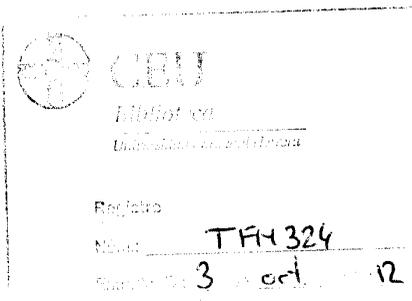


INFORME DE PRÁCTICAS

MÁSTER DE TERAPIA MANUAL
OSTEOPÁTICA 2011-2012

UNIVERSIDAD CEU-CARDENAL HERRERA



María Martínez Torregrosa

48668283-F

INDICE

- *CASO CLÍNICO*..... *Página 3*
- *ANAMNESIS*.....*Página 3*
- *EXPLORACIÓN*.....*Página 4*
 - *Análisis postural estático*..... *Página 4*
 - *Valoración dinámica*..... *Página 5*
 - *Valoración de la marcha*.....*Página 5*
 - *Test de exploración general*... *Página 6*
 - *Test exploración específicos*...*Página 7*
- *DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO*..... *Página 7*
 - *Esquema del diagnóstico*.....*Página 9*
 - *Cadena lesional*.....*Página 10*
- *TRATAMIENTO*..... *Página 11*
- *EVOLUCIÓN*.....*Página 13*

1) CASO CLINICO

Varón de 45 años, pintor, acude a la consulta por dolores en los dos miembros superiores desde hace un mes aproximadamente. Refiere parestesias y hormigueos en las manos de ambos brazos con dolor interescapular y cervicalgia.

2) ANAMNESIS

Procedemos con la anamnesis para profundizar más en el caso clínico.

Como ya se ha dicho anteriormente, el paciente desarrolla la profesión de pintor, por lo que con mucha frecuencia mantiene los brazos levantados y el cuello en extensión. Hace aproximadamente un mes, el paciente refirió dolor en los dos brazos, comenzando por el cuello. Al principio no hay dolor referido en codos ni manos, pero posteriormente hasta la actualidad, el paciente si que manifiesta esos síntomas.

Los síntomas que refiere el paciente son: Dolor interescapular, dolores de los miembros superiores con irradiaciones y hormigueos de los bordes cubitales de las dos manos, siendo el dolor intermitente durante el día, hormigueos nocturnos que despiertan al paciente, edema en las dos manos que se “hinchan” y cervicalgia.

Respecto a los factores que aumentan los síntomas, destacamos la elevación del brazo y la abducción por encima de 90°. Como factores que alivian el dolor, señalamos el estado de reposo.

Anteriormente el paciente no ha presentado ninguna patología grave y actualmente tampoco.

Al inicio de los síntomas, el paciente acudió a un fisioterapeuta. No mejoró ni se aliviaron sus síntomas. Acudió al médico de cabecera, el cual le mandó una Radiografía y ingesta de antiinflamatorio. Ibuprofeno de 1 gramo.

En las pruebas complementarias, RX, aparecen resultados normales.

Actualmente no realiza ninguna actividad física. Nos informa que anteriormente a la lesión, si que estuvo yendo al gimnasio, en el cual hacía ejercicios cardiovascular.

Ingesta de antiinflamatorio.

3) EXPLORACIÓN

Comenzamos con la exploración estática y dinámica del paciente.

a) Análisis postural estático

En la vista antero-posterior, presenciamos la caída del arco plantar, con un valgo bilateral de calcáneos, rodilla y una rotación interna de ambos miembros inferiores. Observamos también, un enrollamiento de hombros que confirmaremos mas adelante en la vista de perfil. Los miembros superiores se encuentran rotados internamente, y no observamos diferencia de altura de hombros. La cabeza la encontramos inclinada ligeramente hacia la derecha, pero no es muy evidente.

