


11A 5616 15

TFM 333

Deposito
mp

CASO CLINICO

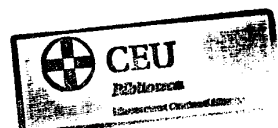
	CEU Universidad de Valencia Escuela de Fisioterapia y Podología
Registro	
Nº de	TFM 333
Entrada en	4 de oct. de 2012

David Rodríguez Cámara

MASTER TERAPIA MANUAL OSTEOPATICA

INDICE

- 1- PRESENTACION DEL CASO:
- 2- ANAMNESIS
- 3- EXPLORACIÓN
- 4- RESUMEN DE LO OBSERVADO
- 5- PRUEBAS DE VALORACIÓN
- 6- DIAGNOSTICO OSTEOPATICO
- 7- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN



1- PRESENTACION DEL CASO:

39 años, varón, corredor de distancias largas que tras dos años con dolor en la región púbica (inserción proximal de los aductores) actualmente también refiere dolor en la región próxima al ligamento inguinal y a lo largo de la cresta iliaca desde EIAS hasta la EIPS. Empeora con la actividad física.

2- ANAMNESIS

- a- ¿Cuál es el motivo de la consulta? : El paciente con la intención de poder describir su problema se palpa en la cara interna-posterior del muslo próximo al pubis e isquión, y recorre con la mano desde esta zona hasta la EIPS, bordeando toda la cresta iliaca. Y me comenta que a veces siente dolor en forma de pinchazos en el ano.(en muy pocas ocasiones). Es decir su problema principal es el dolor, no describe ningún tipo de limitación del movimiento, impotencia funcional o falta de fuerza .
- b- ¿Desde cuándo sientes los dolores que describes? Desde hace dos años.
- c- Con que relacionas tus síntomas : Los dolores comenzaron con la preparación de la maratón,
- d- ¿Tus molestias han sido siempre igual? comenzaron con pequeñas molestias en la cara interna y posterior del muslo próxima al pubis e isquión.

El paciente explica que el dolor al principio se manifestaba después de hacer un entrenamiento largo, al enfriarse. Pero que al día siguiente no le dolía y le permitía entrenar de nuevo. Con el tiempo el dolor lo tenía también al comenzar los entrenamientos, pero al calentar desaparecía, hasta que llego un momento que le dolía siempre, al levantarse de la

cama por las mañanas, al entrar y salir del coche, todo lo que implicara separar o aproximar la pierna del eje sagital le causaba dolores. Después decidió parar toda actividad física y aunque el dolor de la cara interna del muslo se atenuó, empezaron a aparecer otros dolores que los describe como dolores que le subían por la ingle y le cogían la región glútea próxima a la cresta iliaca. En definitiva su dolor actual.

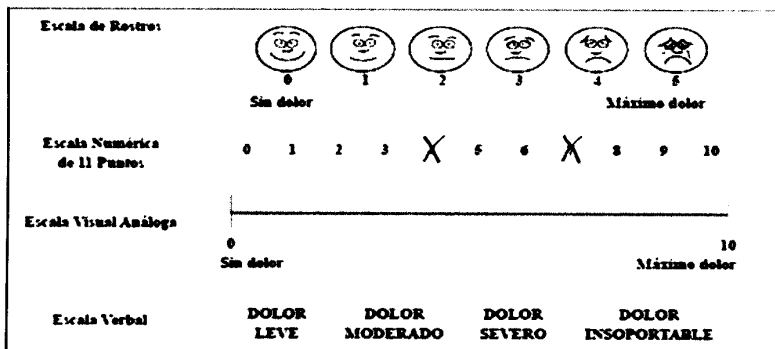
e- Descripción del dolor: la mayor parte del tiempo no es un dolor demasiado intenso, aunque a veces sí, y cuando es intenso, se presenta como un dolor quemante. El resto del tiempo es un dolor constante, sordo, que va variando de intensidad en función de la actividad a la que somete a la zona, cuanto más actividad más intensidad del dolor.

f- Escala análoga visual

El paciente prefiere marcar sus dos dolores en la tabla.

