

MEMORIA DE PRÁCTICAS

**III EDICIÓN MÁSTER UNIVERSITARIO TERAPIA
MANUAL OSTEOPÁTICA**


Facultad de Ciencias de la Salud

Universidad CEU Cardenal Herrera

Autora: Estíbaliz Martínez Noguera

Fecha y lugar de entrega: 15 de junio (despacho 474)

Curso: 2011-2012

	CEU Biblioteca Universidad Cardenal Herrera
Registro	
Nombre:	TFH327
Entrada día:	3 de oct de 2012

Índice

1. PRESENTACIÓN DEL CASO	2
1.1. Datos personales.....	2
1.2. Anamnesis.....	2
1.2.1. Antecedentes personales.....	2
1.2.2. Antecedentes familiares	2
1.2.3. Motivo de consulta	2
1.2.3.1. Síntomas	2
1.2.4. Tratamientos recibidos anteriormente.....	3
2. EXPLORACIÓN	4
2.1. Examen neurológico	4
2.1.1. Estudio de los reflejos	4
2.1.2. Testing muscular	5
2.1.3. Examen de la sensibilidad cutánea	5
3. EXAMEN OSTEOPÁTICO.....	6
3.1. Inspección	6
3.1.1. Estática	6
3.1.2. Dinámica.....	6
3.2. Movilidad pasiva	7
3.3. Palpación.....	7
3.4. Valoración de la marcha	8
3.5. Test osteopáticos	8
4. ACERCAMIENTO A UN DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO	13
5. TRATAMIENTO.....	14
5.1. Objetivos del tratamiento.....	14
5.2. Técnicas.....	14
5.3. Evolución.....	21
6. CONCLUSIÓN	22
7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	23



1. PRESENTACIÓN DEL CASO

1.1. Datos personales

Nombre y apellidos: Víctor --- ---

Fecha de nacimiento: 10/04/1965

Profesión: dependiente y reponedor en un gran supermercado.

Deporte: bicicleta 2 veces por semana y pilates 3 veces por semana.

1.2. Anamnesis

1.2.1. Antecedentes personales

Está operado de una hernia de L5-S1 y lleva una artrodesis desde 1998. Tiene una cicatriz en lumbares de la operación. No tiene antecedentes de enfermedades sistémicas o reumáticas. No presenta alergias a medicamentos, ni agentes externos. Realiza cinco comidas diarias. Peso: 76 kilos. Altura: 1,72 metros. (IMC=25.69 Kg/m², leve sobrepeso). T_A 125/80 mmHg (dentro de valores normales). Medicación: myolastan 50 mg (uno al día puntualmente) e ibuprofeno (2 al día). Lleva una faja lumbar como sujeción. No hay pruebas complementarias de la actualidad.

1.2.2. Antecedentes familiares

No hay antecedentes familiares relevantes.

1.2.3. Motivo de consulta

Acude a la consulta de fisioterapia por dolor lumbar y molestias a lo largo de todo el miembro inferior izquierdo.

1.2.3.1. Síntomas

Dolor lumbar bajo con parestesias y adormecimiento de la pierna izquierda,



coincidiendo con los territorios de L5 y S1 con 3 semanas de evolución. Esta sintomatología aumenta al agacharse al suelo para recoger algún objeto (cuando repone en su trabajo, cuando se pone los calcetines, zapatos, pantalones o ropa interior) y cuando conduce más de una hora sin descanso. Su dolor es de tipo agudo y disminuye cuando se tumba en la cama boca arriba. Además al preguntarle que nos señale su dolor, lo describe a punta de dedo (dolor filiforme) por la parte posterior del muslo. Al valorar el dolor con la escala visual analógica (EVA), le enseñamos a la paciente una regla del 1 al 10 y señala el número 8. El dolor respeta las horas de sueño. No hay diplopia, ni disfagia, ni disartria, ni pérdida de conciencia, así como tampoco existen pérdidas de peso inexplicadas en los últimos 3 meses.

