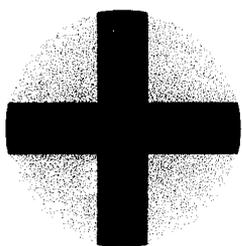


561614

TFM 334

Deposito
rojo



CEU

MEMORIA DE PRÁCTICAS

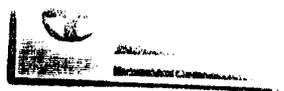
III EDICIÓN DEL MÁSTER UNIVERSITARIO TERAPIA
MANUAL OSTEOPÁTICA 2011-2012

Joan Olucha Puchol

	CEU <i>Biblioteca</i> <small>Universidad Cardinal Herrera</small>
Registro	
Núm.: <u>TFM 334</u>	
Entrada día: <u>4</u> de <u>oct.</u> de 20 <u>12</u>	

ÍNDICE

▪ PRESENTACIÓN DEL CASO	1
▪ ANAMNESIS	1
▪ EXPLORACIÓN	2
▪ DIAGNÓSTICO	5
▪ TRATAMIENTO	8
▪ EVOLUCIÓN	11



1. Presentación del caso:

Paciente varón de 52 años, que acude a la consulta con dolor de hombro derecho que padece desde hace unos 3 meses y que ha ido aumentando de forma mas severa las dos últimas semanas, desde que realizando un saque, notó un pequeño crujido acompañado con un pinchazo. El dolor es mas intenso a primeras horas de la mañana y a últimas del día y frecuentemente le cuesta conciliar el sueño por no encontrar la postura adecuada para hacerlo (postura antiálgica). Actualmente guarda reposo debido a la dolencia pero, ha estado practicando tenis hasta que ya no le ha sido posible continuar por culpa de su afección.

2. Anamnesis:

- Profesión: Fisioterapeuta. Trabaja 8 horas al día por la mañana, y por las tardes suele trabajar una dos horas más, aunque no todas.
- Medicación actual: Toma antiinflamatorios (ibuprofeno) en las crisis dolorosas; fármacos para regular el colesterol (fluvastatina); betabloqueantes para disminuir la hipertensión arterial (atenolol)
- Accidente: Durante la realización de un saque con el brazo derecho (rotación externa, flexión y abducción de hombro) notó un crujido junto con un pinchazo a la finalización de la realización de éste (rotación interna, extensión y aducción de hombro). El lo culpa a no haber calentado bien y forzar mucho el movimiento
- Sintomatología del paciente: el paciente refiere dolor a los movimientos y posturas (mientras duerme) que superen los 90º, ya bien sea de flexión o abducción de hombro. Este hecho le es bastante molesto ya que cualquier objeto que está elevado e intenta coger (los libros de la estantería), así como ponerse o quitar una camiseta, le supone una gran molestia en dicho hombro. El dolor ha ido aumentando desde el episodio traumático, y cada vez le cuesta más encontrar la postura idónea para poder dormir sin que el hombro le moleste. Dicha postura es cuando el brazo se encuentra pegado al tronco. Tras haberse aplicado TENS por su cuenta y realizar maniobras de decoaptación de la articulación gleno-humeral ha notado una ligera mejoría que al cabo de un par de días ha desapercibido, reincidiendo su dolor. También refiere dolor en el cuello por la zona del trapecio superior, ECOM, supraespinoso y escalenos derechos. Su dolor habitual, lo describe como un dolor punzante, sordo, que disminuye en reposo y aumenta con los movimientos anteriormente nombrados.
- Actividad física: Es una persona bastante activa en cuanto a deporte se refiere ya que practica tenis como deporte habitual de tres a cuatro veces por semana,

siendo cinco como máximo los días que puede llegar a ir en una semana. Cada partido que juega le suele durar entre dos o tres horas como media. Las semanas que practica menos tenis, suele ir a correr alrededor de una hora, a un ritmo muy suave (aproximadamente 9km/h)

