente que fuera al traumatólogo para la valoración de unas plantillas para el pie valgo.

Segunda sesión:

- La paciente acudió a la consulta a los tres días de la primera sesión. Realizamos un chequeo general:
 - Síntomas: el dolor cervical sigue presente pero con menor intensidad (EVA 4/10), apareciendo sólo al final del día. Continúan los cambios de coloración y temperatura del dedo índice derecho y dolor en el interior del muslo.
 - Inspección: aumentó de la amplitud de los movimientos de lateroflexión y rotación izquierda cervical (dinámica) (2.5/6 Stanley Parris). En el Adam la columna dorsal acompañaba más al movimiento. El balanceo del brazo en la marcha y la coordinación escapular casi simétricas.
 - Palpación: disminución del tono de la musculatura de la zona cervico-dorsal.

- Test generales:
 - *Quick Scanning* mejora de la movilidad a nivel dorsal.
 - *Test pasivo de movilidad:*
 - Occipital: menor bloqueo en extensión (grado 2/6 Stanley Paris).
 - Cervical: mejora de la limitación a la extensión raquis cervical proximal (2/6 Stanley Paris) y de la flexión, rotación y lateroflexión izquierda la raquis cervical distal (2/6 Stanley Paris). Disminución del dolor en el movimiento de lateroflexión y rotación izquierda (1/10 EVA).
 - Charnela cervico-torácica: posterioridad a la derecha de D1. 1ª costilla alta y posterior a la derecha.
 - Dorsal: disminución de la limitación de D-6 a la flexión, rotación y lateroflexión izquierda (2/6 Stanley Paris). Es doloroso para la flexión, lateroflexión y rotación derecha (1/10 EVA).
 - Charnela toracolumbar: Posterioridad de D12.
 - Lumbar: mejora de la limitación de la movilidad a la extensión (1/6 Stanley Paris)
 - *Test contrarresitado:*
 - Occipital: prácticamente no doloroso a la flexión (1/10 EVA).
 - Cervical: doloroso la rotación y lateroflexión izquierda (2/10 EVA)
 - Dorsal: la flexión, rotación y lateroflexión izquierda son dolorosos (2/10 EVA).
- Test específicos:
 - **Evaluación del esclerotoma:** C7, D1 y D6.
 - **Evaluación del dermatoma:** positivo mayor sensibilidad para C6, C8 lado derecho en

comparación bilateral. Dolor en el pinzamiento rodado de D6 (3/10 EVA). A nivel del MMII L3.

- **Evaluación del miotoma:** positivo para la extensión del codo, flexores del carpo (C7) (4/5 Daniels) y extensor del pulgar derecho (C8) (4/5 Daniels). En MMII para la extensión de la pierna (L2-L4) (3-4/5 Daniels) y la ADD del muslo (L2-L3) (3-4/5 Daniels).

- **Test de movilidad accesoria y test complementarios: (destaca)**

-Cervical: ha disminuido limitación para la flexión, lateroflexión y rotación izquierda de C5-C6, C6-C7, C7- T1 (2.5/6 Stanley Paris).

- Test musculares: Mejoró la sensación dolorosa de los puntos gatillo presentes en el angular, ECOM y trapecio (2/10 EVA), test de fuerza (4/5 Daniels) y movilidad (2.5/6 Stanley Paris)

A nivel de la zona lumbar, hipotonía de la musculatura abdominal e hipertonia del psoas (Test de Thomas (+)) y cuadrado lumbar bilateral. Puntos gatillo a nivel del cuádriceps (recto anterior y vasto interno) Positivo el test de fuerza (4/5 Daniels), estiramiento (2/10 EVA) y movilidad (2.5/6 Stanley Paris).

- Valoración visceral: Dermalgia refleja en la línea media, por debajo del apéndice xifoides (menos dolorosa EVA 2/10). Puntos gatillos dolorosos de cardias, píloro y plexo solar (menos dolorosa EVA 3/10).

- **Tratamiento.-** en esta sesión hemos dedicado tiempo al tratamiento de los desfiladeros torácicos, tratamiento visceral, musculatura lumbar y del MMII.

- Comenzamos con el tratamiento del tejido blando de la zona dorsal y cervical. Trabajamos la relajación de los ligamentos

y músculos de dicha zona y la presencia de puntos gatillos como en la primera sesión. Incluimos en el tratamiento el psoas, cuadrado lumbar, cuádriceps y aductores.

