



CEU

*Universidad
Cardenal Herrera*

Máster Universitario en Terapia Manual Osteopática

CURSO 2011/2012

TRABAJO ESTANCIAS CLINICAS:

CASO CLINICO

Autor: Luis Torres Estrela

Valencia, 15 de junio de 2012



CEU

Biblioteca

Universidad Cardenal Herrera

Registro

Núm.: TFM 335

Entrada día: 4 de oct. de 20 12

Indice

- 1 Presentación del Caso Clínico
- 2 Anamnesis
- 3 Exploración:
 - 3.1 Análisis Postural Estático
 - 3.2 Valoración dinámica
 - 3.3 Valoración de la marcha
 - 3.4 Tests exploratorios Generales
 - 3.5 Tests específicos
- 4 Diagnóstico Osteopático
- 5 Tratamiento y Evolución

1) PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 24 años, varón y estudiante universitario, que acude a la clínica tras 1 mes de haberse caído en un salto con el monopatín, con torcedura de tobillo izquierdo y posterior apoyo con la mano izquierda hacia posterior y antebrazo en pronación. El paciente manifiesta dolor en el tobillo y rodilla izquierda que le imposibilita realizar la actividad en la cual se lesionó (monopatín/skate), apenas le molesta al correr salvo que cuando lleva un tiempo corriendo empieza a dolerle la rodilla izquierda en la parte antero-externa y se le va "cargando" el talón del mismo lado.

Por otra nos comenta que manifiesta cervicálgia con dolor en la parte latero-anterior del hombro izquierdo y epicóndilo del mismo lado junto con pequeñas parestesias cubitales.

2) ANAMNESIS

- **Trabajo:** Estudiante universitario
 - **Practica deportiva:** Montar en monopatín es un hobby, también sale a correr al menos 2 veces por semana entre 45 minutos y una hora.
 - **Como ocurrió el accidente?:** El paciente estaba realizando un salto con el monopatín, cuando éste, en el aire, se le escapó de los pies, tropezando con el borde del mismo y provocando la torcedura de tobillo. Al mismo tiempo el paciente se desequilibró y cayó hacia atrás, apoyando la mano izquierda en pronación para evitar el golpe.
 - **Cuándo ocurrió la caída?:** Un mes antes de la primera visita.
 - **Fue tratado en su momento? Que tratamiento recibió?:** El paciente fue diagnosticado por el médico de cabecera de un esquinco de tobillo (grado 1), le vendaron el tobillo izquierdo durante 3 días y le recetaron fármacos anti-inflamatorios y analgésicos.
- Por entonces el paciente no mostraba ninguna molestia en el miembro superior ni la rodilla.

- **Sintomatología:**
 - Dolor tobillo.
 - Molestias en el talón y la rodilla izquierda al correr varios minutos.
 - cervicálgia
 - Dolor Antero-lateral del hombro izquierdo
 - Dolor epicóndilo izquierdo
- **Otros síntomas:**
 - Cefaleas
 - Parestesias cubitales
- **Características del dolor/parestesias:**
 - Dolor del tobillo de aparición brusca, que desapareció durante unas horas y volvió a aparecer con más intensidad junto con proceso inflamatorio en la parte externa.
 - Dolor de la rodilla aparece de manera leve al realizar giros bruscos, pero es intermitente. En cambio cuando lleva 10-15 minutos corriendo nota como se le va “cargando” el talón y va apareciendo una ligera molestia difusa en la rodilla, que poco a poco se va acentuando hasta llegar a ser incapacitante para la practica deportiva.
 - El dolor del hombro aparece a la palpación, es intermitente, y aparece en el arco doloroso de ABD cuando supera los 90°, junto con la aparición (no siempre) de un chasquido audible en el hombro.
 - Dolor difuso en el epicóndilo al realizar la supinación.
 - Dolor Zona cervico-dorsal izquierda, que se acentúa al realizar latero-flexión homolateral y rotación contralateral.
- **Pruebas Complementarias:**
 - Le hicieron una Radiografía para descartar fractura en el esguince, en ella no se apreciaban soluciones de continuidad de las superficies osas.