1.2.4. Tratamientos recibidos anteriormente

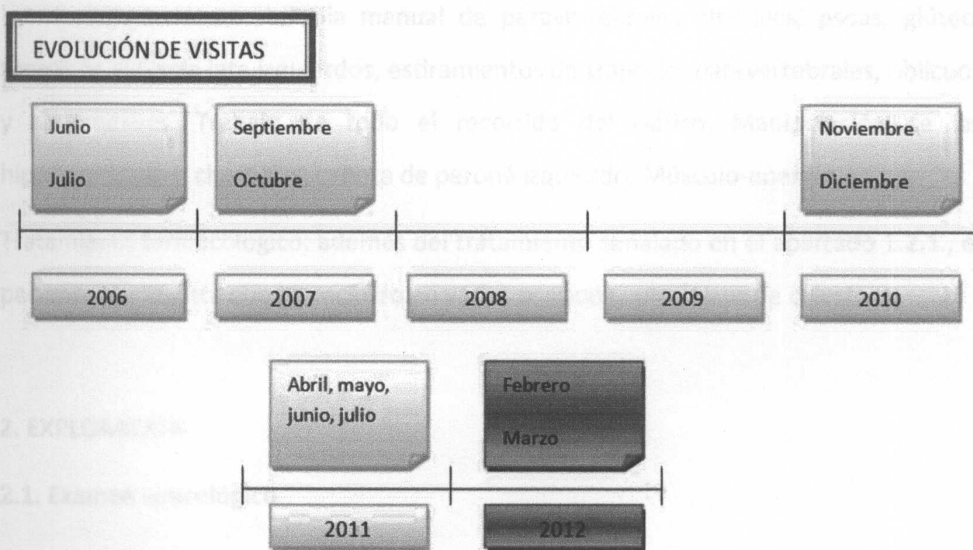


Figura 1. Diagrama de visitas

El diagrama (figura 1) muestra la evolución de visitas de este paciente. Yo me centraré en el tratamiento y la evolución del año 2012, aunque comentaré brevemente los tratamientos recibidos en años anteriores.

AÑO 2006: acude a consulta por dolor lumbar, dorsal, piramidal y pierna izquierda, y hormigueos en brazo, y antebrazo izquierdos.

→ Tratamiento: terapia manual cervical, lumbares, dorsales, piramidal y parte

posterior de muslo y pierna izquierdas y agujas.

AÑO 2007: acude a consulta por dolor en codo, cuello, paravertebrales y cuadrado lumbar izquierdos, refiriendo dolor interno.

→ Tratamiento: terapia manual cuello, paravertebrales, cuadrado lumbar, codo y manipulación codo.

AÑO 2010: problemas en codo, adormecimiento de brazo por la noche y dolor en antebrazo.

→ Tratamiento: terapia manual en redondo menor, tríceps, paravertebrales manipulación de charnela cervico-torácica, tóraco-lumbar e hipomovibilidades.

AÑO 2011: acude a consulta por molestias en cuello, dolor lumbar irradiado a nalga y pie izquierdos y falta de movilidad lumbar.

→ Tratamiento: terapia manual de paravertebrales, dorsales, psoas, glúteo, tensor de la fascia lata izquierdos, estiramientos de trapecio, paravertebrales, oblicuos y abdominales. Trabajo de todo el recorrido del ciático. Manipulación de las hipomovibilidades: charnelas, cabeza de peroné izquierdo. Músculo-energía.

Tratamiento farmacológico: además del tratamiento señalado en el apartado 1.2.1., el paciente nos cuenta que ha recibido en varias ocasiones pinchazos de celestone.

2. EXPLORACIÓN

2.1. Examen neurológico

2.1.1. Estudio de los reflejos

Dado que este paciente acude por un problema lumbar, considero conveniente realizar la exploración neurológica de la columna lumbar de toda la extremidad inferior.

Para examinar los siguientes reflejos, colocaremos al músculo y su tendón bajo una ligera tensión, y a continuación golpearemos el tendón con un martillo de reflejos. La respuesta normal es la contracción muscular refleja.



-Reflejo rotuliano (L3-L4) normal (bilateral).

-Reflejo aquileo (L5-S1) derecho normal, izquierdo disminuido.

2.1.2. Testing muscular

Valoración de la fuerza con la escala de Kendall:

Músculo	Derecha	Izquierda
L2, Flexión de cadera (psoas ilíaco)	5/5	4/5
L3, Extensión de rodilla (cuádriceps)	5/5	4/5
L4, Dorsiflexión de tobillo (tibial anterior)	4/5	3/5
L5, Extensor dedo gordo	4/5	3/5
S1, Flexión plantar (tríceps sural)	4/5	3/5

Tabla 1. Testing muscular

2.1.3. Examen de la sensibilidad cutánea

Respecto a la exploración de los dermatomas, encontramos hipoestesia de L4 a S1 en el miembro inferior izquierdo. En el resto de dermatomas de miembro inferior no encontramos ningún hallazgo relevante.

3. EXAMEN OSTEOPÁTICO

3.1. Inspección

3.1.1. Estática

De frente observo la cabeza ligeramente inclinada hacia el lado derecho, el hombro derecho más bajo que el izquierdo, el resto del miembro superior no revela nada importante. La cresta ilíaca izquierda se encuentra más baja que la derecha, que se encuentra más alta. En miembros inferiores observamos un ligero valgo de rodilla y tobillo.

De perfil lo que más me llama la atención es el escapulum posterior que presenta, y que la cabeza se encuentra ligeramente adelantada. Además presenta rectificación de la lordosis lumbar.

De espaldas, además de los detalles anteriores, observamos una ligera escoliosis dorso-lumbar de curvas compensatorias.

3.1.2. Dinámica

Al realizar el test de movilidad activo en bipedestación observo una zona plana a nivel dorsal D5-D6 (al realizar la flexión de tronco).

