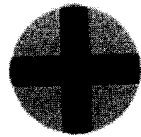


Deposito
rojo



CEU
*Universidad
Cardenal Herrera*

CASO CLÍNICO PRÁCTICAS EXTERNAS



CEU
Biblioteca
Universidad Cardenal Herrera

SILVIA GONZÁLEZ VILANOVA

Registro
Número: TFM 332
Entrada día: 4 de oct de 2012

ÍNDICE

1. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

2. ANAMNESIS

3. EXPLORACIÓN

3.1 Análisis postural estático y palpación

3.2. Valoración dinámica

3.3. Tests

4. DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

5. TRATAMIENTO

6. EVOLUCIÓN

1. PRESENTACIÓN CASO CLÍNICO

Mujer, 31 años. 1'65, 55kg.

Acudió a consulta por dolor en zona cervical y dorsal. Presencia de parestesias en quinto dedo de la mano derecha, con adormecimiento y sensación de frío. Era capaz de señalar con el dedo un recorrido de dolor, por la zona interna del brazo hasta el quinto dedo. Los síntomas empezaron hace 7-8 meses, excepto la sensación de enfriamiento del dedo, el cual empezó un par de semanas antes de acudir a consulta. No recuerda ningún desencadenante, los síntomas han sido de aparición progresiva.

2. ANAMNESIS

- Medicación: No tomaba ninguna medicación en el momento de la consulta. En ocasiones para el dolor de espalda y cuello ibuprofeno o paracetamol.
- Trabajo: Informática. Diestra. Manejo del ratón con la mano derecha y la pantalla le quedaba un poco a la derecha.
- Patologías previas y actuales: Ninguna.
- Operaciones: reducción quirúrgica de hernia inguinal izquierda.
- Sintomatología de la paciente: El dolor cervical y dorsal empezó 7-8 meses antes de la consulta. Al mes empezó con dolor en el meñique. La sensación de enfriamiento comenzó a aparecer dos semanas antes de acudir a nosotros. Los síntomas se hacían visibles sobre todo durante la noche, indicaba ella que probablemente "al estar quieta se daba más cuenta". Los síntomas mejoraban con el movimiento durante la mañana y por la tarde volvían a aparecer, con la sobrecarga del trabajo y el cansancio. Las parestesias y el dolor en quinto dedo no desaparecían. El dolor aumentaba con la inclinación y rotación contralateral de la cabeza.
- Actividad física: Realizaba natación 2 veces por semana. Nadaba croll, y siempre solía sacar la cabeza por la derecha.

- Dolor y parestesias: Como se ha descrito fue de aparición progresiva. La paciente era capaz de señalar con el dedo el recorrido del dolor (filiforme). "Sensación de corriente" (textual), que iba por la parte interna del brazo hasta el primer dedo y zona medial del segundo, y además notaba adormecimiento.
- Otros síntomas: En ocasiones dolores de cabeza. No refería trastornos digestivos. Reglas dolorosas de vez en cuando.
- Había recibido tratamiento fisioterápico en otras ocasiones. Indicó: calor, corrientes y masaje.
- No trae ninguna prueba complementaria. No RX, RM TAC.

3. EXPLORACIÓN

3.1 Análisis postural estático y palpación

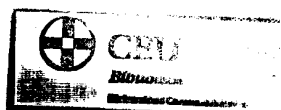
Mientras la paciente nos respondía a las respuestas de la anamnesis observamos que el 5º dedo de la mano derecha estaba evidentemente más frío que el resto de la mano, como nos indicaba la paciente. La coloración era normal y al presionar la uña, recuperaba la circulación de manera inmediata.

- Prueba de sensibilidad: Con los ojos cerrados, pasamos las manos por el borde cubital y 5º dedo de ambas manos de la paciente. Le preguntamos si notaba lo mismo en los dos lados, nos indicó que el lado derecho lo notaba menos.
- Occipital más alto a la izquierda.
- ARP (agujero rasgado posterior) derecho sensible a la palpación.
- Palpación de apófisis espinosas de la columna, encontrando escleromas dolorosos en C7, D1 y D7.
- D1 posterioridad a la derecha.
- D2, no era dolorosa la transversa derecha posteriorizada, su espinosa se encuentra más escondida que la de D1.
- EIPS Derecha más alta y anterior, comprobado en bipedestación y decúbito prono.
- Escápulas y hombros a la misma altura.
- Mayor tono muscular en trapecio derecho.
- Rectificación de curvas.
- Cabeza un poco adelantada con respecto a la línea de gravedad.
- Crestas iliacas y trocánteres a la misma altura.
- EIAS izquierda más alta y posterior, comprobado en bipedestación y en decúbito supino.
- Rama púbica izquierda más elevada, comprobado en bipedestación y decúbito supino.
- Pectoral derecho doloroso a la palpación y con más tono.