- A continuación realizamos el tratamiento articulario. Tratamos el sacro (técnica de las cuñas), C0-C1 (para ERS derecha), charnela cervicotorácica (thumb move en sedestación para posterioridad a la derecha) dorsales global (dog en flexión), charnela toracolumbar y lumbar (lumbar-roll para FRS) Iliaco (T. para iliaco posterior). Movilizamos la zona cervical de manera global y acompañada de la técnica de contracción relajación para aquellos movimientos limitados.
 - Incluimos en el tratamiento la movilización neural del plexo cervical para el nervio mediano y radial, liberando la distintas interfaces mecánicas que pueden estar afectadas.
 - Dedicamos unos minutos para el tratamiento de los puntos gatillo activos viscerales. Realizamos pinzado rodado sobre la piel, liberación por presión en el punto gatillo y bombeo del estómago.
 - Acabamos el tratamiento con técnicas dirigidas al tejido fascial: técnica funcional para el anillo escapular, técnica funcional de la entrada torácica, estiramiento posterior fascial, técnica de manos cruzadas zona cervical, fascia toracolumbar y muslo.
-
- Al finalizar la sesión volvimos a retestar:
 - Síntomas: la paciente nos informa que se encuentra más aliviada. EVA: 3/10 puntos
 - Inspección: aumento de la amplitud de los movimientos de lateroflexión y rotación izquierda cervical (dinámica). En el Adam la columna dorsal acompañaba más al movimiento. Mejoró del balanceo del brazo derecho durante la marcha.

- Palpación: los músculos hipertónicos estaban más relajados.
 - Test generales: mejor movilidad en el *Quick Scanning* para la zona dorsal.
 - Test de específicos: desaparición de las posterioridades de la zona dorsal y charnela cervico-torácica.
 - Test musculares: Mejoró la sensación dolorosa de los puntos gatillo presentes en el angular, ECOM y trapecio (2/10 EVA).
 - Valoración visceral: menor dolor en la dermalgia refleja en la línea media, por debajo del apéndice xifoides (menos dolorosa EVA 1/10). Desactivación puntos gatillos dolorosos de cardias, píloro y plexo solar.
- Se fijó una tercera sesión a la semana siguiente.

Tercera sesión:

- Tras dos semanas de la primera valoración, volvimos hacer una rápida exploración de la paciente a su llegada a la consulta.
 - Síntomas: la paciente nos comenta que ha mejorado mucho desde la primera sesión. El dolor cervical se presenta como algo residual, menos quemante, que aparece sólo al final del día, EVA 2/10 puntos. Casi no ha aparecido la alteración de coloración y temperatura del dedo índice (pero es menos frecuente) y no hay dolor en la cara interna del muslo.
 - Inspección: normalización de la amplitud de los movimientos de lateroflexión y rotación izquierda cervical (dinámica) (3/6 Stanley Parris). En el Adam la columna dorsal acompañaba más al movimiento. El balanceo del brazo en la marcha y la coordinación escapular son simétricas.
 - Palpación: la musculatura de la zona cervico-dorsal presenta un tono normalizado.

- Test generales:
 - *Quick Scanning* la movilidad a nivel dorsal es mayor.
 - *Test pasivo de movilidad:*
 - Occipital: menor bloqueo en extensión (grado 2.5/6 Stanley Paris).
 - Cervical: no aparece limitación ni dolor.
 - Chamela cervico-torácica: posterioridad a la derecha de D1.
 - Dorsal: no aparece limitación ni dolor.
 - Chamela toracolumbar: Posterioridad de D12.
 - Lumbar: mejora de la limitación de la movilidad a la extensión (2.5/6 Stanley Paris)
 - *Test contrarresitado:*
 - Occipital: no doloroso a la flexión.
 - Cervical: no doloroso la rotación y lateroflexión izquierda.
 - Dorsal: la flexión, rotación y lateroflexión izquierda no son dolorosos.
- Test específicos:
 - ***Evaluación del esclerotoma:*** C7, D1.
 - ***Evaluación del dermatoma:*** positivo mayor sensibilidad para D1.
 - ***Evaluación del miotoma:*** la paciente muestra un buen balance muscular
 - ***Test de movilidad accesoria y test complementarios:***
(destaca)
 - Cervical: no hay limitación para la flexión, lateroflexión y rotación izquierda de C5-C6, C6-C7, C7- T1 (2.5/6 Stanley Paris).
- Test musculares: Mejoró la sensación dolorosa, la fuerza y movilidad de los puntos gatillo presentes en el angular, ECOM, trapecio y cuádriceps. A nivel de la zona lumbar, hay

un menor tono muscular del psoas (Test de Thomas (-)) y cuadrado lumbar bilateral.