Desde una vista de perfil, observamos claramente un escapulum posterior a nivel de dorsales medias (T5-T10). Lo que lleva a una anteversión pélvica que también presenciamos. Observamos un aumento de curva en la zona lumbar. La cabeza del paciente se encuentra adelantada, lo que nos indica que las cervicales se encuentran en extensión. No observamos recurvatum de rodillas.

b) Valoración dinámica

Pedimos al paciente que incline su tronco hacia delante, para apreciar la calidad del movimiento, limitaciones o dolores que pueda presentar durante el movimiento.

Observamos una cifosis dorsal bastante pronunciada, a nivel de dorsales medias.

No hay limitación evidente al realizar el movimiento. El paciente refiere una molestia a nivel dorsal.

Pedimos al paciente que incline su tronco hacia atrás. Si que se observa una limitación al realizar la extensión de la columna, ya que toda su columna torácica se encuentra en flexión.

Solicitamos al paciente que realice una inclinación de su tronco tanto a la derecha como a la izquierda, para observar la presencia de quiebres o hipermovilidades y la presencia de dolor o limitación al movimiento. Observamos un quiebre en la zona lumbar en ambas inclinaciones. No presenta mucho dolor.

Posteriormente, pedimos al paciente que gire el tronco hacia un lado y a otro, para ver si hay aparición de dolor o limitación. El paciente no presenta limitación ni dolor.

c) Valoración de la marcha

Pedimos al paciente que camine como lo hace habitualmente. Anteriormente, en la inspección estática, se observa que tiene una caída del arco plantar, es decir, un pie plano a causa de un valgo bilateral simétrico de calcáneo. Al inicio de la pisada se observa que el paciente pisa con la parte medial del pie, no dejando espacio entre el suelo y el arco plantar. El valgo simétrico que presenta en los miembros inferiores es evidente tanto en posición estática como en posición dinámica. Al caminar, bracea adecuadamente aunque la posición de escapulum posterior le dificulta la posición erguida de la columna. Por lo demás, no se observan aspectos importantes.

d) Test de exploración generales

En primer lugar, comenzamos con el test dinámico de forma pasiva, en sedestación, realizando flexo-extensión de tronco, rotaciones e inclinaciones hacia un lado y hacia el otro. Observamos que al realizar la flexo-extensión hay una limitación en la zona dorsal hacia la extensión. (T5-T11). Al realizar las inclinaciones a ambos lados, encontramos limitaciones hacia ambos lados. Al realizar las rotaciones, no encontramos limitación.

Posteriormente realizamos el Test de Mitchell para verificar posterioridades a nivel de toda la columna. Centrándonos más en la zona dorsal. Encontramos posterioridades bilaterales en flexión en la mayoría de las vertebrales dorsales, siendo más significativas las vertebrales T5, T6, T7, T8, T10.

Realizamos un Sprinning Test para verificar las hipomovibilidades encontradas anteriormente.

Seguimos palpando el tono de los músculos que pueden causar el dolor que tiene el paciente. Observamos un aumento de tono en el pectoral mayor y menor, en el músculo infraespinoso y supraespinoso. Encontramos bandas tensas bilateralmente en el trapecio superior y angular de la escapula. La musculatura suboccipital la encontramos retraída y cuando la palpamos, el paciente refiere leves mareos y dolor evidente.

Procedemos a valorar la charnela cervico-toracica, para observar la presencia de hipomovibilidades a nivel vertebral o a nivel de la 1ª costilla. El resultado es una hipomovilidad en flexión de D1. Ambas costillas se encuentran rotadas anteriormente, ya que siguen a la vertebra en flexión.

Al valorar la columna cervical, encontramos una ERSd en C5-C6, ya que las vertebrales se encuentran en extensión.

e) Test de exploración específicos

Comprobamos la existencia de hernia discal con los Test de Jackson, Roger y Bikelas. El resultado es negativo, lo que nos indica que no hay presencia de hernia discal, por lo que las parestesias hacia los bordes cubitales de las dos manos pueden ser una consecuencia de una compresión de la raíz nerviosa a lo largo de todo su recorrido.

Realizamos los siguientes Test para comprobar si existe compresión nerviosa a lo largo de todo su recorrido:

-Test de Adson, con resultado negativo. Lo que nos indica que no hay compresión nerviosa entre los dos escalenos.