No más hallazgos de interés.

3.2. Valoración dinámica

Partiendo de bipedestación, con los pies juntos, le pedimos a la paciente que realizase flexión completa de tronco y cuello, dejando caer los brazos hacia delante, como si quisiese tocar el



suelo con las manos, y dejando caer el cuello relajado. Observamos una zona plana (en extensión) en D6-D7-D8. No observamos escoliosis.

A continuación le pedimos a la paciente que realizase una lateralización a la derecha, dejando caer la cabeza hacia ese lado, intentando localizar las zonas de quiebre o hipermovilidades. Lo mismo con la lateralización izquierda y las rotaciones de tronco. Durante las lateralizaciones y rotaciones se observa que no se continúa la curva a nivel D6-D8.

No se encuentran anomalías en la marcha.

No se observan otros hallazgos de interés.

3.3. Tests

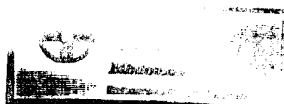
Siempre, a la hora de palpar, hemos de tener en cuenta que las apófisis transversas a nivel dorsal están una vértebra o vértebra y media por encima de las espinosas.

➤ TEST DE EXPLORACIÓN CON LA PACIENTE EN SEDESTACIÓN.

- **Exámen de la movilidad pasiva** de la charnela cervico torácica (T7-D1): Con la paciente en sedestación al lado izquierdo de la camilla, nos pusimos a su lado izquierdo. Con la mano izquierda cogimos la cabeza de la paciente para realizar los movimientos, y con la mano derecha palpamos las espinosas para observar la movilidad de la charnela. Examinamos el movimiento de los segmentos que la componen en los planos cardinales: flexión, extensión, rotación izquierda, rotación derecha, lateroflexión izquierda y lateroflexión derecha. D1 no se movía bien hacia lateroflexión derecha y rotación izquierda. D2 no se desplazaba hacia posterior en la flexión de cuello, ni se movía en lateroflexión izquierda y rotación izquierda. D1 → NSRd, D2 → ERSd.
- **Test de Mitchell para columna dorsal alta:** Hicimos primero el test sobre D1 y después sobre de D2. Para ello, nos colocamos en bipedestación detrás de la paciente. Localizamos las apófisis transversas de D1, y si tiene alguna posterioridad, observamos que estaba posterior a la derecha. Le pedimos a la paciente flexión y extensión activa del cuello y nos fijamos en si las posterioridades se modificaban con la movilidad. En la transversa de D1 no se modifica la posterioridad en flexión ni extensión. A continuación hicimos el test de la misma manera sobre D2, la posterioridad desaparecía en extensión y se mantenía en flexión. Confirmamos D1 → NSRd, D2 → ERSd.
- **Test de Jackson:** Con la paciente en sedestación, y nosotros por detrás de ella, colocamos las manos entrecruzadas sobre su cabeza y aplicamos una presión vertical en flexo extensión neutra primero, y posteriormente con inclinación hacia un lado y otro, para descartar la presencia de una hernia discal, compromiso del agujero de conjunción o de las raíces nerviosas que provocase los síntomas de la paciente. → **Negativo**, no aumentaban ni se reproducían los signos de la paciente a la compresión.
- **Test de Roger y Bikelas:** Realizamos este test para ver si la raíz nerviosa estaba afectada. Con la paciente en bipedestación y nosotros de pie por detrás subimos la pierna derecha a la camilla al lado de la paciente, y entonces con nuestra mano derecha colocamos el brazo derecho de la paciente en abducción sobre nuestra

pierna, rotación externa y retropulsión de hombro, con el codo en extensión y supinación, más extensión de mano. Al aumentar la tensión haciendo rotación contralateral del a cabeza → **Positivo**, reproducía los síntomas de la paciente. → Este test nos indicaba que el nervio estaba afectado en algún punto de su recorrido, para confirmar dónde tuvimos que hacer los siguientes tests.

