

Terapia Manual en el Tortícolis Muscular Adquirida: Caso Clínico.

Manual therapy in acquired muscular torticollis: Case report.

▲▲▲

Mery Victoria Bravo Castillo.

Diplomada en Fisioterapia. Colegiada nº 1160 Murcia.

▼▼▼

Correspondencia: Mery Victoria Bravo Castillo.

C/ Calle Victoria, 32, Los Alcázares

CP: 30-710, Murcia

E-mail: vicky_3984yahoo.es

Recibido: 08 de febrero 2008-Aceptado: 10 de febrero 2008

Rev fisioter (Guadalupe). 2008; 7 (2): 25-32

▲▲▲

Resumen

En el presente texto se expone un caso clínico de una mujer de 34 años de edad que acudió a la consulta a los tres siguientes del que se despertó con dolor y molestias en lado izquierdo del cuello además de presentar una limitación hacia la inclinación derecha y rotación izquierda e imposibilitando. Así como también la aplicación práctica de una evaluación completa y el tratamiento manual en un este tipo de patologías.

Para su realización, se realizó una revisión bibliográfica en la base de datos de Medline a través del sistema de Pubmed y de la revista electrónica Doyma.

Así como también en las bibliotecas y hemerotecas de la Universidad San Antonio de Murcia, Universidad de Murcia y del Ilustre Colegio de Fisioterapeutas de Murcia. Además, se revisó la bibliografía correspondiente a los artículos seleccionados.

Una paciente de 34 años de edad con diagnóstico médico de tortícolis muscular. Se realizó una evaluación completa con ficha de exploración y tratamiento con diferentes técnicas de terapia manual durante cuatro semanas y cinco sesiones.

El tiempo de tratamiento fue de cinco sesiones, encontrando mejorías apreciables a partir de la segunda sesión y una recuperación completa en la quinta sesión en cuanto al dolor y a la movilidad.

Cabe destacar la importancia a la hora de realizar una exploración completa del paciente teniendo en cuenta todas las estructuras que pueden estar implicadas.

Después de los resultados obtenidos tras el tratamiento de este tipo de lesiones, se puede concluir que con maniobras osteopáticas se puede mejorar las alteraciones producidas en este tipo de patologías.

PALABRAS CLAVES

Terapia manual, tortícolis muscular, manipulación.

Abstract

In this article it is shown case about a woman of 35 years old. She goes to consultation three days to sleep with pain discomfort in left side of the neck and limitation in right inclination and left rotation. As also practical application of a complete evaluation and manual treatment in pathologies type.

It has been carried out a bibliographical in the one which information of the database MEDLINE has been obtained in the platform PUBMED. As search in the libraries of the University San Antonio Murcia, University Murcia. In addition, the bibliography corresponding to selected articles was reviewed.

A 35 years old patient with muscular torticollis medical diagnosis. Evaluation completes with card exploration and treatment with different modalities of manual therapy for four weeks in five meetings.

The time of rehabilitation was of five sessions. The patient found very significant both pain and mobility.

Relevant importance to realize a complete exploration of the patient bearing in mind all the structures that can be implied.

Watching the results after the treatment of these injuries, it is possible to conclude that the manual therapy can to solve these pathologies.

Key words

Manual therapy, muscular torticollis, manipulation.

Introducción

El tortícolis muscular es “una postura asimétrica del cuello acompañada de dolor, que se agrava al intentar corregir la deformidad protectora” (1, 2, 3).

El nombre tortícolis proviene del latín *tortus collum* = cuello torcido, que significa inclinación o actitud viciosa de la cabeza y del cuello, los músculos del cuello se contraen involuntariamente ocasionando que la cabeza se incline hacia un lado y la barbilla apunte al lado opuesto y, en algunos casos, uno de los hombros puede levantarse (2, 4).

En el tortícolis muscular podemos diferenciar tres tipos:

1.- Tortícolis muscular congénito (TMC), es una afección que se da en el recién nacido y que consiste en una retracción o actitud de acortamiento del músculo esternocleidomastoideo, lo cual provoca una posición anómala en el niño consistente en mantener de forma continua la columna cervical en inclinación lateral hacia el lado afectado y rotación hacia el lado contrario.

Sobre la etiología la mayoría de los autores hablan de distintos factores etiológicos como la mala postura uterina, un posible traumatismo obstétrico, una isquemia en el músculo o una alteración vascular.

2.- Tortícolis muscular idiopática.

3.- Tortícolis muscular adquirido: el tortícolis, como trastorno, es una entidad especial de la columna cervical y puede tener muchas causas.

La primera de ellas es cuando se ha producido un movimiento repentino y el paciente es incapaz de volver la cabeza a la posición original mirando hacia delante, este trastorno a menudo se le puede llamar “articulación bloqueada” (1).