-Test de Eden, con resultado positivo. Lo que nos indica que hay compresión nerviosa entre la primera costilla y la clavícula.

-Test de Whrighth, con resultado positivo. Lo que nos indica que hay compresión nerviosa en el pectoral menor.

4) DIAGNOSTICO OSTEOPÁTICO

Tras los resultados obtenidos en los Test realizados al paciente, llegamos a la conclusión que el valgo bilateral simétrico de calcáneos produce el escapulum posterior, es decir, un desequilibrio postural de origen podal, lo que produce una hiperlordosis lumbar y cervical, siendo ésta más evidente. Cifosis torácica con retracción de pectorales.

Este desequilibrio postural produce al paciente el dolor interescapular (ápex de cifosis), por tensión y dolor referido muscular en esa zona.

El dolor que siente el paciente en los dos miembros superiores, la irradiación y los hormigueos de los bordes cubitales de las manos, sobre todo al realizar la antepulsión del brazo y la abducción por encima de 90°, se debe al aumento de tono del pectoral menor que nos ha salido positivo en el Test de Whrighth. Siendo el nervio cubital es que se encuentra comprimido. Al mismo tiempo, la primera costilla, al encontrarse rotada anteriormente, comprime al nervio. Por lo que encontramos dos zonas de compresión nerviosa. Por otro lado, los hormigueos nocturnos que presenta el paciente, se puede deber a la posición de los brazos al dormir.

Algo importante, es que se descarta la presencia de hernia cervical ya que los Test de Jackson, Roger y Bikelas son negativos. El Test de Adson es negativo por lo que descartamos compresión nerviosa entre los dos escalenos.

La cervicalgia que presenta el paciente, se debe a la hiperlordosis cervical, retracción y aumento de tono de los músculos suboccipitales, y de las disfunciones vertebrales en ERS que hemos encontrado.

Las disfunciones dorsales que presenta el paciente, en FRS también provocan dolor interescapular.

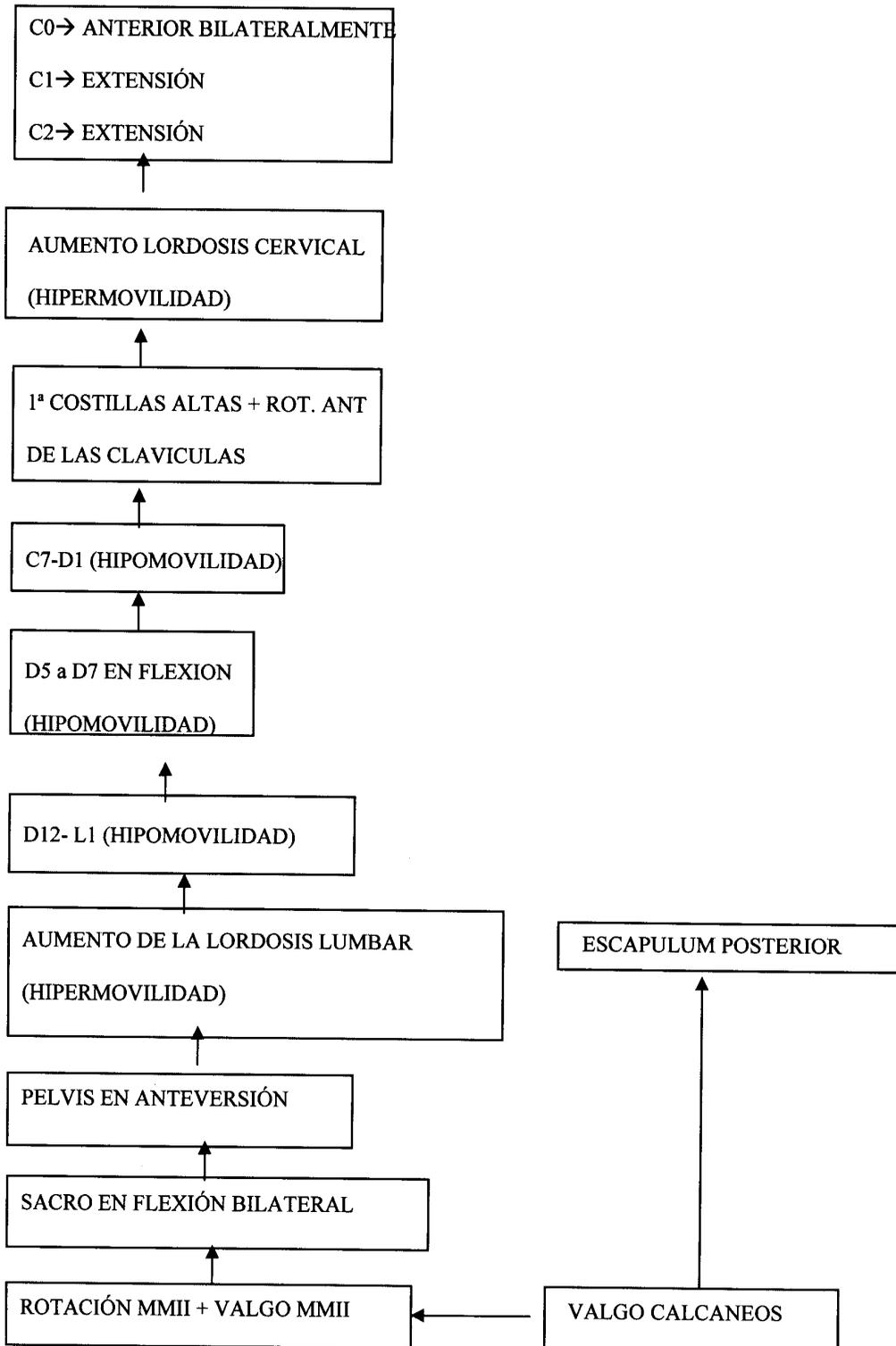
Los edemas de las manos, se deben a un factor vascular arterio-venoso. Que se mejorará al estimular el ganglio estrellado.