3) EXPLORACIÓN

En la exploración empezamos por el análisis postural estático para observar posibles compensaciones, dismetrias, y rectificación de las curvaturas vertebrales tanto anteriores y posteriores como laterales. Después continuaremos por el análisis dinámico, de la marcha y los tests que se consideren oportunos.

3.1 - Análisis postural estático: (siempre empezando de caudal a craneal)

- Vista Anterior:
 - Ligera rotación externa tibial.
 - Ligera rotación externa de cadera.
 - Hombro izquierdo elevado respecto al contralateral.
 - Pequeña inclinación izquierda de la cabeza (muy pequeña).
- Vista Posterior:
 - Aumento del valgo de calcáneo en el pie afectado.
 - Rotaciones externas de tibia y cadera.
 - Elevación del muñón del hombro respecto al contralateral.
 - Inclinación izquierda (muy poca) de la cabeza.
- Vista Lateral:
 - Ligera rectificación de la columna lumbar con cifosis torácica.
 - Hombro izquierdo anteriorizado respecto al contralateral.

3.2 - Valoración Dinámica: (Valoramos flexo-extensión de columna, etc)

- Flexo-Extensión de columna: Al paciente no le provoca dolor ni nota restricción al movimiento.
- Inclinación derecha/izquierda: No hay sintomatología.
- Rotación: No hay sintomatología.
- Flexo-extensión cervical no provoca dolor.
- Inclinación: Provoca sintomatología la inclinación contralateral al hombro lesionado.

- Rotación: Provoca dolor a la rotación derecha.

3.3 - Valoración de la Marcha: Se observa que el pie izquierdo, junto con la tibia, hacen una pequeña rotación externa durante la marcha en la fase final de balanceo y al apoyar el pie. En las demás fases no se observan compensaciones, desviaciones, etc.

3.4 - Tests de exploración generales: Tras haber realizado el examen de la postura, de la marcha, y los tests de movilidad activa, debemos empezar con los tests exploratorios generales para las articulaciones, músculos, etc afectados:

- Ponerse en cuclillas (para valorar miembros inferiores): No aparece dolor, pero sí una pequeña disminución de la flexión dorsal del pie izquierdo.
- Prueba de la cigüeña
- Movimiento mano-cabeza del hombro: Dolor al superar los 90° de flexión y Abducción.
- Slump test: para comprobar si hay afectación radicular que provoque la aparición de los síntomas. Resultado negativo.
- Downing test negativo: para valorar la existencia de una pierna corta, de un iliaco anterior o posterior.

3.5 - Test de exploración específicos:

- Miembro inferior: Valoraremos los elementos que consideremos afectan a la patología del paciente;
 - **Test de movilidad del Astrágalo** para determinar si se encuentra normal, anterior o posterior. En el caso de nuestro paciente dio como resultado un anterioridad del astrágalo del pie izquierdo en comparación al contralateral.
 - **Examen de la tibia** en la parte distal, no se encuentran cambios respecto a la tibia del lado contrario.
 - **Peroneo-Astragalina**: Valoramos la ubicación del maleolo peroneo, valoramos el desplazamiento anterior y posterior y comparamos con el lado contralateral. Nos dio como resultado una anterioridad del maleolo peroneo.
 - **Ligamentos peroneo-astragalinos y peroneo-calcáneo**: Cierta molestia a la fricción

profunda junto con inversión del ligamento peroneo-astragalino anterior.