El dolor constante lo percibe como un dolor moderado de valor 4, y el dolor intenso quemante lo percibe como un dolor severo de valor 7.

Figura 1. Escalas para valoración de la intensidad del dolor



g- Profesión: Técnico de fotocopadoras. Nos comenta que no cree que su profesión le haya afectado para iniciar su lesión, pero que ahora q ya está lesionado los días de más trabajo sí que se siente más molesto.

h- Informe medico : Descartada hernia inguinal.

El paciente aporta informe de Resonancia Magnética y de TAC pero no aporta imágenes:

RM:

Nº Historial: 932982
 Nº Episodio: 4208161
 Sexo: M
 Fecha Nacimiento: 12/02/1973

PRUEBA	FECHA	PROCEDENCIA	CAMA	DATOS CLÍNICOS
RM PELVIS ÓSEA	25/07/2011	ERESA	-	Dolor de larga evolución ingle. Punto de máximo dolor en borde superior rama púbrica izquierda

HALLAZGOS

Sútiles cambios de infiltración grasa, esclerosis y pequeñas picos osteofitarios a nivel de la sínfisis del pubis (de predominio izquierdo) que asocia a discreto edema medula ósea en rama iliopúbica izquierda adyacente, hallazgos que en principio podrían estar en relación a cambios de osteítis púbrica. en el caso la clínica no mejora con tratamiento oportuno se recomienda estudio de TAC para un mejor despistaje de lesión ósea no visible con esta técnica. Articulaciones coxofemorales, sacroiliacas y partes blandas adyacentes de características normales. No se aprecian anomalías a nivel de conductos inguinales ni otros hallazgos de interés en el resto del estudio.

. Informe de TAC:

Nº Episodio: 4415126
 Sexo: M
 Fecha Nacimiento: 12/02/1973

PRUEBA	FECHA	PROCEDENCIA	CAMA	DATOS CLÍNICOS
TC PELVIS	16/11/2011	ERESA	-	

HALLAZGOS

Información clínica: Dolor el lado izquierdo de pelvis hace dos años. RM sugestiva de osteítis del pubis. Hallazgos: Erosiones articulares y esclerosis subcondral en la vertiente izquierda de la sínfisis del pubis. sin apreciar geodas así como signos de subluxación ni ensanchamiento significativo del espacio articular.



- i- Tratamiento médico: Antiinflamatorio y reposo durante 15 días.
- j- Otros tratamientos fisioterápicos: los tratamientos han consistido en ultrasonidos, electroterapia y ejercicios de abdominales.

3- EXPLORACIÓN

a- Inspección de la piel: El paciente no presenta alteraciones significativas en la piel, como cicatrices, zonas con más vello, cambios de color, varices, etc.

b- Análisis postural estático:

b1- bipedestación:

- Paciente de complejión atlética y a simple vista ninguna descompensación muscular apreciable.
- Hombro izquierdo ligeramente más alto con respecto al derecho.
- Tuberosidad tibial izquierda alta
- EIAS, EIPS y borde superior de la cresta iliaca izquierda, más alto respecto al derecho.
- Las curvas raquídeas muy pronunciadas
- Miembro inferior izquierdo en rotación interna. No parece haber compensaciones en rodilla ni tobillo.



b2- Sedestación:

En sedestación podemos decir que observamos lo mismo que en bipedestación aunque es muy importante remarcar que:

- EIPS izquierda más baja con respecto a la derecha.
- Maléolo tibial izquierdo más bajo.

b3- Supino y prono:

- La rotación interna del miembro inferior izquierdo se mantiene.

C- Valoración dinámica:

Movilidad activa

- En flexión sagital observamos aplanamiento en la zona lumbar y charnela toraco-lumbar. Y ligera gibosidad en la región lumbar e iliaca izquierda no compensada en el lado derecho dorsal.
- En las latero-flexion derecha observamos una zona de quiebre en la charnela toraco-lumbar.