- Localización del dolor: Cara anterior de la cabeza humeral principalmente. Sobre el troquíter también refiere molestias, y en la zona correspondiente al trapecio superior derecho, y espinosas y transversas de las 3 últimas vértebras cervicales y charnela. Alguna noche, cuando el dolor era muy intenso, también apunta el paciente, que refería parestesias en el trayecto del nervio cubital, así como radial. Asimismo durante estos días que ha sufrido dolor más intenso, y sobretodo cuando ha estado largos periodos en sedestación, sin apoyar en algún sitio la cabeza, también refiere cefaleas
- Por lo que nos comenta, no presenta síntomas anormales (mareo, nauseas, pérdida de visión o conciencia) a parte de los anteriormente descritos.
- En cuanto a lo que antecedentes patológicos se refiere, el paciente nos comenta que anteriormente tubo una epicondialgia (hace alrededor de un año) en ese mismo brazo y que le desapareció prácticamente por completo, aunque notaba alguna molestia las semanas que jugaba 4 o mas días. También destaca que el hombro siempre le ha ocasionado molestias con una sintomatología compatible con una tendinosis del supraespinoso(dolor en la cara lateral y superior del hombro y rango de movimiento doloroso en la abducción hasta 90º) que el mismo se trataba con aplicación de TENS y ultrasonidos, aunque al parecer, no con mucho éxito, puesto que nunca le había desaparecido por completo su dolor
- El paciente acude a la consulta para que seamos nosotros los que lo visitemos por primera vez, sin haber sido explorado por cualquier médico o especialista que le haya pautado pruebas para determinar su actual patología
- También nos informa que hasta que el dolor no le ha sido tan incapacitante como para no permitirle el continuar jugando a tenis, el paciente no ha parado de practicarlo; lo cuál sería un dato importante para conocer cual es el estado de las partes blandas que componen la cintura escapular.

3. Exploración:

- Análisis postural estático: El paciente se nos presenta con la siguientes características posturales:
 - Cabeza adelantada
 - Braquiocefálico
 - Antepulsión de hombros (bilateral)

- Mayor elevación del hombro derecho que el izquierdo
 - Ligera cifosis torácica
 - Escápulum posterior
 - Mayor tono muscular en la parte derecha del cuerpo (tanto tronco, como miembro superior)
 - Ligera lordosis lumbar
- Movimientos de hombro
 - Abducción y flexión hasta 90º dolorosa. A partir de los 90º el movimiento se encuentra limitado
 - Extensión dolorosa pero no limitado(60º)
 - Movimiento mano-espalda doloroso
 - Movimiento mano-cabeza no lo realiza porque le provoca dolor
 - Rotación externa no existe apenas movimiento (30º)
 - Rotación interna la puede realizar pero los últimos grados le suponen dolor y por tanto no se le piden al paciente (75º)
 - Adducción no limitada ni con dolor alguno
 - Movimientos del raquis cervical
 - Extensión dolorosa en los grados pero no muy limitada(25º)
 - Flexión muy limitada y dolorosa(10º) (dice que la musculatura “le tira”)
 - Lateroflexión izquierda limitada y dolorosa en los primeros grados (25º)
 - Lateroflexión derecha no refiere restricción ni dolor (40º)
 - Rotación izquierda casi completa (alrededor del 90% de su recorrido total)
 - Rotación derecha muy limitada (apenas llega al 50% de su movilidad)
 - Análisis de la marcha:

La marcha transcurre sin alteración del paso por lo que respecta a miembros inferiores o caaderas, pero si observamos una pequeña disminución

del balanceo del brazo afectado respecto al otro, que no es trascendente ni afecta a la dinámica global de la marcha.

- Test de exploración:

- Tests musculares:

Se encuentran hipertónicos y con presencia de bandas tensas los músculos

- Trapecio superior, Esternocleidomastoideo, Angular de la escápula, pectoral menor y deltoides posterior derechos y suboccipitales.

La musculatura con una disminución apreciable de tono sería:

- trapecio inferior, romboides, Escalenos, ifrahioideos y largo del cuello

- Articulación Glenohumeral:

- Test de inferioridad de la cabeza humeral: Negativo
- Test de superioridad de la cabeza humeral: Positivo (no se puede descender la cabeza del húmero respecto la glenoides)
- Test de anterioridad de la cabeza humeral: Positivo (el movimiento de desplazamiento posterior de la cabeza humeral está limitado)
- Test de posterioridad de la cabeza humeral: Negativo
- Test de rotura del manguito de los rotadores(Drop arm test): Negativo
- Test de Jobe: Positivo (al solicitar una abducción en 90º y Rotación interna, refiere dolor)
- Test de Gilchrist: Negativo(La porción larga del bíceps presenta un tono adecuado)
- Test de Hawkins: Positivo