- **Test para movilidad de la articulación de chopard y lisfranc:** El cuboides se encuentra desplazado hacia plantar y lateral, al mismo tiempo que el escafoides que también se ha desplazado a plantar y medial.
- **Articulación peroneo-tibial superior:** se realiza desplazamientos anteriores y posteriores de la cabeza del peroné y comparamos con el lado contrario, en caso del paciente resultó que la cabeza del peroné se encontraba posterior.
- **Valoración de la femoro-tibial:** Valoramos la posible anterioridad o posterioridad de la tibia en su parte proximal, así como una rotación externa o interna de la misma. Al mismo tiempo valoramos los meniscos y ligamentos (LLE, LLI, LCA, LCP). En el caso de nuestro paciente, en comparación con el lado contrario, encontramos una ligera posterioridad de la meseta tibial y rotación externa.
En cuanto a meniscos y ligamentos, ninguno parece estar afectado.
- **Articulación femoro-patelar:** Le valoramos mediante la prueba del cepillo junto con la valoración de los aleros laterales. La prueba del cepillo resultó dolorosa en ambos lados y los alerones no daban sintomatología.
- **Valoración de Puntos Gatillo (Trigger Points):** Los valoramos para descartar que el dolor del paciente sea a causa de un PG activado tras el traumatismo. Los músculos que valoramos fueron: Plantar, Peroneo, Tibial Anterior, Triceps sural, Cuádriceps y TFL. El peroneo y el tibial anterior provocaban dolor referido, sin embargo no el dolor que el paciente notaba normalmente.
- **Valoramos la Columna Lumbar** con el objetivo de encontrar segmentos facilitados que puedan ser los causantes de la sintomatología. En este sentido encontramos un solo nivel facilitado, L4-L5.
- **Valoración Miembro Superior:**
 - **Pruebas para Superioridad /Inferioridad /anterioridad /posterioridad glenohumeral:** Comparamos bilateralmente, en el hombro afectado de sintomatología encontramos que a la cabeza humeral le cuesta descender y posteriorizarse, por lo que se encuentra en anterioridad y superioridad.
 - **Valoración de la cabeza del radio:** mediante palpación observamos que la cabeza

del radio desliza con mayor dificultad hacia posterior en el lado izquierdo, al realizar el movimiento de pronación del antebrazo.

- **Test del Triceps:** Para disfunciones somáticas. Le realizamos el test y aparece debilidad a la contracción del triceps con la muñeca en extensión, lo cual indica una patología del radio. A continuación le pedimos que haga el **Test de los Flexores del Codo**, el resultado de este test fue que la cabeza del radio se encontraba anteriorizada.
- **Valoración del cúbito:** No obtenemos diferencias con el lado contralateral.
- **Valoración de la movilidad radio-cubital distal:** Comparando bilateralmente notamos que la base del radio se encuentra ligeramente anteriorizada en el lado izquierdo. Sin embargo, el deslizamiento radio-cubital es normal.
- **Valoración de los huesos del carpo:** valoramos los deslizamientos entre la primera hilera y la radio-cubital, el movimiento entre primera y segunda hilera, y entre segunda hilera y las bases de los metacarpofalángicos. En ningún caso encontramos una restricción o dolor al realizarlos.
- **Articulación acromio-clavicular:** valoramos la posible presencia de un esguince. Buscamos el signo de la “tecla de piano”, no está presente.
- **Articulación Esterno-costo-clavicular:** Realizamos los tests para la presencia de lesiones en superioridad, anterioridad, rotación anterior o posterior de la clavícula. Siempre bilateralmente. Encontramos una fijación clavicular izquierda en anterioridad y rotación anterior.
- **Articulación Homotorácica:** Valoramos el deslizamiento de la escápula sobre la parrilla costal en los movimientos de báscula interna y externa, abducción y aducción
- **Análisis del tono de la musculatura epicondílea:** con el fin de encontrar Puntos Gatillo miofasciales, etc. Localizamos diversas bandas tensas que al presionar provocan dolor referido, sin embargo el paciente no reconoce dicho dolor como familiar, por lo que descartamos que sea causa de sus molestias.
- **Musculatura del hombro:** palpamos supraespinoso, infraespinoso, subescapular, redondos mayor y menor, encontramos dolor a la palpación en el primero de ellos (más

notable en el lado izquierdo).