- **Test de Adson:** Valoramos si hay compromiso del plexo braquial y los vasos subclavios entre los vientres del escaleno anterior y medio (desfiladero interescalénico): con la paciente en sedestación, y nosotros por detrás, cogimos la mano derecha de la paciente y localizamos el pulso radial. Realizamos ligera extensión y rotación externa del brazo. En esta posición llevamos la cabeza de la paciente en inclinación y rotación al lado contrario. Pedimos a la paciente que realizase una inspiración profunda y que soltase el aire. El pulso no desaparecía. → **test negativo**
- **Test de Eden:** En este caso nos dispusimos a valorar si había compresión del plexo braquial o los vasos subclavios en el desfiladero costo clavicular. Con la paciente en la misma posición, el fisio por detrás, tomaba el pulso radial con la mano derecha. Mientras, con la mano izquierda descendimos el hombro de la paciente y se le solicitó una inspiración forzada y apnea. El pulso desapareció → **test positivo** → indicativo de 1ª Costilla alta.
- **Test de Wright:** Con él valoramos el último de los desfiladeros: si hay compresión del plexo braquial por atrapamiento del pectoral menor. En la misma posición que en los otros dos test, tomando el pulso radial, llevamos el brazo derecho de la paciente a abd + rotación externa. En esta posición el pulso se notaba más débil, casi desaparecía → **positivo**.
- **Test diagnóstico respiratorio:** en la misma posición, por detrás de la paciente, colocamos un contacto sensitivo sobre las primeras costillas, por delante y por detrás. Le pedimos a la paciente que realizara respiraciones amplias. En la inspiración pudimos notar como las 2 costillas subían igual y a la vez, pero en la espiración, a la costilla derecha le costaba bajar. → **costilla en lesión de inspiración**.
- **Test de Gillet para primera costilla:** para comprobar la existencia de disfunción articular de la primera costilla. Con la paciente en sedestación y nosotros por detrás, colocamos el 2º y 3º dedo de la mano derecha sobre el cuerpo de la 1ª costilla derecha, y el pulgar detrás de la costilla por fuera de la transversa de D1. Con la otra mano sobre la cabeza realizamos extensión, lateroflexión homolateral y rotación contraria cervical, para desplazar a la costilla hacia delante y abajo. En este caso la costilla no se desplazaba hacia delante, se queda posterior y arriba.
- **Test de Mitchell para primera costilla:** para diferenciar si la disfunción de la costilla es primaria o por el contrario secundaria a una lesión de D1. Desde detrás de la paciente, tomamos contacto por fuera de las transversas de D1, a nivel del cuello costal, bilateralmente, observando que la derecha estaba más posterior que la izquierda. Le pedimos a la paciente flexión y extensión cervical. La posterioridad se modificaba con el movimiento, lo que significaba que la lesión primaria estaba en D1, por lo que la costilla tenía una lesión de adaptación.
- **Test de respuesta fascial del cuello:** Con la paciente sentada, le pedimos a la paciente que relajase la cabeza mientras con nuestras manos sobre el vértex craneal (misma posición que test de Jackson) realizamos un empuje vertical. Observamos que el



patrón fascial que aparece es en flexión de cabeza (tensión en fascias anteriores). Realizamos el mismo test en bipedestación para observar si el patrón flexor se mantenía, y la respuesta fue la misma (no había tensión en los miembros inferiores que afectase la tensión fascial del cuello).

- **Quick scanning columna dorsal y lumbar:** Este test inespecífico que nos permitió valorar de forma rápida y general las zonas de hipomovilidad. La paciente se colocó sentada al borde de la camilla, con las piernas a horcajadas. Nosotros por detrás de ella. Con la mano anterior el fijamos por delante los hombros del paciente, y con la otra mano, por detrás, imprimimos con el puño cerrado un baiven con compresión desde la ASI (articulación sacro iliaca), columna lumbar, charnela toraco lumbar, columna dorsal, charnela cérvico dorsal. Desde aquí cambiamos la mano de delante y la colocamos sobre la frente de la paciente (nuestra axila quedaba sobre el hombro de la paciente para fijar el tronco entre el brazo y nuestro tronco), y terminamos el quick scanning en la columna cervical con la mano posterior en pico de pato. Notamos mayor restricción de movimiento en dorsales medias y en ASI Izquierda.
- **Movilidad analítica D6- D8:** para testar de manera más específica movilidad del segmento hipomóvil y teniendo en cuenta el dolor de D7 a la palpación. Manteniendo a la paciente en la misma posición, cogimos sus codos por delante y palpamos las espinosas del segmento D6-D8 por detrás, para comprobar el juego articular, en flexión, extensión, lateralización derecha, izquierda y rotación derecha e izquierda. Confirmamos que D7 no se movía hacia la flexión, y realizaba con mayor dificultad las rotaciones y lateralizaciones.