Al valorar con el goniómetro el recorrido articular lumbar activo (tabla 2 y figura2):

Movimientos	Flexión	Extensión	Lat. izqda	Lat. dcha	Rot.izqda	Rot. dcha
Amplitud normal	50°	45°	20°	20°	5°	5°
Amplitud obtenida	30°	35°	10°	15°	5°	5°

Tabla 2. Recorrido articular lumbar

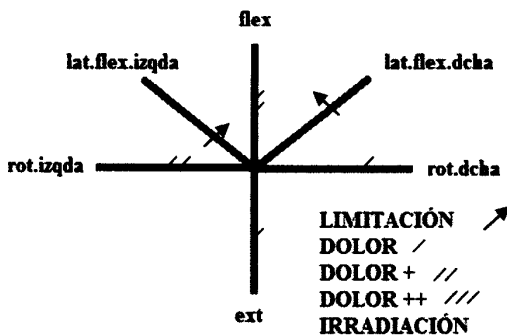


Figura 2. Estrella de Maigne

3.2. Movilidad pasiva

Al ejecutar el test de movilidad pasiva en decúbito lateral para los movimientos de flexo-extensión, inclinaciones y rotaciones, encontramos:

Limitación clara de la flexión, con respecto a la extensión lumbar general, la cual me permite mayor movilidad. No consigo llegar a palpar la apertura de los espacios interespinosos en flexión. En extensión sí que logro palpar el cierre de estos espacios interespinosos. Al inducir el movimiento de inclinación y rotación tanto en el lado derecho como el izquierdo a nivel lumbar bajo (L4-L5) no palpo con claridad la huida de la apófisis espinosa.

3.3. Palpación

-Dermatoma: mediante el pinzado-rodado ponemos en evidencia una celulalgia refleja, lo que traducimos en un espesamiento y dolor de la piel sobre los dermatomas de L2-L5 de la zona lumbar.

-Miotoma: en el punto 2.1.2. (tabla 1) se ha realizado el testing muscular. Además localizamos un espasmo en el lado izquierdo principalmente de la musculatura posterior lumbar (interespinosos, intertransversos, masa común sacro lumbar, multifidos, dorsal ancho), cuadrado lumbar, psoas, abdominales y oblicuos.

-Esclerotoma: existe dolor a la palpación de las espinosas de L4, L5 y S1 principalmente.



3.4. Valoración de la marcha

En la observación de la marcha observo una leve cojera antálgica en la pierna izquierda y el valgo de tobillos mencionado anteriormente.

3.5. Test osteopáticos

Después de haber descartado que no se trata de un proceso agudo inflamatorio (lo que constituiría una contraindicación para realizar técnicas manuales de movilización de cualquier tipo), pasamos a realizar varias pruebas de movilidad. Estas pruebas son las que realmente nos darán el diagnóstico de las disfunciones osteopáticas:

-Test de Mitchell en bipedestación (pulgares ascendentes)

Paciente: en bipedestación.

Terapeuta: detrás del paciente con los ojos a la altura de la pelvis. Pulpejos de ambos pulgares sobre el borde inferior de la espina ilíaca posterosuperior bilateralmente.

Acción: pedimos al paciente flexión de tronco hasta donde llegue sin realizar flexión de rodillas. Seguimos el movimiento ascendente y anterior de las espinas ilíacas posterosuperiores.

Hallazgos: el pulgar del lado izquierdo asciende más que el del lado derecho.

Interpretación: si una asciende más que la otra, la que más ascienda presentará una restricción de movilidad. Esta prueba nos permite saber en qué lado se asienta la disfunción de la pelvis. Pero no es específica para el bloqueo articular, pues puede ser positivo en caso de retracción del cuadrado lumbar homolateral o isquiotibiales contralaterales. Si ambos pulgares ascienden por igual puede ser normal o puede haber una disfunción bilateral de las articulaciones iliosacras o pubiana.

-Test de Mitchell (para posterioridades)

Paciente: en decúbito prono.

Terapeuta: al lado del paciente valora la localización de posterioridades.

Acción: localizo una posterioridad en la transversa del lado izquierdo, a nivel de L3. A partir de aquí tengo dos opciones de lesión: FRSi o ERSi. El test de Mahoma y de Esfinge me guiarán hacia el diagnóstico de la lesión osteopática.

a) Test en flexión máxima o Test de Mahoma

En este test intentamos poner en evidencia lesiones en ERS. Sin quitar las manos de L3 le pido a la paciente que pase de decúbito prono a una flexión máxima de su tronco. La posterioridad ha desaparecido, el siguiente paso será:

b) Test en extensión máxima o Test de Esfinge

Este test intenta poner en evidencia lesiones en FRS. Sin quitar las manos, le pedimos a la paciente que pase de flexión máxima a una extensión máxima de tronco. La posterioridad no desaparece, lo cual nos confirma que estamos ante una lesión de FRSi.

Hallazgo: lesión de FRSi en L3.

-Test del rebote (Springing Test)

Paciente: en decúbito prono.

Terapeuta: al lado del paciente a la altura de la pelvis. Contacto con el talón de la mano sobre la espina ilíaca posterosuperior y a lo largo de todas las espinosas de la columna lumbar.

Acción: empujar sobre la espina ilíaca posterosuperior y espinosas lumbares en dirección al suelo comprobando la calidad y cantidad de movimiento.

Hallazgos: lumbares bajas de L4 a L5 y espina ilíaca posterosuperior izquierda permiten un movimiento menor.

Interpretación: el lado que permita menor movimiento presentará la disfunción.