Articulación Acromioclavicular

- Test de Rotación Anterior: Positivo(la clavícula no rota posteriormente durante el movimiento de rotación externa del hombro)
- Test de Rotación Posterior: Negativo

- Articulación esternoclavicular

- Test de disfunción anterior de la articulación esterno-clavícula: Positivo(el extremo proximal de la clavícula no retrocede cuando el

paciente con los brazos en flexión de 90º empuja los brazos hacia adelante)

- Test de disfunción posterior: Negativo
- Articulación Omotorácica
 - Test de movilidad para báscula interna de escápula: Negativo
 - Test de movilidad para báscula externa de escápula: Negativo
 - Test de movilidad para superioridad de escápula: Negativo
 - Test de movilidad para aducción de la escápula: Negativo
- Desfiladeros Torácicos
 - Test de Adson: Negativo
 - Test de Eden: Negativo
 - Test de Wright: Positivo (el paciente pierde el pulso cuando se le provoca un estiramiento del pectoral menor)
 - Test de compresión del pectoral (cuando se produce una presión sostenida sobre el pectoral mayor, y se suelta repentinamente, el paciente experimenta una lluvia de parestesias)
- Diafragma
 - Test de simetría: Negativo (ambos diafragmas mantienen un movimiento homogéneo)
 - Test de restricción: Positivo (se observa que el diafragma presenta menos movilidad de la que debería)
- Raquis cervical
 - Test de Valsava: Negativo (el paciente no experimenta dolor cervical al aumentar la presión venosa ni del LCR)
 - Test de Reley-Hopkins (no se producen síntomas compatibles con atrapamiento por una hernia)
 - Test de Spurling: Negativo (aunque si produce dolor, este no se manifiesta de manera distal. Esto podría ser un síntoma de la existencia de una faceta articular irritada)
 - Test de Gillet: D1 en ERSi y C5,C6,C7 en NSRi

4. Diagnóstico:

Después de los datos obtenidos en la anamnesis y durante la exploración, podríamos afirmar que el principal problema de nuestro paciente sería un trastorno postural que se ha manifestado de manera mas evidente por un acontecimiento traumático.

Por una parte encontraríamos pues que la lesión primaria se haya en la cifosis torácica del paciente y su dolor actual, el hombro, sería una consecuencia adaptativa de dicha lesión, que se habría manifestado por culpa de un episodio traumático (saque de tenis). Partiendo pues, que la base de los síntomas provienen de un trastorno postural, sería mucho mas sencillo entender el resto de síntomas que padece nuestro paciente, ya que la posición de hombros adelantados (escápulum anterior) favorece la anterioridad de la cabeza humeral y que por lo visto al ser forzada durante el saque, se haya quedado fijada así, y en superioridad. Este hecho explicaría muchos de los síntomas que el paciente padece, entre ellos la limitación de rango de movimiento y dolor, al realizar la abducción de 90º junto con rotación externa y la flexión, y sin embargo, movimientos como la aducción y la extensión de hombro, no serían tan sintomáticos (ya que el movimiento se produciría a favor de la fijación y no en contra de esta como en los movimientos anteriores)