- **Test de Gilchrist, Hawckins y Jobe:** Para evaluar si hay lesión de la porción larga del bíceps (en el caso del primer test), y del supraespinoso (los dos restantes). En nuestro paciente tanto el test de Jobe como el de Hawckins dieron un resultado positivo para tendinitis.
- **Test para los desfiladeros:** Todos negativos para Neuralgias cervico-braquiales.
- **Evaluación de la columna cervical y dorsal alta:**
 - **Palpación de los esclerotomas:** Con el fin de encontrar segmentos facilitados. Destaca la molestia de C0-C1, C5-C6 y C7-T1.
 - **Movilización pasiva de los segmentos:** Encontramos restricciones de movimiento en los segmentos anteriormente nombrados.
 - **Test de Mitchel**
 - C0-C1 en NSR derecha
 - C5 en FRS izquierda (lesión secundaria adaptativa a la NSR dorsal)
 - T1 en NSR izquierda

4) DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

Por lo expuesto anteriormente, teniendo en cuenta el mecanismo lesional (esguince y caída) y el resultado de todas las pruebas realizadas determinamos que el diagnóstico es el siguiente:

El causante de toda la patología del paciente desde un principio fue la caída del monopatín con el consiguiente esguince y apoyo posterior del brazo con antebrazo en pronación.

Por un lado el esguince, con el daño consiguiente, provoca además el deslizamiento plantar de escafoides y cuboides. También es el responsable del desplazamiento anterior del astrágalo junto con el desplazamiento también anterior del maleolo del peroné.

El maleolo peroneo anterior produce una posterioridad de la cabeza del mismo, pudiendo pinzar el nervio peroneo, que sería una de las posibles causas del dolor en la parte externa de la rodilla. También podría provocar el acortamiento de los músculos isquiotibiales, que podrían espasmarse por el acortamiento.

En caso de estar espasmados los isquiotibiales podrían haber producido un iliaco posterior, afectando al sacro y las vertebrae lumbares. El paciente no mostraba signos de iliaco anterior o posterior, sin embargo tenía L4-L5 facilitada.

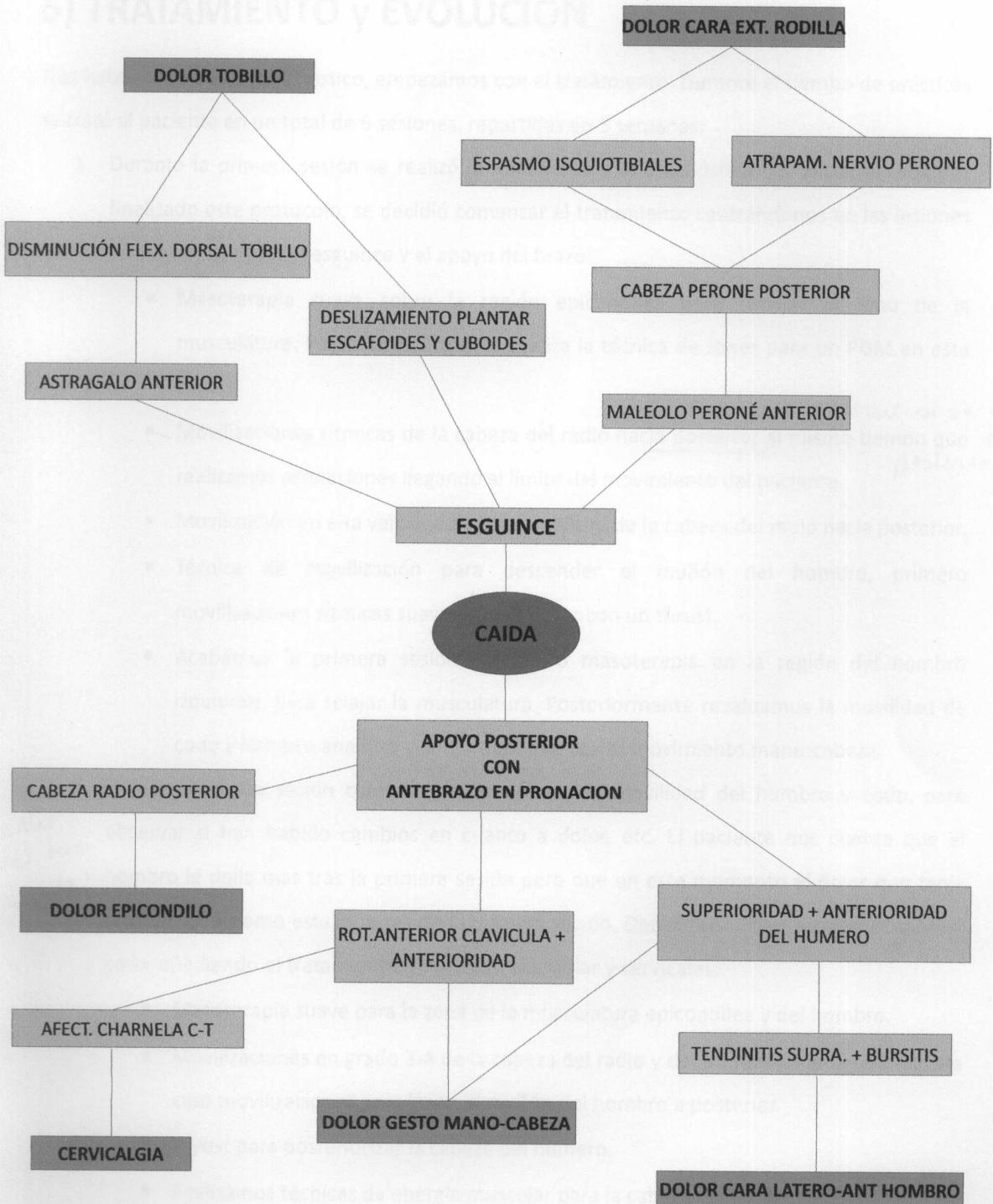
Por otro lado tenemos la caída con apoyo posterior del brazo con antebrazo en pronación. Esta caída en pronación provoca un desplazamiento anterior de la base del radio y posterior de la cabeza del mismo, lo cual puede ser causa del dolor continuo en el epicóndilo izquierdo.