-Test de Gillet

Paciente: en bipedestación con los brazos estirados apoyados sobre la pared.

Terapeuta: detrás del paciente.

- Primer tiempo: para valorar si la disfunción es izquierda o derecha. Apoyar los



pulgares sobre el borde inferior de la espina ilíaca posterosuperior de forma bilateral. Pedir al paciente que levante su rodilla por encima de su cadera. Al levantar la rodilla la espina ilíaca posterosuperior debe descender y posteriorizarse del mismo lado. Aquel lado que descienda menos será el que se encuentra en disfunción.

- Segundo tiempo: para valorar si la disfunción es iliosacra o sacroilíaca. Contacto sobre el lado de la disfunción con un pulgar sobre el borde inferior de la espina ilíaca posterosuperior y con el otro a la misma altura pero sobre el sacro. Pedir al paciente que levante su rodilla por encima de su cadera, alternativamente en ambos lados. Al levantar la pierna homolateral a la disfunción el pulgar situado en el borde inferior de la espina ilíaca posterosuperior debe descender y posteriorizarse. Al levantarse la pierna contralateral a la disfunción el pulgar situado sobre el sacro debe descender y posteriorizarse. Aquel que descienda menos presentará la disfunción y por tanto será tratado desde el ilíaco o desde el sacro.
- Tercer tiempo: para valorar si el bloqueo se sitúa sobre el brazo mayor o el menor de la sacroilíaca. Contactos sobre S1 para valorar brazo menor y sobre S3 para valorar brazo mayor. Si la disfunción es del sacro pedimos que eleve la pierna contralateral a la disfunción. Si la disfunción es del ilíaco pediremos elevación de la pierna homolateral a la disfunción. Aquel contacto que descienda menos nos muestra la disfunción. Si no desciende al contactar en S1 el bloqueo será sobre el brazo menor (ilíaco posterior), si no desciende al contactar sobre S3, el bloqueo será sobre el brazo mayor (ilíaco anterior).

Hallazgos: en primer tiempo encontramos disfunción en el lado izquierdo. En el segundo tiempo encontramos disfunción iliosacra (ya que al levantar la pierna izquierda, el pulgar colocado en el lado izquierdo asciende). En el tercer tiempo encontramos una disfunción de ilíaco anterior (bloqueo del brazo mayor). Así pues presenta un ilíaco izquierdo anterior.

-Test de Downing

Paciente: en decúbito supino.

Terapeuta: al lado del paciente. Coge el miembro inferior del paciente por la rodilla y tobillo.

Acción: valorar la longitud de miembros inferiores desde el borde inferior de ambos maléolos. Realizar el test en dos tiempos:

- Primer tiempo: llevar la cadera hacia la extensión, aducción y rotación externa. El miembro inferior debe alargarse.
- Segundo tiempo. llevar la cadera hacia extensión, abducción y rotación interna. El miembro inferior debe acortarse.

Hallazgos: al realizar el segundo tiempo, el miembro inferior no se acorta, por tanto se nos vuelve a confirmar que estamos ante una disfunción de ilíaco anterior del lado izquierdo.

Interpretación: si no se alarga tendremos una disfunción posterior del ilíaco. Si no se acorta tendremos una disfunción anterior del ilíaco.

-Test del psoas

Paciente: en decúbito supino.

Terapeuta: en bipedestación.

Acción: en primer lugar valorar una posible disimetría de miembros inferiores desde maléolos internos y de miembros superiores llevándolos a flexión bilateral máxima (enfrentando las palmas de las manos).

Hallazgos: encontramos un acortamiento de miembro inferior izquierdo que coincide con el acortamiento de miembro superior izquierdo, por tanto existe un acortamiento del psoas izquierdo.

Interpretación: si el miembro inferior corto coincide con el miembro superior corto, estamos ante un acortamiento de psoas homolateral y/o cuadrado lumbar homolateral. Si el miembro inferior corto es contrario al miembro superior corto, estamos antes un acortamiento del cuadrado lumbar homolateral y un acortamiento del psoas contralateral (habrá una disfunción de la charnela tóraco-lumbar).



-Test del piramidal

Paciente: en decúbito prono.

Terapeuta: en bipedestación a los pies del paciente.

Acción: pedir al paciente que haga una flexión de rodillas y deje caer los pies hacia fuera, en rotación interna de cadera.

Hallazgos: menor rotación interna izquierda, lo que traduce en un acortamiento del piramidal izquierdo.

Interpretación: el lado que realice menor rotación interna de cadera, será el que presenta un acortamiento del piramidal.

-Test de Lassegue

Paciente: en decúbito supino.

Terapeuta: lateral al paciente, con una mano sobre el musco cerca de la rodilla y la otra en la cara plantar del antepié.

Acción: el terapeuta flexiona la cadera unos 70º manteniendo la rodilla en extensión y aplicando ligera rotación interna y adducción de cadera. Comparar con bilateral.

Hallazgos: al llegar a los 45º de flexión de cadera izquierda el paciente ya aqueja dolor.

Interpretación: aparición de dolor en la zona lumbar o en ésta y en la cara posterior del miembro inferior por tensión del nervio ciático o de cualquiera de sus raíces. Al aplicar la flexión de cadera, el nervio ciático está completamente estirado al conseguir los 70º de flexión.