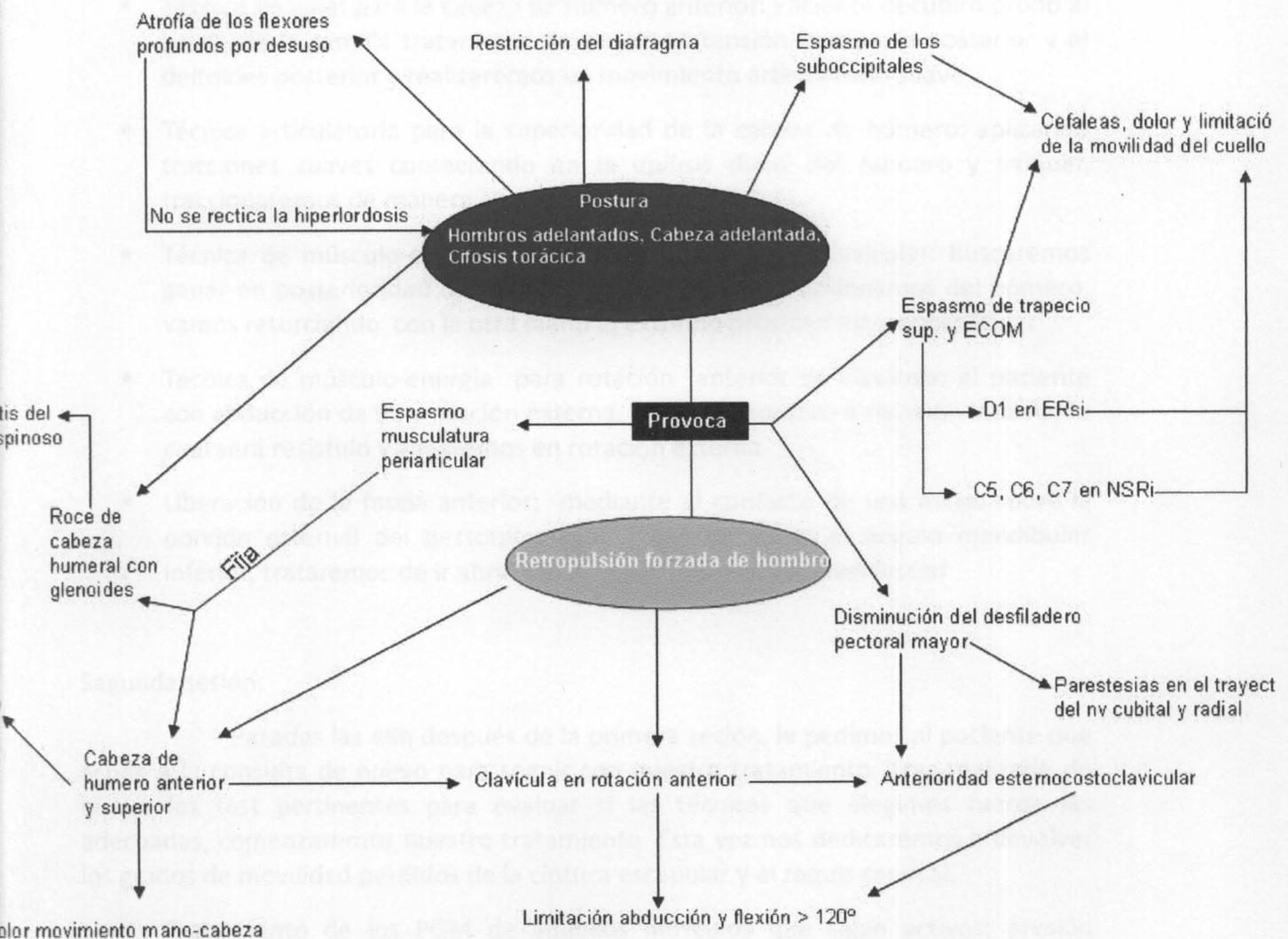
Por otra parte, deberíamos de guiarnos por los posibles mecanismos de adaptación que ha podido ejercer nuestro paciente y no sólo fijarnos en la articulación glenohumeral ya que, algunos de los movimientos dolorosos, van más allá de 90º y durante la realización de los tests se han observado varios movimientos restringidos de varias articulaciones. Por tanto, es muy probable que estuviesen afectadas las articulaciones acromioclavicular y esternoclavicular.

Es frecuente pensar, si nos basamos en la biomecánica articular, que en pacientes con una lesión de anterioridad de cabeza humeral, tengan restringido los movimientos que impliquen un deslizamiento posterior de la cabeza del húmero, tales como: la flexión, la rotación externa, y la abducción junto con rotación externa. Conociendo también los movimientos fisiológicos de la articulación acromioclavicular, entendemos como dicha fijación en anterioridad de la cabeza del húmero, impide la rotación posterior de la clavícula sobre el acromion, fijando así los grados de libertad que esta permite durante los movimientos de rotación externa de hombro cuando este se encuentra en abducción de 90º. Dicha restricción en rotación anterior de la clavícula, podría estar fijada por un espasmo del pectoral menor, que traccionaría de la apófisis coracoides de la escápula empujando la clavícula hacia delante y junto a la tensión de los ligamentos costoclaviculares posteriores y esternocostoclaviculares posteriores, nos produciría una disfunción de anterioridad de la articulación esternocostoclavicular, la cual se podría relacionar con la pérdida de los rangos de flexión y abducción, por encima de los 120º estarían limitados.