Además la caída produce un choque del húmero contra el rodete glenoideo y el acromion, fijándose en anterioridad y superioridad. Al estar en dicha posición los tendones de la porción larga del bíceps y el supraespinoso se ven afectados produciendo una tendinitis, junto con una bursitis subacromial por la disminución de espacio. Esto es el causante del dolor continuo en la parte latero-anterior del hombro.

La lesión de superioridad y anterioridad humeral se asocia comúnmente con lesiones de anterioridad clavicular, que además al haber caído en apoyo posterior del brazo, se queda fijada en rotación anterior. Esta posición de la clavícula altera a su vez la posición de la 1ª Costilla, la cual afecta a la charnela toraco-lumbar produciendo una lesión en NSR en C7-T1 a la derecha. Para adaptarse a esta fijación, C5-C6 adapta en FRS izquierda, llegando hasta occipucio (C0-C1) que también adaptarán en NSR izquierda. Este conjunto de adaptaciones son las que provocan la cervicalgia del paciente al realizar latero-flexiones homolaterales y rotaciones contralaterales en los últimos grados. Además la facilitación de C5-C6 sería la responsable de las parestesias cubitales del paciente.

En la siguiente página se expone este diagnóstico mediante un gráfico con flechas de relación entre los diversos síntomas, las disfunciones encontradas y el origen o causa lesional primaria.

5) TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN

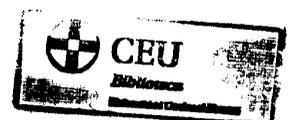


5) TRATAMIENTO y EVOLUCIÓN

Tras haber realizado el diagnóstico, empezamos con el tratamiento. Durante el tiempo de prácticas se trató al paciente en un total de 6 sesiones, repartidas en 5 semanas:

1. Durante la primera sesión se realizó la anamnesis y el diagnóstico del paciente, una vez finalizado este protocolo, se decidió comenzar el tratamiento centrándonos en las lesiones primarias, es decir, el esguince y el apoyo del brazo:
 - Masoterapia suave sobre la región epicondílea para rebajar el tono de la musculatura. Posteriormente se le realiza la técnica de Jones para un PGM en esta zona.
 - Movilizaciones rítmicas de la cabeza del radio hacia posterior al mismo tiempo que realizamos pronaciones llegando al límite del movimiento del paciente.
 - Movilización en alta velocidad y baja amplitud de la cabeza del radio hacia posterior.
 - Técnica de movilización para descender el muñón del hombro, primero movilizaciones rítmicas suaves, para acabar con un thrust.
 - Acabamos la primera sesión realizando masoterapia en la región del hombro izquierdo, para relajar la musculatura. Posteriormente revaluamos la movilidad de codo y hombro analítica y conjuntamente con el movimiento mano-cabeza.
2. En esta segunda sesión comenzamos evaluando la movilidad del hombro y codo, para observar si han habido cambios en cuanto a dolor, etc. El paciente nos cuenta que el hombro le dolía más tras la primera sesión pero que en este momento el dolor que tenía era inferior a como estaba antes de la primera sesión. Decidimos volver a tratar hombro y codo, añadiendo el tratamiento de la costo-clavicular y cervicales:
 - Masoterapia suave para la zona de la musculatura epicondílea y del hombro.
 - Movilizaciones en grado 3-4 de la cabeza del radio y del humero, añadiendo en este caso movilizaciones para llevar el muñón del hombro a posterior.
 - Thrust para posteriorizar la cabeza del húmero.
 - Realizamos técnicas de energía muscular para la cabeza del radio.
 - Técnica de energía muscular para posteriorizar la clavícula.

- Técnica de Alta velocidad y Baja amplitud para corregir la rotación anterior de la clavícula.
 - Realizamos movilizaciones en grado 3-4 de los segmentos cervicales afectados, no llegando a realizar una movilización de grado 5.
 - Terminamos la sesión con una inhibición de la musculatura suboccipital.
 - Volvemos a testar la movilidad de las zonas tratadas y comprobamos que el paciente es capaz de llevar la mano a la cabeza con menos dolor, con lo cual le mandamos que realice los movimientos de mano-cabeza indoloros cuando esté en casa.
3. En la tercera sesión le preguntamos al paciente sobre los ejercicios echos en casa, nos cuenta que le han ido bien, que ya no le duele la parte latero-anterior del hombro ni el epicóndilo, sin embargo todavía nota molestias cervicales aunque se ha suavizado.
- Masoterapia suave cervical, junto con el tratamiento del ECOM y escalenos.
 - Movilizaciones en grado 3-4 de la región C0-C1 y C5-C6.
 - Técnica de musculo-energía para C7-T1, posteriormente le realizamos un thrust semidirecto.
 - Tratamos la clavícula mediante musculo-energía para la anterioridad, y mediante manipulación para la rotación anterior.
 - Retestamos la movilidad y el dolor de la zona cervico-dorsal, ha mejorado notablemente aunque sigue apareciendo dolor en el cuello. Optamos por realizar una técnica de Stretching para ECOM y escalenos.
 - Le mandamos que realice diversos ejercicios para la musculatura del cuello en su casa, resistiéndose él mismo, movimientos de Rotación, Latero-flexión, Flexión y Extensión. Además que estando tumbada en su casa, ponga la cabeza con “doble mentón”, para elongar la musculatura suboccipital.
4. El paciente llega a la clínica y nos cuenta que su dolor cervical a desaparecido, así como el dolor en el hombro. Por lo tanto decidimos comenzar el tratamiento del miembro inferior, comenzando desde el origen de la lesión (esguince).
- Revaluamos la zona que vamos a tratar por si han aparecido cambios, al no encontrarlos decidimos empezar tratando escafoides y cuboides mediante la técnica



del "latigazo", un thrust directo en la planta del pie para llevar ambos huesos hacia dorsal.