-Test de posición contraída (Slump Test)

Paciente: en sedestación con las manos detrás de su espalda, en posición decaída de slump y con columna cervical en posición neutra.

Terapeuta: en bipedestación al lado del paciente.

Acción: imprimir al paciente una flexión de cabeza. Pedir al paciente que extienda una rodilla y evaluar la respuesta. Liberar la flexión de cuello y valorar respuesta. Desde la posición de flexión de cabeza y extensión de rodilla, pedir dorsiflexión de tobillo y



valorar respuesta. Comparar con bilateral.

Hallazgos: test positivo en el lado izquierdo.

Interpretación: si se encuentra un alivio de la respuesta al quitar parámetros, los síntomas son de origen neurogénico. Si no se encuentra alivio, los síntomas serán de origen muscular.

4. ACERCAMIENTO A UN DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

Actualmente el paciente no cuenta con ninguna prueba diagnóstica complementaria como radiografía simple o resonancia magnética para descartar otras patologías tras su intervención quirúrgica. Así pues el escaso rendimiento diagnóstico de las pruebas complementarias de imagen obliga a que el diagnóstico sea clínico, usando la anamnesis y la exploración física.

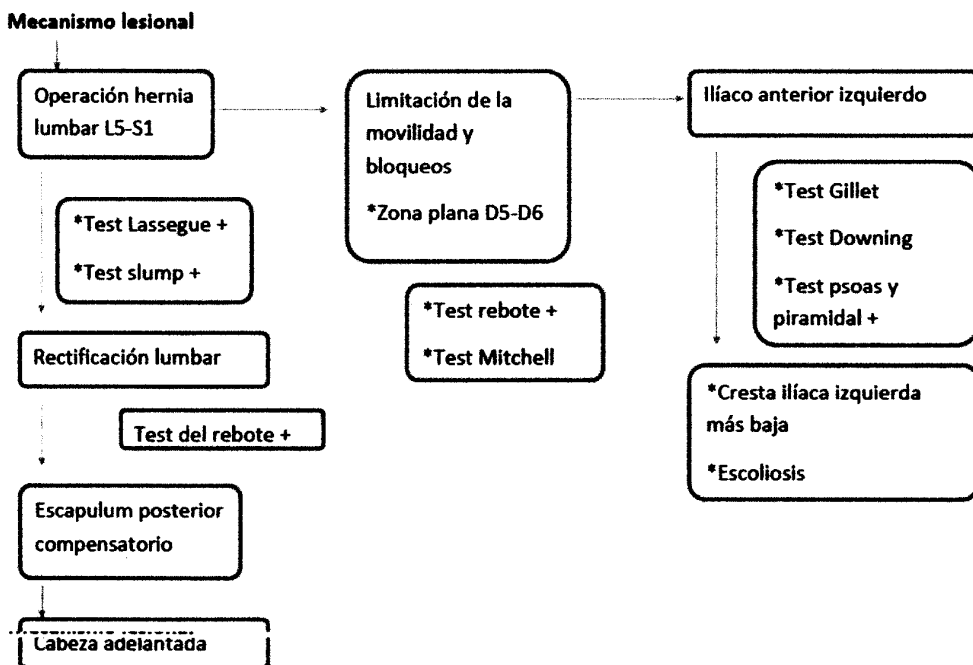


Figura 3. Cadena lesional

Pienso que el mecanismo lesional (figura 3) de este paciente fue su operación de hernia lumbar junto a la artrodesis que se le colocó. En la exploración encontramos



positivo el test de Lassegue y el Slump Test. Este mecanismo lesional llevó a una rectificación lumbar (justificado por la restricción de movimiento en el test de rebote), y ésta a su vez a un escapulum posterior de forma compensatoria, junto a una cabeza adelantada.

Además todo este proceso se encuentra relacionado con las hipomovilidades que hemos encontrado como la zona plana D5-D6 y la FRS i de L3 (justificado por el test de rebote positivo que nos daba menor movilidad en L4 y L5, y el test de Mitchell en bipedestación y decúbito prono).

Todo nos conduce al ilíaco anterior izquierdo que hemos encontrado en la exploración (justificado por el test de Gillet y test de Downing, así como los test musculares del psoas y piramidal). Esta adaptación del ilíaco ha podido llevar a un descenso de la cresta ilíaca izquierda y a la escoliosis que este paciente padece.

El desarrollo de toda esta cadena junto a la sintomatología anterior nos puede inducir a pensar, que en este paciente se esté desarrollando otra hernia lumbar, posiblemente en el nivel superior (L4-L5) como compensación.

5. TRATAMIENTO

5.1. Objetivos del tratamiento

Los objetivos para este paciente serán conseguir:

- Aliviar toda la sintomatología del miembro inferior izquierdo para mejorar la funcionalidad en su actividad laboral.
- Liberar las hipomovilidades y los puntos de atrapamiento de todo el recorrido del ciático.

5.2. Técnicas

El tratamiento descrito a continuación fue el que se llevó a cabo durante las 4 sesiones. Cada vez que se aplicaba una técnica se volvía a valorar para detectar si ésta había sido efectiva.