El desequilibrio postural que tiene el paciente, es una causa muy importante de los síntomas y lesiones que padece. Pero hay que resaltar, que ese desequilibrio ha permanecido en el paciente hasta ahora, y ahora no podemos desequilibrarlo, porque sería peor para el tratamiento. Por lo que nos centraremos en el tratamiento de las zonas en las que refiere dolor y hipomovibilidades relacionadas con la sintomatología del paciente.

A continuación, presentamos un esquema de lo dicho anteriormente:

Dorsalgia interescapular	Tensión dolorosa en el ápex de la cifosis por las disfunciones en flexión y por la tensión de la musculatura.
Dolores de los miembros superiores con irradiaciones y hormigueos de los bordes cubitales de las dos manos: el dolor aparece en antepulsión y abducción encima de 90°.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hernia C7-C8 → NCB 2) Síndrome de los desfiladeros.
Hormigueos nocturnos que despiertan al paciente.	Posición del brazo del paciente cuando duerme.
Edema de las dos manos que se "hinchan".	<ol style="list-style-type: none"> 1) Factor vascular arterio-venoso 2) Lesión del ganglio estrellado 3) Lesión D2-D7 4) Lesión C7-D1 o 1ª costilla
Cervicalgia.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Hiperlordosis cervical, por hipermovilidad. 2) Aumento de tensión de la musculatura suboccipital. 3) Disfunciones vertebrales en ERS. 4) Acortamiento de las fascias anteriores y posteriores.
Test de Jackson, Roger y Bikelas, Adson negativos.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ausencia de hernia cervical 2) Ausencia de NCB 3) Ausencia de atrapamiento nervioso entre el escaleno anterior y medio.
Test de Whrigh y Eden positivos bilateralmente.	<ol style="list-style-type: none"> 1) Síndrome de compresión del pectoral menor. 2) Síndrome de compresión de la primera costilla y clavícula.
Disfunciones de T5 a T7	Zona de cifosis. Lesiones en FRS.
Escapulum posterior por valgo bilateral simétricos de calcáneos.	Desequilibrio postural de origen podal: Hiperlordosis cervical y lumbar con cifosis torácica con retracción de los pectorales.
Radiografía normal.	Ausencia de lesión cervical.
No existencia de pierna corta.	Ninguna adaptación del sacro en torsión.