Movilidad pasiva

Quick Scanning: se aprecia rigidez en la charnela Toraco-Lumbar,

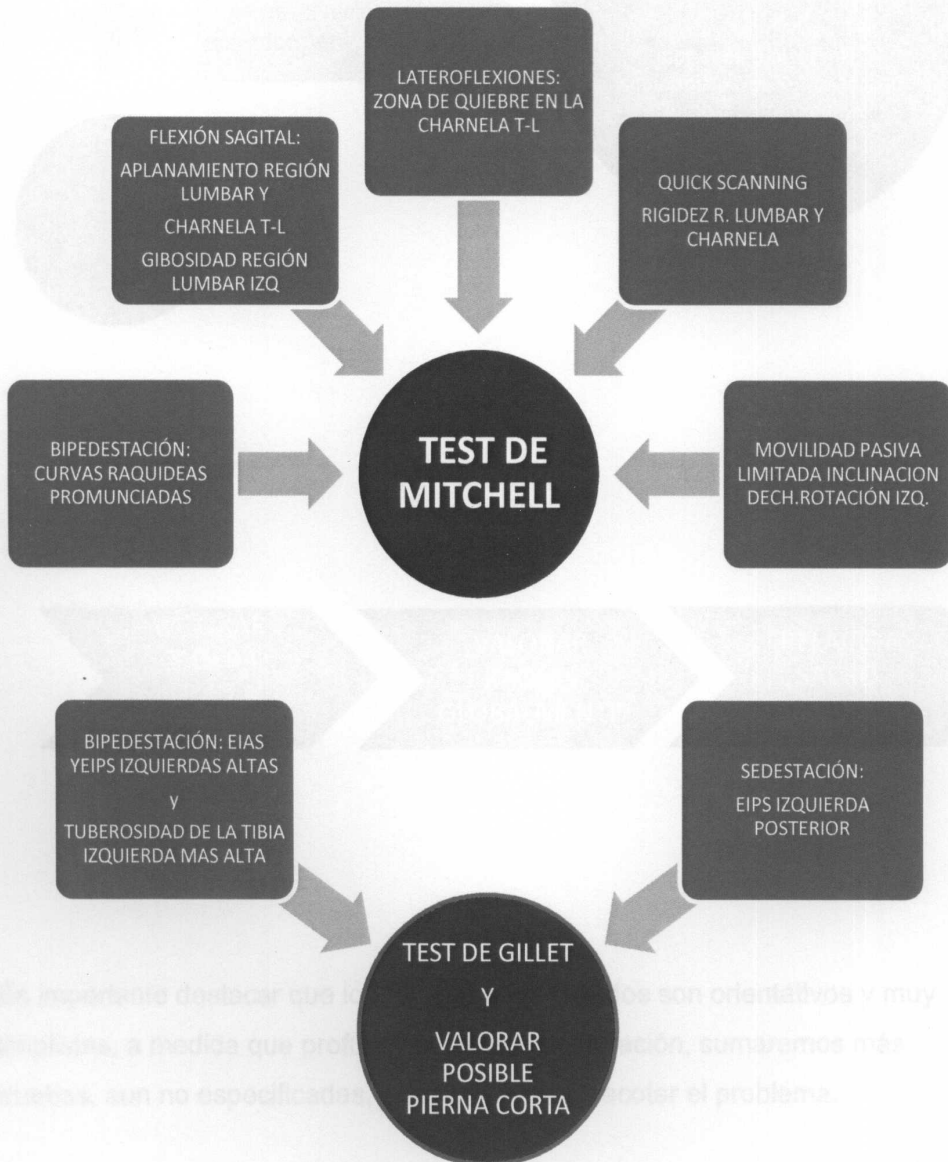
En las lateralizaciones y rotaciones observamos un cierta limitación en la región lumbar, Cuando realizamos inclinación derecha y rotación izquierda.