Técnicas manipulativas

-Dog técnica bilateral en flexión para D5-D6: el paciente se encuentra en decúbito supino lo más cerca posible al borde de la camilla y con los brazos en V. Mirando al paciente en finta anterior, colocamos nuestra mano interna sobre el segmento inferior a manipular y descendemos los codos del paciente tomando contacto sobre ellos con nuestro abdomen. Llevamos al paciente hacia flexión de tronco (hacia nosotros) y después nos dejamos caer hacia la camilla lentamente, hasta notar tensión sobre el segmento que queremos manipular (podemos pedir flexión de miembro inferior, en caso de que no notemos correctamente la tensión). A continuación se le pide al paciente que tome y tire aire. En espiración realizamos el thrust.

-Técnica estructural para la FRSi L3. El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo, quedando la desimbricación de la carilla lesionada arriba y la posterioridad abajo. Palpo el espacio interespinoso de la vértebra lesionada (L3). Cojo por el codo el brazo que se encuentra debajo y lo traccio hacia arriba y luego hacia mí. El paciente entrelaza sus manos sobre sus costillas. Mi mano craneal entra por la axila del paciente y vuelvo a colocarme en el espacio interespinoso. Mi antebrazo caudal lo coloco sobre su pelvis en dirección hacia mi ombligo. Después de ajustar estos parámetros y afinar la tensión, reducimos el slack y en tiempo espiratorio realizamos el thrust, con el fin de cerrar la carilla derecha, que en este caso es la que se encuentra abierta.

Cualquier estímulo por pequeño que sea, acumulado por sumación espacial o temporal, puede desencadenar una respuesta eferente del nivel medular. Las eferencias del segmento que se encuentra facilitado pueden llegar a producir una fuente de bombardeo sensitivo aferente, lo que genera un círculo vicioso. Gracias a una manipulación vertebral, interrumpiremos este círculo, ya que con la manipulación lograremos una disminución de la tensión muscular, del bombardeo eferente y del influjo propioceptivo; en consecuencia ocurre un reseteo de la vía refleja.

-Manipulación iliaco anterior izquierdo: el paciente se coloca en decúbito lateral derecho (la lesión arriba). De cara al paciente, colocamos nuestra mano izquierda sobre el hombro del paciente para controlarlo. La mano derecha, con contacto pisiforme, la colocamos sobre el isquion con el codo hacia los pies del paciente.



Anteriormente hemos colocado nuestra rodilla derecha sobre la rodilla izquierda del paciente para colocar el kick. Así pues, la extremidad inferior derecha se encuentra en extensión y la izquierda en flexión hasta que percibamos la tensión sobre S3 (brazo mayor). Es muy importante no introducir rotación de columna vertebral. Llevamos a la pelvis a la misma oblicuidad que la de los hombros. Nuestra mano izquierda introduce una traslación cefálica, sin rotación para poner en tensión la musculatura lumbar y fijar las vértebras lumbares. A continuación, reducimos el slack y realizamos el thrust en espiración del paciente aumentando los parámetros.

Técnicas de tejido blando

-Energía muscular para la lesión de FRSI llegando a la barrera motriz (BM) sin dolor y coordinando las contracciones isométricas con la respiración (inspiración-apnea-espiración+inspiración-espiración→BM). Para ello, el paciente se colocará en decúbito lateral izquierdo, quedando la lesión de desimbricación de la carilla arriba y la posterioridad abajo. Cogemos la pierna del paciente que queda arriba, realizamos flexión de rodilla y cadera de 90°. Llevamos la cadera a rotación interna hasta que notamos la tensión a nivel lumbar de L3. Una vez ahí, corregiremos la lesión y para ello, le pedimos que haga fuerza con su pie hacia abajo y su rodilla hacia arriba.

En cada contracción isométrica, tiene lugar la estimulación de los receptores de Golgi que descargan e inhiben las motoneuronas alfa y gamma. En cada longitud que ganamos, el huso neuromuscular se estira y vuelve a encontrar su longitud normal poco a poco. (Figura 4)

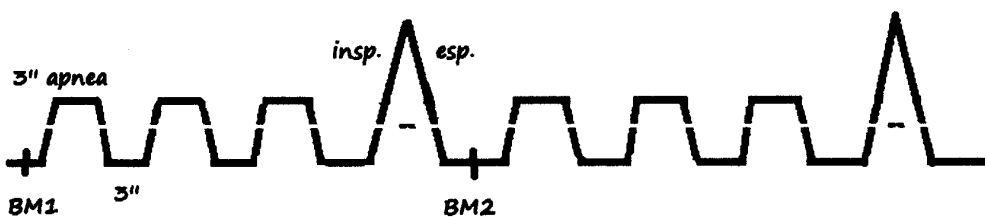


Figura 4. Esquema de la técnica de energía muscular

Desde la primera barrera motriz, pedimos contracción isométrica para utilizar la energía muscular como tracción de la pieza ósea en sentido de la corrección. Pedimos una

inspiración a la vez que se contrae el músculo afectado, se mantiene la contracción en apnea 3". Tras la contracción, 3" de relajación en tiempo espiratorio, vuelve a inspirar y en apnea repite la contracción isométrica hasta 3 veces. Con esto se completa un ciclo de trabajo. Después de la relajación postisométrica, pedimos inspiración y en tiempo espiratorio ganamos hacia la corrección articular, hasta que llegamos a una nueva barrera motriz. Se realizan de 3 a 5 ciclos. A continuación el reposicionamiento del paciente será pasivo, para evitar que se produzca una respuesta miotática.