- Valoración visceral: Dermalgia refleja en la línea media, por debajo del apéndice xifoides (menos dolorosa EVA 1/10). Puntos gatillos dolorosos de cardias, píloro y plexo solar (menos dolorosa EVA 1/10). Los dolores estomacales y las digestiones pesadas han desaparecido prácticamente.
- **Tratamiento.-** en esta sesión volvimos a dedicar tiempo al tratamiento de los desfiladeros torácicos, tratamiento visceral, musculatura lumbar y del MMII como en la anterior sesión.
 - Comenzamos con el tratamiento del tejido blando de la zona dorsal y cervical. Trabajamos la relajación de los ligamentos y músculos de dicha zona y la presencia de puntos gatillos como en la primera sesión. Incluimos en el tratamiento el psoas, cuadrado lumbar, cuádriceps y aductores.
 - A continuación realizamos el tratamiento articulario. Tratamos el sacro (técnica de las cuñas), C0-C1 (para ERS derecha), charnela cervicotorácica (thumb move en sedestación para posterioridad a la derecha) dorsales global (dog en flexión), charnela toracolumbar y lumbar (lumbar-roll para FRS) iliaco (T. para iliaco posterior). Movilizamos la zona cervical de manera global y acompañada de la técnica de contracción relajación para aquellos movimientos limitados.
 - Incluimos en el tratamiento la movilización neural del plexo cervical para el nervio mediano y radial, liberando la distintas interfaces mecánicas que pueden estar afectadas.
 - Dedicamos unos minutos para el tratamiento de los puntos gatillo activos viscerales. Realizamos pinzado rodado sobre la piel, liberación por presión en el punto gatillo y bombeo del estómago.

- Finalizamos el tratamiento con técnicas dirigidas al tejido fascial: técnica funcional para el anillo escapular, técnica funcional de la entrada torácica, estiramiento posterior fascial, técnica de manos cruzadas zona cervical, fascia toracolumbar y muslo.
- Al finalizar la sesión volvimos a retestar:
 - Síntomas: la paciente nos informa que se encuentra más aliviada. EVA: 1/10 puntos
 - Inspección: aumento de la amplitud de los movimientos de lateroflexión y rotación izquierda cervical (dinámica). En el Adam la columna dorsal acompañaba más al movimiento. Mejoró del balanceo del brazo derecho durante la marcha.
 - Palpación: los músculos hipertónicos estaban más relajados.
 - Test generales: mejor movilidad en el *Quick Scanning* para la zona dorsal y sacroiliaca.
 - Test de específicos: desaparición de las posterioridades de la zona dorsal y charnela cervico-torácica.
 - Test musculares: no había dolor de los puntos gatillo presentes en el angular, ECOM, trapecio, psoas, cuadrado lumbar y cuádriceps.
 - Valoración visceral: menor dolor en la dermalgia refleja en la línea media, por debajo del apéndice xifoides (menos dolorosa EVA 1/10). Desactivación puntos gatillos dolorosos de cardias, píloro y plexo solar.
- Como la paciente ha tenido una buena evolución desde la primera sesión, establecemos un seguimiento mensual, aumentado las sesiones si volviera a tener un episodio agudo de dolor. Comenzó a usar la plantillas para los pies valgos y le recomendamos que continuara con la actividad física (gimnasia o natación terapéutica)

BIBLIOGRAFÍA

- American Osteopathic Association. "Fundamentos de la Medicina Osteopática". 2ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
- Greenman PE. "Principios y práctica de la medicina manual". 3ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005
- Ricard F. "Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical". Madrid: Panamericana; 2008.
- Gonnella C, Paris SV, Kutner M. Reliability in Evaluating Passive Intervertebral Motion. *Phys Ther.* 1982; 62:436-444.
- Ferreira-Valente M A, Pais-Ribeiro J L, Jensen M P. Validity of four pain intensity rating scales. *Pain.* 2011; 152: 2399–2404.