En cuanto a lo anteriormente nombrado sobre el pectoral menor, y observando que durante la realización de los tests, aparece positiva la prueba de Wright y el test de compresión del pectoral menor, no sería muy dispar apuntar que el causante de las parestesias que padecía el paciente a lo largo del trayecto del nervio cubital, tuvieran relación con el espasmo de dicho músculo, y el atrapamiento del paquete vasculonervioso del plexo braquial que pasa por debajo de sus fibras

Por último, sería interesante comentar de nuevo su trastorno postural, ya que no solo es la cifosis torácica su principal afectación: el raquis cervical se encuentra en una hiperlordosis adaptativa, (recordemos su postura de cabeza adelantada) probablemente para poder mantener la horizontalidad de la visión. Este hecho así mismo, podría darnos la explicación de ciertos problemas que el paciente sufre, como

las cefaleas (por tensión de la musculatura suboccipital, ECOM y trapecios) y su déficit de movilidad en el cuello, que podría ser explicado por fijación del espasmo de la musculatura nombrada anteriormente, o por una imbricación de las apófisis articulares de las vértebras afectadas (las tres últimas cervicales y la primera dorsal referían dolor). Dicha adaptación podría ser una ERSi ya que como, antes apuntábamos, las fibras del trapecio superior derecho podrían estar en contracción permanente y traccionar de dichas vértebras, influyendo así en una disminución del movimiento de rotación homolateral e inclinación contralateral del cuello y provocando dolor en el mismo, además de irritar las facetas articulares.



5. Tratamiento:

Primera sesión:

Durante la primera sesión, nuestro primordial objetivo será resolver el dolor que manifiesta el paciente y aumentar de manera suave la movilidad de alguna de las articulaciones afectadas. Así pues, empezaremos con técnicas suaves, ya bien sea articularias, de musculoenergía, fasciales o de stretching, con el propósito de disminuir el espasmo muscular que fija nuestra lesión.

- Liberación de los PGM de la musculatura espasmada, técnica de Jones, estiramiento local, presión isquémica, contracción-relajación, estiramiento con spray
- Técnica de gillet para la cabeza de húmero anterior: Paciente decúbito prono al borde de la camilla trataremos de poner en tensión la cápsula posterior y el deltoides posterior y realizaremos un movimiento articulario suave
- Técnica articularia para la superioridad de la cabeza de húmero: aplicando tracciones suaves contactando en la epífisis distal del húmero y troquín, traccionaremos de manera suave en sentido caudal
- Técnica de músculo-energía para anterioridad esternoclavicular: buscaremos ganar en posterioridad del borde interno. Mientras traccionamos del húmero, vamos retorciendo con la otra mano el extremo proximal esternoclavicular
- Técnica de músculo-energía para rotación anterior de clavícula: el paciente con abducción de 90 y rotación externa, llevará el hombro a rotación interna, lo cual será resistido y ganaremos en rotación externa
- Liberación de la fascia anterior: mediante el contacto de una mano sobre la porción esternal del pectoral mayor y la otra sobre el ángulo mandibular inferior, trataremos de ir abriendo el espacio torácico a nivel fascial

Segunda sesión:

Pasadas las 48h después de la primera sesión, le pedimos al paciente que acuda a la consulta de nuevo para seguir con nuestro tratamiento. Tras realizarle de nuevo los test pertinentes para evaluar si las técnicas que elegimos fueron las adecuadas, comenzaremos nuestro tratamiento. Esta vez nos dedicaremos a devolver los grados de movilidad perdidos de la cintura escapular y el raquis cervical.