➤ TEST DE EXPLORACIÓN CON LA PACIENTE EN DECÚBITO PRONO

- **Springin test:** para asegurarnos la localización de las hipomovibilidades, y confirmar lo que habíamos visto en sedestación, colocamos a la paciente en decúbito prono, y con la masa tenar e hipotenar de nuestra mano imprimimos presiones hacia el suelo contra las espinosas de las dorsales y lumbares, respetando la inclinación de las mismas con respecto a la vertical a la hora de aplicar la presión. La compresión se realizaba dejando caer el peso del cuerpo del fisioterapeuta, con los brazos extendidos con un movimiento de rebote articular.
- **Test de Mitchell:** para evaluar las posterioridades en columna dorsal media- baja y en columna lumbar. Palpamos con nuestras manos de forma bilateral las apófisis transversas con compresión/fricción y aprovechando para identificar las apófisis articulares dolorosas. No encontramos ninguna posterioridad unilateral. Sin embargo recordamos que la espinosa de D7 era dolorosa a la palpación y teníamos dificultad para palpar las transversas de D7, por lo que sabíamos estaba más hundida bilateralmente e hipomóvil. Sin perder las transversas de D7 bajo nuestros dedos, pedimos a la paciente que flexionara toda la columna colocándose en posición de Mahoma (sentada sobre los talones, con cabeza sobre la camilla y manos a los lados) → las transversas seguían sin aparecer. D7 en extensión bilateral.
- Test de exploración en decúbito supino
- **Test del nervio cubital:** Con la paciente en decúbito supino, al borde de la camilla. Nos colocamos del lado a valorar (el derecho) mirando a la cabeza de la paciente. Fijamos

la escápula con nuestro brazo interno (derecho), apoyando nuestro puño sobre la camilla, e hicimos un descenso del hombro de la paciente. A continuación apoyamos el codo de la paciente sobre nuestra cadera izquierda y pusimos nuestra mano izquierda contra la mano derecha de la paciente palma con palma y llevamos su codo a flexión y extensión de muñeca y dedos. Realizamos Abducción de hombro con nuestra cadera y aquí la paciente ya empezó a notar el dolor y hormigueo que le resultaba familiar. → test **positivo**. Compresión del n. cubital.

➤ TEST DE EXPLORACIÓN CON LA PACIENTE EN BIPEDESTACIÓN

- **Test de Mitchell en bipedestación en sacro:** Para testar la hipomovilidad que habíamos notado con el Quick Scanning, en sedestación. Con la paciente en bipedestación, nos colocamos detrás suyo y pusimos nuestros pulgares sobre las EIPS del paciente. Le pedimos flexión máxima de tronco con rodillas extendidas y seguimos el movimiento ascendente y anterior de las EIPS. Observamos que la EIPS izquierda asciendía antes y más que la derecha → la lesión estaba en el lado izquierdo.
- **Test de Mitchell en lateroflexión:** Tomando contacto con los pulgares sobre ambas articulaciones sacroiliacas, le pedimos a la paciente que realizara laeroflexión máxima a ambos lados, incluyendo el raquis cervical. Al hacer lateroflexión izquierda, la base sacra izquierda no se anteriorizaba y al hacer lateroflexión derecha no se posteriorizaba. → confirmamos hipomovilidad en ASI izquierda.
- **Realizamos test de Gillet:** Para averiguar si la lesión está en el sacro o en el iliaco. Para ello, colocamos a la paciente con los brazos apoyados en la pared, nuestros pulgares en sus EIPS y realizamos los siguientes pasos:

1. Le pedimos a la paciente que levantara la rodilla por encima de su cadera. Primero una y luego otra. La EIPS del lado izquierdo no descendía con el movimiento de elevación de la pierna. Pasamos los dos pulgares al lado izquierdo.