Valoración de la marcha

Lo único que llama la atención es que en la marcha el miembro inferior izquierdo sigue apreciándose la ligera rotación interna.

4- RESUMEN DE LO OBSERVADO

El objetivo de esta apartado es establecer una estrategia de valoración "básica" en función de lo ya observado anteriormente.



DOLOR:
CARA INTERNO -
POSTERIOR
MUSLO, REGION
PUBO-INGUINAL Y
GLUTEA



observaciones
anteriormente descritas

ROTACIÓN
INTERNA DE
MIEMBRO
INFERIOR

PALPACIÓN Y/O
EXAMEN
NEUROLOGICO(DERMATOMA,
MIOTOMA,ESCLEROTOMA):
Aductores, cuadriceps, TFL y
gluteo medio(rot int),
isquiotibiales, psoas, cuadrado
lumbar , piramidal y
diafragma.

VALORAR
CADERA
RODILLA,
TOBILLO,

VALORAR
RAQUIS
GLOBALMENTE

RELACIÓN
SACRO-
OCCIPITAL

Es importante destacar que los esquemas mostrados son orientativos y muy simplistas, a medida que profundicemos en la valoración, sumaremos más pruebas, aun no especificadas, que nos permitan acotar el problema.

5- PRUEBAS DE VALORACIÓN

5.1 RAQUIS

a- Evaluación de los esclerotomas sobre las apófisis espinosas:

- DOLOROSAS L3, L1, T12, T6, C3, C4.

b- Test de Mitchell

- T12 ERSd.

- L1-L4 NSiRd.

- T6 Extensión bilateral derecha.

- C3 FRSD.

5.2 ART. SACRO-ILIACA

a- Test de pulgares ascendentes(Eips):

- Positivo en el lado derecho

b- Test d Gillet:

- Disfunción derecha.

- Disfunción ilio-sacra.

- Brazo mayor menos móvil.

c- Test de Dowling:

- Iliaco derecho anterior.

d- Test pulgares ascendentes sedestación (sacro):

- positivo en el lado derecho.

e- Test de movilidad sacra en cuatro puntos + Test respiratorio de Sutherland
+ sulcus profundo derecho y AIL derecho bajo y posterior.

- Sacro en Extensión Unilateral derecha

5.3 SINFISIS PÚBICA

Dolor a la palpación tanto en la inserción de los aductores como en la inserción del recto anterior del abdomen.

a- Exploración ramas púbicas en bipedestación (apoyos monopodales y bipodales) y supino.

- Rama púbica derecha descendida.

5.4 MIEMBRO INFERIOR

a- Tests valoración miembro inferior corto.

- Observación bipedestación EIAS Y EIPS izquierda altas.,

- Maléolo tibial izquierdo más bajo en sedestación.

- Test de comparación de maléolos tibiales en supino : maléolo izquierdo mas distal.

- Test de rodillas flexionadas en supino : rodilla izquierda más alta.

POR TANTO:

- Miembro inferior derecho corto.

b- Test de valoración movilidad de la cadera.

Junto con lo observado anteriormente (R.I miembro inferior izquierdo en bipedestación , supino y prono) Y:

- Test de Patrick y Fabere indica acortamiento de aductores, no patología S.I ni artrósica coxofemoral.
- La movilidad limitada hacia la rotación externa con un tope blando.
- Test de la movilidad antero-posterior del trocánter mayor indica poca movilidad hacia posterior.
- Comparando el tono y elasticidad del Glúteo medio, menor y del Tensor de la fáschia lata. Observamos que estos músculos del miembro inferior izquierdo tienen mayor tono que los del lado derecho.
- los músculos aductores por su inserción posterior en el fémur, tienen una función secundaria rotadora externa, pero a pesar de esto podemos afirmar:

-Disfunción de rotación interna de cadera.

c- Rodilla y Tobillo.

Sin hallazgos .