-Energía muscular para ilíaco anterior izquierdo: el paciente se coloca en decúbito lateral contralateral al lado que queremos tratar (en este caso el izquierdo, es decir en decúbito lateral derecho). Cadera y rodilla del mismo lado en flexión. Mirando al paciente, en finta anterior estable, colocamos el pie del paciente sobre nuestra espina ilíaca anterosuperior. Nuestra mano cefálica controla su rodilla, por su cara interna y nuestra mano caudal palpa S3. Y se sigue el mismo procedimiento que en la técnica contraria.

-Stretching de los ligamentos espinales e interespinales, con el fin de elastificar y aumentar amplitud de movimiento.

Antes de realizar la manipulación para la FRSi, podemos hacer técnicas de stretching para los músculos espinales lumbares, con el fin de estirar los ligamentos lumbares, fascias, músculos acortados ya mencionados y tendones:

1. Técnica de stretching en flexión de los músculos espinales: el paciente se coloca en decúbito lateral con cadera y piernas flexionadas a unos 120°. Con nuestra barriga podemos controlar esta flexión. La técnica consiste en estirar rítmicamente los músculos, aumentando la flexión de los miembros inferiores del paciente.

2. Técnica de inhibición en decúbito prono: con el talón de la mano sobre los músculos espinales de forma perpendicular a las fibras musculares. Con nuestra otra mano fijamos las espinosas adyacentes. Realizaremos un estiramiento rítmico pasando perpendicularmente a través de las fibras musculares.

Técnicas miofasciales

Técnicas de inhibición muscular para psoas, cuadrado lumbar y piramidal, con el fin de obtener una relajación de la circulación local y una disminución de la respuesta eferente.

Tratamos el psoas izquierdo en decúbito supino y pierna del mismo lado flexionada. Vamos entrando poco a poco, acompañando su respiración. Si tengo dudas de estar en psoas, pido una contracción de flexión de cadera. Trato el músculo con bombeos circulares, compresión isquémica de posibles puntos que encontremos más nodulares, compresión + contracción activa del paciente y estiramiento del músculo. En tiempo espiratorio aumentaremos la presión sobre el psoas, a la vez que aumentamos el grado de flexión de cadera.

Para la inhibición del cuadrado lumbar izquierdo, pedimos al paciente que se coloque en decúbito lateral derecho y flexión de cadera y rodillas a 90°. En tiempo espiratorio presionaremos ligeramente a la vez que aumentamos con nuestros antebrazos la lateralización de la pelvis.

Para el piramidal, podemos aplicar presión sobre el músculo con el codo o el puño, compresión + contracción activa o estiramiento en decúbito supino + flexión de cadera a 90°, aproximación (hasta que la pelvis comience a despegar de la camilla), rotación externa y compresión vertical en sentido de la diáfisis femoral.

La clínica en la que he estado realizando las prácticas utiliza una herramienta (figura 5 y 6) para la terapia manual, que describo a continuación:

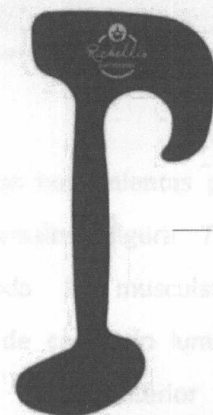


Figura 5. Richelli's Pain Reliever

El Richelli's Pain Reliever (RPR) ha sido creado por Stefan Richelli, como una necesidad de prevenir las lesiones del terapeuta así como la búsqueda de una herramienta eficaz, sencilla y económica que fuera capaz de albergar todo tipo de técnicas. El RPR permite al usuario un fácil agarre en un número infinito de posiciones con una o dos manos. Cada centímetro del RPR está diseñado para ser una superficie útil en la utilización de



Figura 6. 3D thumb

Esta herramienta ayuda a preservar las manos del terapeuta de lesiones, ya que no necesitamos realizar tanta fuerza con nuestras manos. Nos permite utilizar ambas manos, tanto sentados como de pie.

cualquier estilo y técnica de terapia manual. Con el RPR es más fácil tratar las adherencias, espasmos, tejido conectivo, músculos, tendones, ligamentos, órganos, puntos de trigger, las inserciones musculares, los orígenes de los músculos y los nervios.