2. Colocamos los dedos en el lado izquierdo, uno sobre EIPS y el otro a la misma altura en el sacro. Al pedir la flexión de la pierna izquierda por encima de 90º, observamos que la EIPS continuaba sin descender. Al elevar la pierna derecha, el pulgar derecho sí descendía. → La disfunción se encontraba en el iliaco izquierdo.

3. Valoramos si el bloqueo estaba sobre brazo mayor o menor. Colocamos nuestro contacto un dedo por encima de la EIPS y en sacro a la altura de S1 (así valoramos el brazo menor), pedimos flexión de la pierna homolateral → no había movimiento. A continuación colocamos el contacto un dedo por debajo de la EIPS y en S3 (así valoramos el brazo mayor), aquí encontramos un poco de movimiento. → Disfunción iliaco posterior izquierdo.

4. DIAGNÓSTICO OSTEOPÁTICO

➤ Diagnóstico

Hipomovilidad charnela cervico torácica. Lesión en ERSd de D2 que provocaba la lesión adaptativa de D1 y con la consecuente posteriorización de la primera costilla y compresión del nervio cubital. Lesión en extensión de D7. Dolores de cabeza por disminución espacio en ARP derecho y activación puntos gatillo referidos de la musculatura del cuello. Reglas dolorosas por bloqueo ASI izquierda.

➤ Razonamiento clínico

Los signos de adormecimiento del borde cubital de la mano y quinto dedo de la mano derecha, nos hacían sospechar que la paciente presentaba una compresión del nervio cubital a lo largo de su recorrido. Los test, EDEN y WRIGTH, al darnos positivos, daban explicación a esta sintomatología.

Para buscar la causa de esa compresión, exploramos la movilidad de la charnela cervico torácica: se encontraba hipomóvil. Encontramos que D2 estaba en ERSd, y que D1, estaba en NSRd por lo que sospechamos de una lesión de adaptación de D1 con respecto a D2, o una lesión de D2 e independientemente una lesión adaptativa de D1 a una lesión primaria de costilla. Con los test de Gillet y Mitchell para primera costilla, vimos que la costilla seguía el movimiento de D1 y no al contrario, por lo tanto, D1, al estar inclinada hacia la izquierda y rotada hacia la derecha, era la que llevaba a la costilla va con ella hacia atrás y hacia arriba, provocando una disminución del espacio del desfiladero costo clavicular, y por lo tanto compresión del nervio cubital. Esta lesión de costilla, secundaria a la de D1, afectaba directamente a la posición de los escalenos y del subclavio, y más indirectamente al pectoral menor. Los puntos gatillo de los escalenos daban dolor referido a la cabeza y al cuello... y podían ser los causantes de la activación de puntos gatillo del trapecio, ECOM... que dan también dolores referidos a estas zonas.

Asimismo, la inervación del pectoral menor parte de C6 a T1, y al haber facilitación de este segmento, toda la musculatura inervada por esta zona se veía afectada. Así pues, pudimos encontrar el pectoral menor derecho doloroso e hipertónico, con la consecuente compresión del nervio cubital en desfiladero del pectoral menor. La posición de la paciente trabajando, con cierta rotación de cuello y de tronco, puede favorecer también la contractura del pectoral menor, escalenos, ECOM, tensión en el trapecio...

De C7 y C8, también sale la inervación para el músculo dorsal ancho, que relaciona D7, con ASI, por sus inserciones. Es un músculo que durante la jornada laboral de la paciente está estirándose todo el rato al mover el ratón, y además, su punto gatillo próximo a la axila, según Travell y Simons, puede dar dolor referido y adormecimiento a la cara interna del brazo, borde cubital de la mano, cuarto y quinto dedo. Las lesiones en D7 suelen ser causantes de activación de puntos gatillo del dorsal ancho. Por lo que también es otro músculo que nos dispusimos a valorar en este caso.

Relacionamos la posterioridad del iliaco izquierdo y la fijación de la articulación sacro iliaca izquierda como adaptación a la operación de hernia inguinal de la paciente y con los síntomas de las reglas dolorosas, por la relación del útero y ovarios con los iliacos y el sacro mediante ligamentos (visceral).