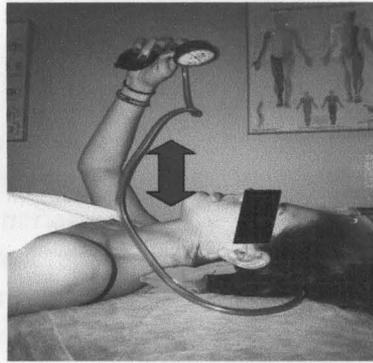
- Tratamiento de los PGM de aquellos músculos que sigan activos: presión isquémica estiramiento local, técnica de Jones, inhibición por presión, contracción-relajación, estiramiento con spray
- Thrust para cabeza de húmero anterior: el paciente en decúbito supino, fijaremos el muñón del hombro con una mano, mientras que con la otra traccionaremos ligeramente del codo del paciente, el cual estará en flexión de 90º

- Thrust para superioridad de la cabeza de húmero: contactando en la epífisis distal del húmero y troquín, realizaremos un thrust, decoaptando la articulación verticalmente.
- Thumb move para posterioridad izquierda de D1, ERSi: con el paciente en decúbito prono y la frente de este sobre la camilla, colocaremos el pulgar en la espinosa a rotar en una mano, mientras que con la otra aplicamos rotación izquierda y lateroflexión derecha reduciendo así el slack y posteriormente realizaremos el impulso
- Técnica funcional de la entrada torácica: buscando los parámetros de facilitación con una mano sobre la entrada torácica (desplazamiento craneal-caudal; derecha-izquierda; rotación horaria-antihoraria) y la otra sobre la charnela cervicotorácica, trataremos de encontrar la liberación de los tejidos
- Estiramiento del diafragma en decúbito supino: durante la inspiración, con el borde cubital de nuestras manos sobre la parte inferior del reborde costal, acompañaremos el movimiento costal y durante la espiración mantendremos la tensión, impidiendo que las costillas descendan
- Inhibición de la musculatura suboccipital: la cual será tratada mediante la presión que ejerceremos sobre con el pulpejo de nuestros dedos abriendo el espacio suboccipital
- Streching de los ligamentos espinales: realizaremos ligeros retrocesos de la cabeza, con una mano sobre la frente del paciente y la otra sobre el occipital buscando siempre la posición de máximo recorrido
- Estiramiento de la fascia cervical posterior: trataremos de estirar la fascia posterior mediante un contacto de “pico de loro” con una mano mientras que con la otra iremos ganando grados de flexión cervical.

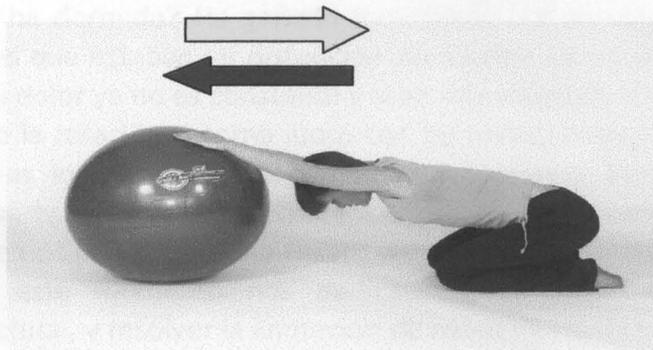
Tercera sesión:

Habiendo corregido la disfunción del paciente, tanto su dolor como su pérdida de movilidad, sería momento de buscar los factores perpétuantes, tales como su postura y los movimientos que puedan causar el favorecimiento de una nueva lesión, así como la valoración de nuevo del paciente y de los posibles dolores residuales o rangos de movimiento no completos. Tras una semana, citamos de nuevo a nuestro paciente

- Activación de la musculatura flexora profunda del raquis cervical: ya que músculos como el longus colli, se habrían visto atrofiados debido al mantenimiento de la cabeza adelantada como postura habitual del paciente perdiendo su actividad de rectificación de la lordosis cervical. Sería interesante explicarle ejercicios de control motor de dicho músculo, con la ayuda de un sistema de biofeedback (stablizer) que colocado debajo de la cabeza, ayudaría a mantener la presión adecuada con la que el longus colli se activaría



- Tonificación de trapecio inferior y romboides: con el objetivo de resolver o mantener su cifosis torácica, y que esta no vaya a más. Este ejercicio lo realizaremos mediante una fit-ball o pelota de Bobath pequeña, acercando y separándola de nuestro cuerpo a ella y manteniendo el raquis recto