5.6 EXAMEN NEUROLOGICO.

Con el fin de hacer una valoración lo más completa posible se han estudiado en profundidad, los dermatomas, miotomas y esclerotomas de todos los segmentos medulares que en apartados anteriores presentaban disfunción y como consecuencia una posible facilitación.

Hallazgos:

a- Dermatomas.

El pinzado rodado en la región inguinal, abdominal inferior y próximo al borde de la cresta iliaca en glúteo medio-menor, resulta doloroso. Lo cual corresponde a los **dermatomas de T12, L1, L2, L3.**

b- Miotoma.

- **Musculatura paravertebral lumbar derecho** muy tensa presenta cordones fibrosos.

- **Ambos Cuadrados lumbares(T12-L2)** están muy tensos y su palpación es dolorosa el lado izquierdo presenta dolor referido muy tenue en la región glútea.

- **Psoas-iliaco izquierdo acortado(L1-L3) .**

- **Musculo Gracil, aductor Mayor(N. crural) y semimenbranoso-tendinoso(plexo sacro)** muy acortados, palpación muy dolorosa y presencia de bandas tensas.

- **Hemidiafragma derecho (N.frenico C3-C4)** menos móvil.

- **Musculo piramidal derecho (plexo sacro)** acortado, dolor a la palpación en ambos.

- **Musculos glúteo medio menor y TFL izquierdos(plexo sacro)** acortados respecto a los contralaterales y con presencia de bandas tensas.