- Comenzamos el tratamiento realizando una dog thecniue para extensión bilateral para D7. Con la paciente al borde de la camilla, nosotros nos colocamos a su lado derecho, cruzamos sus brazos de manera que su brazo derecho cogiese la escápula izquierda por la axila y la mano izquierda quedase por encima de esta, sobre el hombro derecho de la paciente. Colocamos sus codos en la parte baja de nuestro esternón para posteriormente realizar el impulso desde ahí. Con nuestra mano izquierda arrastramos el tronco de la paciente hacia flexión, cogiéndola por la zona dorsal alta y haciendo un cambio de peso de nuestras piernas, (de la anterior a la posterior). Con la derecha localizamos la espinosa de D7 y nos colocamos una por debajo. Nuestra mano derecha: articulaciones interfalángicas dobladas y las metacarpofalángicas rectas, éstas al lado de la espinosa en el lado derecho, y la masa tenar e hipotenar abarcaban el lado izquierdo de la espinosa. Dejamos caer el cuerpo de la paciente hasta que nuestra mano derecha tocase la camilla. Le pedimos a la paciente inspiración. En tiempo espiratorio realizamos reducción del slack hacia la camilla y craneal y al final de la espiración realizamos un thrust aumentando estos parámetros, para sacar la espinosa de D7 hacia posterior, y desbloquearla.
- A continuación realizamos una dog thecniue para la ERSd de D2. En esta ocasión nos colocamos en el lado izquierdo de la paciente, le pedimos que se acercase al borde de la camilla y que cruzase los brazos como en la técnica anterior, pero esta vez el izquierdo por debajo del derecho. En esta ocasión cruzamos sus brazos un poco más, para abrir las escápulas y que no nos molestasen para tomar contacto sobre la vértebra. Nuestra mano posterior en esta ocasión quedaba plana, con el escafoides izquierdo contacto sobre la imbricación. Colocamos nuestro abdomen sobre los codos de la paciente y la otra mano en la cabeza para llevarla a flexión y lateralización izquierda para abrir la faceta articular derecha. Le pedimos a la paciente que cogiese aire, y al espirar reducimos el slack hacia la camilla y en dirección al hombro de la imbricación. El impulso lo dimos en esta dirección al final del tiempo espiratorio.

➤ DECÚBITO LATERAL DERECHO

- En decúbito lateral derecho, realizamos la técnica con kick para iliaco posterior izquierdo. Colocamos a la paciente con extensión del miembro inferior derecho y flexión del izquierdo, hasta el polo superior de la ASI. Teniendo en cuenta que la oblicuidad pélvica coincidiese con la de la cintura escapular. Con nuestra mano izquierda introducimos una traslación cefálica, sin rotación, para poner en tensión la musculatura lumbar y fijar las vértebras lumbares, y a continuación giramos a la paciente hacia nosotros controlando con la mano izquierda el hombro de la paciente. Al mismo tiempo, colocamos nuestra rodilla sobre la de la paciente, y tomamos contacto de la mano derecha sobre la EIPS de la paciente. Reducimos tissue pull y reducción del slack haciendo una pequeña rotación de la mano en sentido antihorario, de manera que nuestro antebrazo quedaba en rotación, y colocamos el codo perpendicular al brazo menor de la ASI. → Realizamos thrust hacia nosotros mientras abrimos ASI mediante el kick sobre la rodilla de la paciente.

➤ VALORAMOS

- Tras estas manipulaciones, volvimos a comprobar:

- Posición de las EIPS. Continuaba más baja la izquierda.
- La movilidad de la ASI izquierda, como hicimos en la valoración. Al hacer el test de Mitchell, la EIPS izquierda ahora no se desplazaba tanto hacia arriba como antes. En el test de Gillet, también ganó movilidad en el brazo corto.
- Altura de los occipitales. Seguía más alto el occipital izquierdo.
- Esclerotomas: D7, no duele. C7 y D1, duelen sólo un poco.
- Comprobamos D1 y D2. Se corrigieron las posterioridades. Valoramos movilidad pasiva de las vértebras y había mejorado. D2 ya se movía hacia la flexión, rotación y lateralización izquierda. D1 se movía bien en flexo extensión, rotación y lateralizaciones.
- Comprobamos movilidad primera costilla. Hicimos de nuevo el test de diagnóstico respiratorio y el test de Gillet. La costilla seguía teniendo dificultad para volver al sitio en la espiración (realizaremos trabajo de escalenos). En el test de Gillet para primera costilla, notamos como en esta ocasión la costilla sí se desplazaba hacia delante y hacia abajo.