- Adecuación de la musculatura: Se observa una gran descompensación muscular entre ambas partes del cuerpo debido al deporte que practica (tenis). Dicha descompensación a nivel articular y fascial, tendría repercusiones negativas que favorecerían la reaparición de una nueva lesión (bien porque la parte poco tonificada no está adecuada a los esfuerzos, o por sobre uso y espasmo muscular de la zona más desarrollada a nivel muscular). Por lo tanto, sería interesante pautar un deporte simétrico, como la natación (en clases dirigidas si no ha ido nunca), correr o ciclismo
- Educar al paciente con el correcto mantenimiento de la postura durante las tareas del hogar (si ha de coger algún objeto elevado, o trabajar con los brazos elevados, usar un taburete/escalera) así como durante la jornada laboral
- Ejercicios respiratorios: Con el fin de corregir la cifosis torácica y aumentar la movilidad del diafragma, sería interesante educar al paciente a realizar una respiración predominantemente diafragmática, ya que es la que más volumen de aire moviliza, y al mismo tiempo evita una retracción del músculo por falta de movimiento como, le sucedía hasta ahora



6. Evolución

Durante la primera sesión, y tras el tiempo que nos queda después de haberle realizado la anamnesis y la exploración completa, nos centramos en reducir el espasmo de la musculatura periarticular del hombro. Esta, se encuentra fijando la lesión, y con presencia de varias tensas y PGM. Por tanto, lo que en realidad hacemos durante esta sesión es facilitar nuestro camino para la segunda vez que lo visitemos, ya que toda la zona está hiperirritada y las técnicas de alta velocidad no serían del todo adecuadas. Asimismo, si realizamos movimientos artulatorios en la articulación glenohumeral, ya que al parecer es la más sintomática, y de ir en buen camino, sería la primera en manifestar su mejoría durante la siguiente sesión.

En la segunda sesión, nos dedicamos primeramente a averiguar si nuestro diagnóstico fué correcto, y esto lo comprobamos mediante una breve anamnesis de nuevo, con preguntas como: ha mejorado el dolor?, han cambiado los síntomas? Como se lo nota?, Que tal ha dormido? Ha ganado movilidad?... Y un retesteo breve, de aquellas articulaciones que estaban en disfunción para saber su evolución. El paciente nos informa de que el dolor ya no es constante y si va mas asociado a los movimientos que realiza sobretodo la rotación externa junto con las abducciones mayores de 90°. En este momento nos informa que ha podido dormir mejor, pero la noche del tratamiento sufrió parestesias y un poco de cefalea, lo cual está dentro de la normalidad ya que hemos provocado una respuesta inflamatoria al tratar los PGM de la musculatura. En este momento nos dedicaremos a hacer un tratamiento principalmente estructural, y resolver la limitación de movimiento de las articulaciones afectadas. Tratamos así pues de nuevo la articulación gleno humeral, la esternocostoclavicular y acromioclavicular. También será momento e tratar la lesión primaria, que como ya hemos comentado, se hayaría es su trastorno postural. Por lo tanto, realizaremos técnicas de manipulación en la charnela cervicotorácica que se encontraba fijada por acción del trapecio superior; elastificación del diafragma que se encuentra retraído, y así al mismo tiempo nos ayudará a que la zona dorsal sea algo más móvil. Acabaremos las sesión con técnicas mas suaves que actuaran sobre las restricciones de las partes blanda de nuestra lesión primaria (musculatura suboccipital, ligamentos espinales, fascia anterior de la entrada toracia)

Para finalizar nuestro tratamiento, volveremos a ver a nuestro paciente en una tercera sesión, en la que realizaremos lo mismo que al principio de la anterior, para asegurarnos de que no nos hemos dejado ningún detalle y el paciente ha respondido bien a nuestro tratamiento. Una vez comprobamos que es así. Le explicaremos una serie de ejercicios que servirán para corregir su postura principalmente, y así evitar padecer nuevas lesiones en el futuro, y que estas sean de carácter mas leve. Como al principio hemos dicho, nuestro paciente es fisioterapeuta, y comprende y dispone de los medios que desde aquí se le plantean para tratarse sus disfunciones a la perfección. Lo cual significa que nuestro tratamiento finalizaría aquí. En otro tipo de paciente, es posible que necesitaremos alguna sesión mas para que asimilara todos los ejercicios y los realizara de manera adecuada.