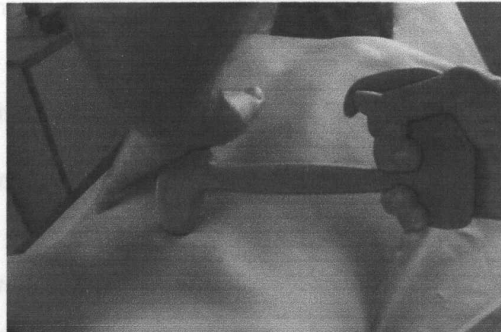


Figura 7. Pases transversales en paravertebrales



Figura 8. Liberación puntos atrapamiento nervio ciático

Nos ayudamos de estas herramientas para realizar pases transversales (figura 7) y longitudinales en toda la musculatura paravertebral, trabajo de cuadrado lumbar, piramidal y toda la cara posterior del miembro inferior izquierdo, que en este caso puede estar generando puntos de

atrapamiento para el nervio ciático (figura 8).



Figura 9. Liberación de los puntos de compresión del nervio ciático

Otra herramienta también diseñada, la podemos ver en la figura 9. Se coloca en los puntos de atrapamiento del nervio ciático (isquiotibiales y gemelos) y dejamos actuar durante unos 5 minutos. Hace una función de compresión isquémica sobre el punto de atrapamiento.

Técnicas neurodinámicas

-*Slump test*. Puede ser utilizado como valoración o como tratamiento. Se ejecuta de la misma forma que he explicado en el apartado 3.5. de este trabajo. Es decir, se seguirán los siguientes pasos: slump espinal, flexión cervical y extensión de rodilla. De esta forma queremos conseguir la movilización (tensión y deslizamiento) de las estructuras neurales del sistema nervioso central y el periférico desde la cabeza, a lo largo de la médula espinal y del trayecto del nervio ciático y sus ramificaciones, al pie.

-*Elevación de la pierna extendida (SLR)*. Lo utilizamos para valorar movimientos y la sensibilidad mecánica de las estructuras neurales sacrolumbares y sus extensiones distales integradas por el tronco y plexo lumbosacro en la pelvis, nervios ciático y tibial y sus extensiones distales en pierna y pie. Se siguen estos pasos: paciente en decúbito supino. Una mano bajo el tobillo y la otra sobre la rodilla del mismo lado que queremos tratar (en este caso el izquierdo), de forma que se mantenga la rodilla extendida y la cadera flexionada.

- Con la rotación interna y aducción de cadera aumentaremos la tensión del plexo lumbosacro, raíces y ciático.
- Para nervio tibial: añadiremos SLR + flexión dorsal y eversión de tobillo.
- Para nervio peroneo: añadiremos SLR + flexión plantar e inversión de tobillo.
- Para nervio sural: añadiremos SLR + flexión dorsal y varo de calcáneo.

6. CONCLUSIÓN

La lumbalgia es el motivo de consulta más frecuente dentro de la patología vertebral, lo que también lleva por consiguiente un porcentaje importante de bajas laborales.

Tenemos que tener en cuenta tres puntos muy importantes:

Nosotros como fisioterapeutas que somos, habremos de insistir en una buena higiene postural y ergonomía en el trabajo del paciente, ya que una mala postura repetida en el tiempo, llevará a una lesión mayor, que a la larga invalidará. Y no sólo en el trabajo habrá que tomar conciencia, sino en casa y tareas del hogar igualmente. En vez de agacharse flexionando tronco, insistir en flexionar rodillas.

Siempre recomendaremos deporte y estiramientos. El deporte disminuye el riesgo y la recaída de lumbalgias, además de ayudarnos a mantener una buena forma física, psíquica y social. En este caso podríamos recomendarle que practicara natación y continuar animándole a sus clases de pilates.

Y el último factor y no por ser menos importante, es el estrés. Las situaciones que nos someten a un nivel de estrés elevado hacen que nuestra musculatura se active creando puntos gatillo activos que anteriormente estaban latentes y no daban sintomatología importante. Podemos enseñar la respiración diafragmática.

Para finalizar, decir que el diagnóstico osteopático es muy importante, ya que nos condiciona en la elección de la técnica de tratamiento más adecuada para el paciente y en consecuencia el resultado terapéutico.



7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

-Buckup, K. Pruebas diagnósticas para patología ósea, articular y muscular. Exploraciones-Signos-Síntomas. 2ª edición. Barcelona: MASSON S.A.; 2003

-Hoppenfeld S. Exploración física de la columna vertebral y las extremidades. 27ª edición. México: El Manual Moderno; 2000

-Ricard F, Sallé JL. Tratado de osteopatía. Madrid. Médica Panamericana; 2003

-Rucker K, Cole A. Dolor lumbar: enfoque del diagnóstico y el tratamiento basado en los síntomas. Madrid. McGraw-Hill; 2003

-Apuntes del Máster Oficial de Terapia Manual Osteopática (Universidad CEU-Cardenal Herrera):

- Seminario de Fisioterapia del Síndrome Miofascial impartido por el profesor Enrique Lluch Girbés.
- Seminario de Neurodinámica impartido por el profesor Carlos López Cubas.
- Seminario de Terapia Manual Osteopática de cadera y pelvis impartido por el profesor Luis Ramón Muñoz Parrilla.
- Seminario de Terapia Manual Osteopática de sacro impartido por el profesor Ricardo Blanco.
- Seminario de Terapia Manual Osteopática de columna lumbar impartido por el profesor Juan José Morelló Izquierdo.