Un tortícolis también puede ser producido por un movimiento repentino que provoca una distensión de las estructuras de la columna, sin embargo con este tipo de tortícolis, el paciente puede volver la cabeza a la posición normal inicial.

Una tercera forma de tortícolis ocurre cuando el paciente se despierta con la cabeza atascada a un lado.

El tortícolis agudo con espasmo muscular cervical masivo hace que la movilidad sea dolorosa y limitada (5).

La diferencia importante de este trastorno y una articulación bloqueada es que el paciente se despierta con dicho problema, en comparación con una articulación bloqueada que despierta al paciente cuando aparece (1, 5).

Los factores de riesgo en este tipo de trastorno son importantes, así se debe de tener en cuenta:

Sexo: predominante en el sexo femenino.

Edad: recién nacidos y niños menores de 10 años.

Edad: adulto entre 30 y 60 años.

Tener familiares con tortícolis o patologías similares.

El músculo principal, responsable de este tipo de enfermedad es el esternocleidomastoideo.

El esternocleidomastoideo es un músculo de grandes dimensiones, siendo de gran importancia su función en la región cervical (6).

Se origina a través de dos tendones; del mango del

esternón y del extremo esternal de la clavícula, se inserta en la apófisis mastoides del hueso temporal y parte adyacente del hueso occipital (4, 6, 7).

Su inervación corre a cargo del nervio espinal y plexo cervical.

Su función consiste en rotar la cabeza hacia el lado contrario del músculo que se contrae, inclinación hacia el mismo lado y flexión dorsal y además eleva la clavícula y el tórax, pues ya que actúa como músculo inspirador auxiliar.

Entre todos los músculos del cuello, el músculo esternocleidomastoideo es el que más interviene en la configuración del cuello. Su prominencia se manifiesta especialmente cuando rotamos la cabeza contra resistencia hacia el lado contrario o la inclinamos hacia el mismo lado (2).

El caso que se presenta a continuación se trata una mujer de 34 años de edad, con una talla de 1.60 cm, y un peso de 60kg. De profesión peluquera. Acudió a la consulta a los tres siguientes del que se despertó con dolor y molestias en lado izquierdo del cuello además de presentar una limitación hacia la inclinación derecha y rotación izquierda e imposibilitando de esta forma llevar al cuello a la posición anatómica normal. El mismo día en el que se levanto aquejada por las molestias fue al médico, diagnosticándole éste tortícolis muscular postural. Durante este tiempo estuvo en reposo y con tratamiento médico que consistía en AINES y relajante muscular, la paciente manifestaba su alivio en cuanto al dolor con la toma de medicamentos, pero seguía imposibilitada a la hora de conducir, de trabajar, de llevar a cabo sus actividades de la vida diaria, ya que éstos disminuían su capacidad de concentración y la posición anatómica del cuello seguía siendo la incorrecta, ya que no podía poner el cuello recto porque los síntomas empeoraban.

En el caso de esta paciente tuvo lugar la realización de una historia clínica basada en la anamnesis, inspección-palpación, y realización de test y pruebas de valoración. Y en segundo lugar la aplicación del tratamiento propuesto y la obtención de resultados.

El tratamiento en este caso será un tratamiento global de la columna cervical intentando de este modo buscar y solucionar el origen del dolor del paciente.

Objetivos

1. Realizar un estudio bibliográfico de las técnicas empleadas.
2. Valorar los resultados obtenidos después de un tratamiento osteopático.
3. Demostrar la importancia de la terapia manual en el tortícolis muscular.

Materiales y Métodos

Para conseguir una base teórica fue necesario una búsqueda bibliográfica en las bibliotecas y hemerotecas de la Universidad San Antonio de Murcia, Universidad de Murcia y en la biblioteca DEL Colegio Oficial de Fisioterapeutas de la Región de Murcia, así como también en las bases de datos Medline a través del sistema PubMed (Tabla 1) y revistas electrónicas Doyma (Tabla 2).

Medline (Pubmed)	Resultados	Artículos Revisados	Artículos Utilizados
Manual therapy AND Torticollis	782	92	12
Manipulations AND Torticollis	6	6	5

Tabla 1. Resultados de búsqueda a través de Medline.

Doyma	Resultados	Artículos Utilizados
Torticollis muscular AND terapia manual	7	5
Torticollis muscular AND manipulación	11	7

Tabla 2. Resultados de búsqueda a través de la revista electrónica Doyma.