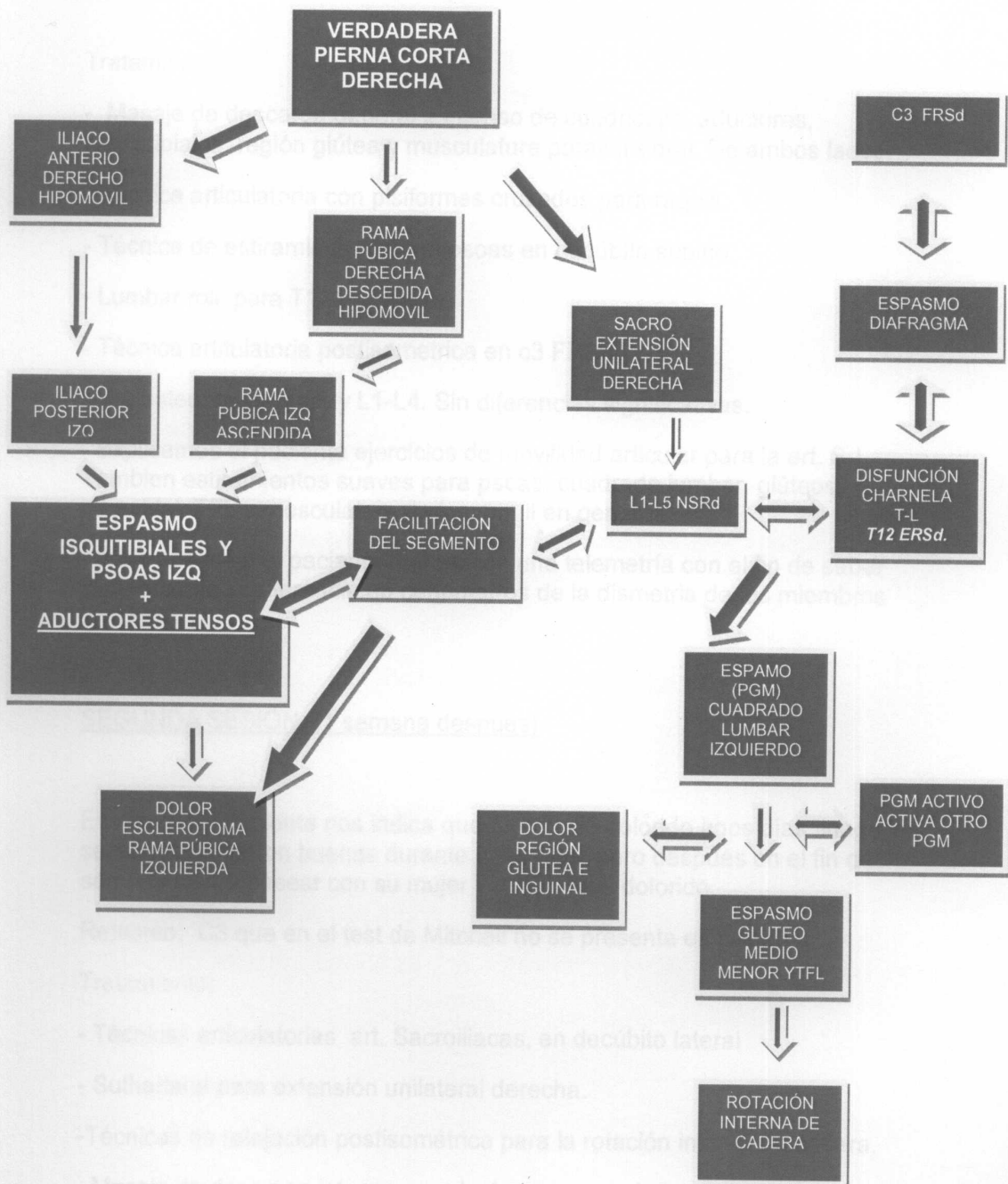
c- Esclerotoma

- **Rama púbica izquierda hiperalgica.**

- **ART. SACRO-ILIACA izquierda.**

6- DIAGNOSTICO OSTEOPATICO

PRIMERA SESION



- Técnicas articulares art. Sacroilíacas, en decúbito lateral
- Suporte para extensión unilateral derecha
- Técnicas de relajación postisométrica para la rotación interna
- Masaje de descarga intenso en aductor mayor, grácil, semitendinoso y tendinoso del miembro inferior izquierdo, glúteo medio, menor y TFL
- Técnicas de relajación coactiva para el psoas e isquiotibiales con el fin de reducir el espasmo.

7- TRATAMIENTO Y EVOLUCIÓN

PRIMERA SESIÓN:

Tratamiento:

- Masaje de descarga general e intenso de cuádriceps, aductores, isquiotibiales, región glútea y musculatura paravertebral. De ambos lados.
- Técnica articularia con pisiformes cruzados para raquis.
- Técnica de estiramiento para el psoas en decúbito supino.
- Lumbar roll para T12 en ERSd.
- Técnica articularia postisométrica en c3 FRSd.
- Retesteo: diafragma, y L1-L4. Sin diferencias significativas.
- Explicamos al paciente ejercicios de movilidad articular para la art. S-I. También estiramientos suaves para psoas, cuadrado lumbar, glúteos, piramidal, TFL y musculatura de los mm.ii en general.
- Se le aconseja al paciente que realice una telemetría con el fin de saber exactamente la diferencia en centímetros de la dismetría de los miembros inferiores.

SEGUNDA SESIÓN: (1 semana después)

Evolución: el paciente nos indica que ha estado dolorido unos días, luego las sensaciones fueron buenas durante unos días, pero después en el fin de semana se fue pasear con su mujer y acabo muy dolorido.

Retesteo: C3 que en el test de Mitchell no se presenta en flexión

Tratamiento:

- Técnicas articulatorias art. Sacroiliacas, en decúbito lateral
- Sutherland para extensión unilateral derecha.
- Técnicas de relajación postisométrica para la rotación interna de cadera.
- Masaje de descarga intenso en aductor mayor, grácil, semimembranoso y tendinoso del miembro inferior izquierdo, glúteo medio, menor y TFL.
- Técnicas de relajación postisométrica para el psoas e isquiotibiales con el fin de reducir el espamo.