- A continuación le realizamos tracciones rítmicas de la pierna desde el cuello del astrágalo, ejecutando una movilización con impulso en la misma posición. Tras esto, realizamos una técnica directa de movilización con impulso para astrágalo anterior.
- Para movilizar el maleolo del peroné hacia posterior realizamos una movilización con impulso tibioperonea distal anterior.
- Para acabar esta sesión, tratamos la musculatura de la pierna, sobre todo tibial anterior y peroneo, mediante masoterapia suave sin entrar a tratar todavía posibles PGM.
- Comprobamos si ha mejorado la flexión dorsal del tobillo y si todavía existe dolor en la zona. Le pedimos que se ponga en cuclillas y efectivamente su flexión plantar ha aumentado, así que le mandamos que realice ejercicios para mantener esa flexión, mediante contracciones en los máximos grados, forzándose él mismo la flexión dorsal ayudándose de una toalla, etc.

5. En esta sesión el paciente cuando llega a la clínica nos comenta que ha perdido parte de la flexión dorsal que habíamos ganado en la anterior sesión, le pedimos que se ponga en cuclillas y vemos que es cierto. Aún así afirma que no ha experimentado dolor durante la semana. En esta sesión nos vamos a centrar en conseguir aumentar la flexión dorsal, mantenerla y empezaremos con el tratamiento de la rodilla.

- Comenzamos la sesión con tracciones rítmicas de la pierna desde el cuello del astrágalo, ejecutando una movilización con impulso en la misma posición. Tras esto, realizamos una técnica directa de movilización con impulso para astrágalo anterior.
- Después hacemos una musculo-energía para astrágalo anterior.
- Tras estas técnicas pasamos a tratar el peroné, primero realizamos una movilización directa sobre la tibio-peronea inferior para llevarla a posterior. Después pasamos a hacer una técnica de movilización con impulso de cabeza de peroné posterior.
- Volvemos a examinar la movilidad del peroné, aún notamos la cabeza del peroné posterior, así que repetimos la técnica de movilización de la cabeza del peroné hacia anterior, realizando un impulso al final.

- Tras estas, haríamos la técnica del tornillo para corregir la ligera rotación externa tibial.
 - Tratamos de nuevo los músculos tibial anterior y peroneo, esta vez sí, deteniéndonos en localizar y tratar los PGM que encontremos mediante stretching, liberación por presión, etc.
 - Por último tratamos el nivel lumbar facilitado, L4-L5 que se encontraba en FRS derecha, mediante la técnica de Lumbar Roll.
 - Le decimos al paciente que siga realizando los ejercicios para mantener la flexión dorsal en su casa. Para la siguiente sesión dejamos más tiempo que entre las anteriores para poder ver como evoluciona. Además le indicamos al paciente que empiece a hacer ejercicio, salir a correr y montar en monopatín, para comprobar si la sintomatología continúa apareciendo tras un tiempo de ejercicio.
6. Cuando llega el paciente le pedimos que nos cuente como ha evolucionado desde el último día, y si haciendo ejercicio ha aparecido el dolor de rodilla y tobillo. El paciente nos cuenta que el tobillo no le ha dolido nada, pero en la rodilla sí que notó cierta molestia, pero con la diferencia de que tardó más tiempo al aparecer, tras 30 minutos corriendo aproximadamente. Decidimos volver a tratar la rodilla y las lumbares.
- Técnica del tornillo para rotación externa tibial
 - Técnica de cascanueces para Rot. Externa tibial
 - Energía muscular para rot.externa tibial
 - Volvemos a testar la zona lumbar, seguimos encontrando el esclerotoma facilitado, de manera que volvemos a realizar el Lumbar Roll para la FRS derecha.
 - Le decimos que continúe haciendo ejercicio progresivo y que si sigue molestando que vuelva a contactar con nosotros.

Después de estas 6 sesiones no volvemos a ver al paciente para seguir su evolución, sin embargo esperamos que continúe recuperándose del dolor de rodilla, progresivamente, hasta poder practicar deporte sin notar molestia alguna. Y esperamos que su cervicálgia y homálgia no reaparezcan.