Las búsquedas que se han realizado mediante la base de datos Pubmed (MeSH database) son:

1.- Utilizando como palabras: “Manual therapy AND Torticollis”. Se obtuvo como resultado de la búsqueda 782 artículos de los cuales 92 fueron revisados. Para realizar la búsqueda se establecieron los siguientes límites: todos los artículos publicados en inglés, en español, en francés y en italiano, todos los artículos publicados en los últimos cinco años y estudios realizados en humanos.

Estos artículos fueron consultados el 21 de octubre del 2008 a las 20:00 pm.

2.- Utilizando como palabras claves: “Manipulations AND Torticollis”. Se obtuvo como resultado de la búsqueda 6 artículos, de los cuales todos fueron revisados. Para llevar a cabo la búsqueda se establecieron los siguientes límites: todos los artículos publicados tanto en inglés, en francés y como en español, todos los artículos publicados en los últimos cinco años y estudios realizados en humanos. Estos artículos fueron consultados el 21 de octubre del 2008 a las 21:35 pm.

A través de la revista electrónica Doyma:

1.- Utilizando como palabras clave: “Torticollis muscular AND terapia manual” se obtuvieron como resultado de la búsqueda 7 artículos. No se establecieron límites a la hora de buscar los artículos. Se buscaron en todos los campos.

Estos artículos fueron consultados el 22 de octubre del 2008, a las 10:20 am.

2.- Utilizando como palabras clave: “Torticollis muscular AND manipulación” se obtuvieron como resultados de búsqueda 11 artículos. Para realizar la búsqueda no se establecieron límites. Se buscaron en todos los campos.

Estos artículos fueron consultados el 22 de octubre del 2008, a las 10:40 am.

Para la realización de las imágenes se contó con la colaboración y el consentimiento por escrito del paciente.

En primer lugar se realizó una rigurosa anamnesis con el objetivo de obtener un diagnóstico lo más preciso posible, ya que para poder tratar cualquier perturbación es necesario conocer bien al paciente (8, 9, 10, 11).

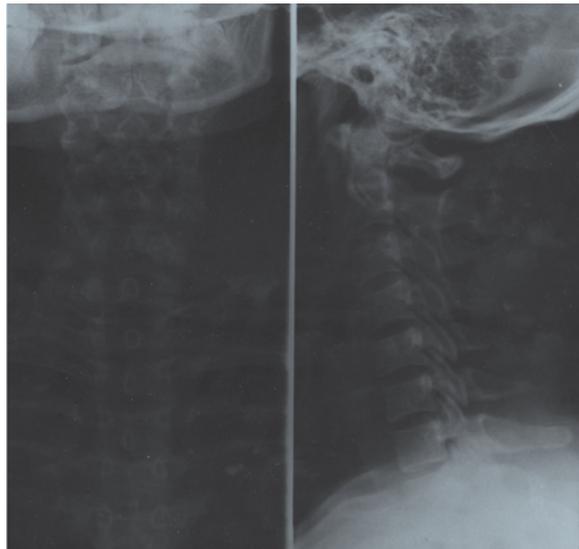


Figura 1. RX lateral y antero-posterior.

- A) Antecedentes familiares y personales
- B) La profesión
- C) La alimentación
- D) La digestión.
- E) La circulación.
- F) La respiración.
- G) La piel.
- H) Enfermedades genitales.
- I) Dolores.
- J) Actividad física.
- K) Duración y calidad del sueño.
- L) Hábitos nocivos.

Inmediatamente después de la anamnesis se pasó al estudio de las radiografías que traía la paciente consigo, dichas pruebas fueron realizadas en el Hospital Los Arcos. (Figura 1).

En segundo lugar, después de analizar las radiografías, se pasó a la inspección u observación de la paciente.

La forma del rostro y del cuerpo, o perfil morfo-osteopático, ya que nos revelan el funcionamiento general. Así como también los exámenes tanto estáticos como dinámicos.

-Examen estático: aquí se valoró las posturas antiálgicas, ausencia de equilibrio de los hombros y de la pelvis en las tres dimensiones del espacio, la posición de la cabeza, la forma de la cara (inclinación torsión, tensión), la reacción a la fuerza de la gravedad (inclinación del paciente hacia los lados, tendencia a la escoliosis, cifosis o lordosis), la posición de la pelvis (anteversión, retroversión, torsión) y el apoyo de los pies (10, 12, 13).

-Examen dinámico: aquí se examinó de forma global los movimientos del tronco, y en sedestación los movimientos de la columna cervical. Si bien cabe recordar que la amplitud articular de la columna cervical son: extensión 80°, flexión 70° y rotación 50° (14).

Exploración de la movilidad cervical:

1.- C0-C1: Paciente en decúbito supino, colocar los extremos de los dedos índice y medio sobre la articulación entre occipital y atlas. Realizar movimientos de rotación a ambos lados, y en traslación lateral tanto en flexión como en extensión del segmento evaluado (6).