Cadena lesional:



5) TRATAMIENTO

Comenzamos el tratamiento tras realizar el diagnóstico osteopático. Durante las primeras sesiones, comenzamos eliminando las hipomovibilidades en la zona dorsal, a pesar de la cifosis postural. Realizamos la Técnica de Dog para extensión bilateral. Posteriormente, volvemos a valorar la charnela cervico-torácica para asegurarnos que estructura se encuentra hipomóvil, y cuál es la lesión primaria. El resultado, es una hipomovilidad en D1 en Flexión bilateral que lleva a una lesión de la 1ª costilla. Realizamos una movilización con impulso hacia la corrección. Técnica thumb moove en sedestación para D1. La costilla se corrige, sino fuera así, habría que realizar una Técnica con impulso para la costilla.

Las técnicas de impulso en esta zona, mejoran la circulación de los miembros superiores, y la inervación de los mismos, mejoraran los edemas que el paciente tiene. Si no mejora, se realizaran otras técnicas.

Procedemos a realizar una técnica articular para corregir la ERSd en la columna cervical. Posteriormente, abordaremos el sistema muscular.

Continuamos con el tratamiento del pectoral menor, que está fijando las 1ª costillas en rotación anterior y está comprimiendo el nervio cubital. Realizamos un amasamiento en dicho músculo hasta la relajación del mismo. (En ambos lados). Posteriormente estiramos levemente.

Realizamos una técnica de inhibición suboccipital hasta la relajación de los mismos. Nos centramos en la zona cervical anterior y posterior. Con la postura que presenta el paciente, la zona anterior y posterior, véase fascias, sistema muscular... se encuentran acortadas y retraídas e incluso alargadas por la posición de la cabeza adelantada.

Estiramos el sistema fascial antero-posterior con técnicas de inhibición fascial.

Abordamos los ECOMS que es un paso necesario en la osteopatía, hasta la relajación de los mismos.

Realizamos una técnica de energía muscular en sedestación, para los escalenos anteriores y medios. Será importante ya que posteriormente a la lesión de la 1ª costilla, los escalenos pueden mantener dicha lesión y posición.

Realizamos la Técnica de Jones para los trapecios superiores, que anteriormente se apreciaba aumento de tono.

Este tratamiento se seguirá realizando durante varias sesiones, hasta que aseguremos que hemos acertado con el enfoque llevado hasta ahora a cabo.

Tras varias sesiones, el paciente ha notado mejoría en la sensación de parestesias y hormigueos en los miembros superiores. El dolor interescapular ha mejorado considerablemente aunque es casi imposible eliminar parte de la giba dorsal.

Se seguirá valorando antes y después de las técnicas para observar si mejora o si aparecen nuevas lesiones.

Durante las primeras sesiones, nos hemos centrado en el tratamiento de las parestesias y los dolores dorsales y cervicales, porque hasta ahora era lo que el paciente refería como más sintomatología. A partir de este momento, se realizarán técnicas de inhibición fascial en la zona dorsal (manos cruzadas), lo cual requiere bastante tiempo durante una sesión.

Al paciente, se le ha tratado con un total de 10 sesiones. Durante estas últimas, el paciente ya no refiere parestesias ni hormigueos en los miembros superiores y el dolor interescapular ha desaparecido.

Se le han mandado estiramientos para realizarlos por su propia cuenta, para estirar la musculatura de la espalda, la zona glútea y muy importante, para el pectoral mayor y menor.

6) EVOLUCIÓN

El paciente ha respondido con eficacia el tratamiento. En todo momento, ha tenido intención de mejorar y no nos ha dificultado el trabajo. Se le volverá a citar al mes siguiente, para valorar nuevas lesiones o antiguas lesiones y para que no vuelva a recaer en los síntomas por los que acudió a la consulta, por lo que al paciente se le da de alta.

Se le aconseja que realice los ejercicios y estiramientos que hemos mandado por que es muy importante para su desequilibrio postural, ya que no podemos desestructurarle porque lleva mucho tiempo con esa postura.