➤ DECÚBITO SUPINO

Volvimos a pedirle a la paciente que se colocase en decúbito supino para continuar con el tratamiento, en esta ocasión pasamos a técnicas neuromusculares.

- **Técnica de inhibición de los suboccipitales:** Nos sentamos a la cabeza de la paciente, en una posición relajada, con la paciente colocada cerca del borde superior de la camilla. Cogimos su cabeza, estabilizando el occipital con las palmas de nuestras manos y arrastramos los dedos por el cuello desde caudal a craneal, hasta llegar a la inserción de la musculatura a nivel suboccipital. Colocamos nuestros dedos en posición vertical, realizando una presión sobre la musculatura suboccipital, y esperamos 6-7 minutos en silencio hasta que se relajó la musculatura. A la paciente se le dio instrucciones de que se relajase, dejase caer la cabeza y respirase tranquilamente.
- **Apertura ARPs:** Localizamos el ARP derecho, colocamos la mano derecha sobre el occipital derecho y la mano izquierda sobre la mastoide izquierda. Apoyamos nuestro hombro derecho sobre la frente de la paciente para controlar bien la cabeza, y realizamos unas 15 compresiones lentas, progresivas, contrariadas, para abrir el ARP. A continuación lo hicimos también con el otro lado. Al finalizar revaloramos la sensibilidad de los ARPs. El derecho que ya no dolía a la palpación.
- **Estiramiento fascia cervical delantera:** Nos mantuvimos en la misma posición, a la cabeza de la paciente. Colocamos nuestra mano derecha justo por debajo de la clavícula, haciendo un tissue pull hacia caudal. Con la mano izquierda, colocamos la cabeza de la paciente mirando hacia la izquierda y realizamos un pase superficial con nuestros dedos desde nuestra mano derecha hacia la mandíbula, de manera que el dedo índice nos quedaba sobre el ángulo mandibular y el tercer y cuarto dedo con un poco de separación en la mandíbula hacia el mentón. Buscamos en qué punto de la fascia había mayor tensión, y esperamos a que se relajase. Hacemos lo mismo en el otro lado.
- **Técnica neuromuscular para escalenos:** Lateralizando la cabeza de la paciente hacia la izquierda, realizamos (con la mano derecha) pases neuromusculares, en dirección

cráneo caudal para relajar los escalenos. La mano izquierda la colocamos a lo largo de la mandíbula de la paciente para contrarrestar el movimiento de nuestra mano derecha, y dar comodidad a la paciente. Los pases se dieron desde la zona suboccipital y desde la mastoides hacia la primera y segunda costilla, 3 pases neuromusculares sobre cada músculo escaleno, siguiendo la dirección de las fibras musculares. (La presión de estas técnicas debe ser agradable para la paciente, provocando un dolor agradable).