- Técnica semidirecta en posición de lumbar roll para extensión unilateral derecha.
- Técnica de trust para iliaco anterior con kick.
- Técnica de shoot gun para pubis.
- . Dog técnica para T12.
- Decidimos tratar L3 (ápex de la NSR) al observar que tratando solo T12 no ha habido cambios.
- Técnicas de estiramiento del diafragma en decúbito supino y de inhibición del centro frénico.
- Técnicas de inhibición de del cuadrado lumbar izquierdo.

Retesteo: mejor la movilidad de la art. Sacroiliaca, y el diafragma esta mas liberado.

TERCERA SESIÓN(1 semana despues).

Evolución: El paciente siente una mejoría considerable, dice que los estiramientos y la movilidad le sientan bien y aunque se carga un poco en el trabajo después de hacerlos se siente mucho mejor.

Retesteo: El diafragma ya no parece presentar alteraciones, la art sacroiliaca sigue bloqueada y el cuadrado lumbar mantiene el espasmo.

Tratamiento:

- Técnicas de inhibición y de estiramiento para el cuadrado lumbar en decúbito lateral , piramidal en prono e isquiotibiales en supino.
- Punción seca en PGM del gracil y cyriax próximo a la inserción del pubis.
- Punción seca en PGM de glúteo, medio menor y TFL.
- Trust en sacro, iliaco, T12, L3 Y shoot gun para pubis.

Como el paciente esta dolorido con las punciones no retestamos.

CUARTA SESIÓN(1 SEMANA DESPUES)

Evolución: primeros días muy dolorido, pero el día de hoy es el mejor en mucho tiempo. No le ha dolido nada en todo el día, a pesar de esto piensa que no podría ponerse a correr aun. Al paciente no le viene bien hacerse la telemetría y viendo la evolución de momento no se la va ha hacer. Esta trabajando



mucho la movilidad y los estiramientos piensa que le van muy bien y lo compara con el inicio de una rutina de ejercicios.

Retesteo: La art sacroiliaca derecha a mejorado su movilidad aunque seguimos teniendo las estructuras en las posiciones anteriormente descritas, probablemente por la disimetría del miembro inferior. La musculatura en general tiene un tono menos patógeno, aunque seguimos teniendo el esclerotoma dolorido de la sínfisis pubica. La rotación interna permanece, pero el tope muscular al valorarlo es mas elástico.

Tratamiento:

- Inhibición y estiramiento del cuadrado lumbar.
- Punción seca en isquiotibiales.
- cyriax próxima a la inserción del grácil en el púbis.
- Técnicas fasciales en la región abdomino.inguinal.
- Se le explica al paciente que el motivo de su mejora es debido a un aumento de la movilidad de las estructuras que padecían hipomovibilidades, a la desactivación de los puntos gatillo como el del cuadrado lumbar, firme candidato a ser el causante del dolor en glúteos y región inguinal. Pero que su vuelta a la actividad deportiva después de dos años de lesión pasa por un gran esfuerzo por su parte, ya que sus tejidos lesionados que describe la RM y TAC y los tejidos blandos adyacentes que sufren tendinosis, aunque actualmente no duelan siguen alterados y cualquier actividad física intensa le reproducirá su dolor.

Para cambiar esto es necesario el ejercicio pautado, progresivo y sobre todo de origen excéntrico ya que ayuda a mejorar la calidad de los tejidos reorientando las fibras.

Empezara caminado dos días a la semana y se le explican ejercicios excéntricos de aductores e isquiotibiales. También isométricos de abdominales e hipopresivos.

Se le dice que no empiece hasta que no le desaparezca el dolor del tratamiento y se le cita para dos semanas.

SIGUIENTES SESIONES.

Ya no tuve la oportunidad de coincidir con el paciente pero me informan que la progresión es buena pero lenta, a las tres semanas de hacer excéntricos se confió, puso mucho peso y le empezó a doler el pubis de nuevo, se tuvo que para, volver otra vez a empezar de cero. Y ahora ya camina 1 hora a buen ritmo y está casi asintomático.