- **Técnica neuromuscular para ECOM, trapecio y musculatura suprahioidea.** Esta técnica se hizo con las 2 manos a la vez, bilateral y muy lenta. Al ritmo que requería la paciente para ir liberando las restricciones/tensiones. Iniciamos pases neuromusculares con una presión media desde el centro de la musculatura suprahioidea, y el borde del mentón por la parte inferior. Cuando llegamos al ángulo mandibular descendimos por la parte anterior del ECOM realizando presión sobre él. Al llegar a la clavícula, continuamos sobre ella hacia los hombros, y desde los hombros volvimos siguiendo el trapecio hasta la parte posterior de la mastoides. Bordeamos la mastoides y nos dirigimos otra vez hacia el mentón, donde volvimos a comenzar la técnica. La realizamos 3 veces.
- **Técnica neuromuscular para trapecios y paravertebrales:** En esta misma posición, con la mano izquierda cogimos el occipital de la paciente. Introducimos la mano derecha por debajo de la espalda de la misma hasta la parte de bajo de las escápulas. Aquí levantamos los dedos, al lado de las espinosas, haciendo presión sobre la musculatura paravertebral. Pedimos a la paciente que se dejase caer, y así con su propio peso, empezamos a ascender desde caudal a craneal la mano de la espalda, deteniéndonos en los puntos con mayor tensión y dolor para inhibirlos. Continuamos el ascenso hasta c6-c7. Hicimos pases hasta que conseguimos la relajación de la musculatura deseada. Realizamos la técnica bilateralmente.
- **Stretching pectoral menor:** De pie, a la cabeza del paciente. Fijamos con mano izquierda sobre 3ª, 4ª y 5ª costilla, y con la mano derecha llevamos el brazo derecho a ABD 90ª y rotación externa. Mantuvimos la posición 10 segundos, le pedimos a la paciente que hiciese un poco de fuerza con la mano hacia el techo (en rotación interna), durante 5 segundos, y aumentamos el estiramiento, repetimos 3 veces, y volvimos a la posición de reposo de manera activa.
- **Técnica de movilización neurodinámica Nervio Cubital:** Paciente en supino. Le enseñamos a realizar una inclinación lateral izquierda de cabeza, y le explicamos que íbamos a hacer un ejercicio. Le explicamos que la colocaríamos en una posición, y que cuando nosotros le indicásemos tendría que hacer ese movimiento. Nos colocamos al lado derecho de la paciente. Colocamos ligera abducción de hombro y flexión de codo y realizamos depresión escapular fijando nuestra mano derecha contra la camilla. El codo de la paciente lo apoyamos contra nuestra pelvis. Colocamos nuestra mano abierta palma-contrapalma con la de la paciente, realizando una extensión de muñeca y dedos. Pronamos su antebrazo y realizamos máxima flexión de codo, a continuación incluimos el parámetro de rotación externa humeral y ABD de hombro desde nuestra pelvis. Al introducir este último parámetro, como ya había tensión neural, cedimos un poco en la extensión de muñeca para relajar esta tensión. Aquí realizamos el ejercicio: le pedimos a la paciente que inclinase la cabeza hacia la izquierda mientras nosotros

relajábamos la extensión de muñeca y flexión de dedo, y cuando volvía a la posición neutra, ganábamos otra vez en estos parámetros. Poco a poco los síntomas neurológicos disminuían. Realizamos el ejercicio durante 5 minutos.

➤ DECÚBITO PRONO

- **Tratamiento puntos gatillo trapecio derecho por compresión isquémica:** Localizamos una banda tensa sobre trapecio inferior con el punto gatillo 3 (Travell y Simons) miofascial activo en el lado derecho, que daba dolor referido a la zona interescapular y dorsal alta. Con el punto localizado, le pedimos al paciente que nos indicase cuándo comenzase a sentir dolor y empezamos a presionar suavemente. Al indicárnoslo, mantuvimos esa presión hasta que el dolor desapareció. Entonces volvimos a presionar suavemente dándole la misma indicación a la paciente. Repetimos la operación 4 veces, hasta que se desactivó el punto gatillo y ya no provocaba mayor dolor a la presión.

Realizamos la misma operación con un punto gatillo 2 (Travell y Simons) que daba dolor referido a la parte posterior del cuello y la nuca.

- **Masaje espalda:** Se realizaron 10 minutos de masaje de espalda sobre trapecio, angular, supraespinoso, infraespinoso, romboides, redondos, dorsal ancho, paravertebrales, cuadrado lumbar...

➤ Revaloración

Tras el tratamiento volvimos a valorar la movilidad de la costilla en inspiración-espирación, y esta vez en espiración la costilla sí volvía con normalidad al sitio.

Valoramos también la altura de los occipitales, que se había normalizado.

Se le recomienda que sitúe la pantalla del ordenador lo más centrada posible, así como que realice ejercicios de movilización de cuello, hombros, brazos... y estiramientos de trapecio, pectoral mayor y menor cada hora durante la jornada laboral.

6. EVOLUCIÓN

En este trabajo he desarrollado la valoración y tratamiento de la primera consulta de una paciente. Tras el tratamiento, esperamos haber liberado la charnela cervico torácica para aliviar la tensión muscular y el dolor provocado como consecuencia de su hipomovilidad, así como el aliviar los síntomas distales de compresión del nervio cubital.

En 2 o 3 días, tras la adaptación a todo el tratamiento realizado la paciente debería haber notado mejoría en cuanto a la disminución del dolor de cuello y espalda. En 5-6 mejoría en la percepción de sensibilidad y temperatura del quinto dedo de la mano derecha. A plazo más largo, deberíamos observar también si las reglas continúan siendo dolorosas de vez en cuando, y si continúa teniendo dolores de cabeza ocasionales.