2.- C1-C2: Paciente en decúbito supino, colocando el extremo distal de los dedos índices sobre las masas del atlas y se imprime un movimiento de rotación a un lado y a otro, partiendo de una flexión de ese segmento (5, 6).

3.- Desde C2-C7: Se explora en decúbito supino, los dedos índices sobre los pilares articulares de cada nivel a explorar. Aplicar movimientos de traslación lateral y rotación hacia ambos lados, tanto en flexión como en extensión de cada segmento a explorar (5, 6, 9, 11).

Tras la inspección se procedió a la realización de la palpación. La palpación se dirigió hacia las articulaciones y tejido blando, para de esta forma valorar las posibles adherencias, esclerotomas o zonas de dolor (8-11).

Para finalizar se realizó una serie de test y pruebas de valoración para que de este modo nos ayude a plantear un tratamiento osteopático eficaz.

1- Test de Jackson o de Compresión: este es el test más importante a nivel cervical, ya que su objetivo principal es evidenciar si existen problemas discales.

Para la realización de esta técnica se colocó al paciente en sedestación y el terapeuta detrás, éste apoya sus manos sobre la cabeza del paciente, sus codos flexionados toman contacto con los hombros del paciente. La maniobra consiste en comprimir la cabeza del paciente en posición vertical, si aparece dolor hay compromiso discal, y si no aparece dolor se hace la compresión con la cabeza inclinada hacia un lado y otro. Si el paciente manifiesta dolor homolateral a la inclinación evidencia pinzamiento, un nódulo disco-osteofito o hernia discal. Si el dolor es heterolateral a la inclinación evidencia estiramiento de la raíz (1, 12-16). (Figura 2).

2.- Test de Klein o Test de la arteria vertebral, éste test es fundamental para saber si al paciente se le puede manipular o no.

El paciente se coloca en decúbito supino con la



Figura 2. Test de Compresión.

cabeza sobresaliendo al borde de la camilla. El terapeuta sujetará con sus manos la cabeza del paciente, mientras desciende lentamente moviéndola hacia la extensión con una inclinación y rotación simultáneas a la derecha, después se mantendrá en esta posición y se observará los posibles síntomas que aparezcan en el paciente. Si aparecen síntomas neurovegetativos en el paciente la manipulación estaría contraindicada (1, 12-15, 17-21).

3.- Test de distracción: con este test se pretende aliviar el dolor del cuello causado por un estrechamiento del orificio neural o irritación de alguna raíz nerviosa, disminuye la presión de las cápsulas articulares (1, 12-15).

4.- Test de Wright: este test sirve para determinar si la arteria subclavia está comprimida por una costilla cervical, por los escalenos o por el pectoral menor.

El test consiste en tomar el pulso radial, se colocas en abducción y rotación externa el brazo del paciente, se le pide al paciente que gire la cabeza hacia el brazo contrario al que estamos testando, si hay una compresión de las arterias habrá una disminución de las pulsaciones radiales o una ausencia total (1, 12-15).

5.- Test de Valsalva: este test tiene como principal objetivo aumentar la presión intra-discal. Le pedimos al paciente que bloquee en apnea y que empuje como para defecar. Si el paciente noto un fuerte dolor y descubre el sitio exacto del dolor, se debe de pensar en una compresión a nivel del canal cervical (12, 14, 15).

EVALUACIÓN CERVICAL:

El paciente está en sedestación, el terapeuta a un lado del paciente, con la mano anterior toma la frente del paciente para darle apoyo, con la mano posterior entre pulgar e índice toma las apófisis espinosas de las cervicales imprimiendo un movimiento posteroanterior, de esta forma apreciamos la movilidad pero no el tipo de disfunción (22). (Figura 3).

El siguiente test que se ha realizado es para saber en que nivel se encuentra la disfunción.

Test de Movilidad Analítica: estos test se pueden realizar con el paciente tanto en decúbito supino, lateral o en sedestación.

Con el paciente en decúbito supino, y el terapeuta



Figura 3. Evaluación cervical.

sentado a la cabecera del paciente se evaluará la movilidad de cada una de las vértebras de la columna cervical.

El terapeuta colocará sus dedos a nivel de las apófisis transversas e imprimirá movimientos de rotación, extensión, flexión e inclinación (14, 23).

Se valorará también si existe o no elasticidad de los tejidos en cada uno de los movimientos.

Una hipomovilidad o disminución de la elasticidad indicará una posible disfunción en ese nivel articular.

Tras la evaluación y obtención de los resultados de los diferentes tipos de test se planteó un protocolo de tratamiento osteopático que consistió en:

En primer lugar se trató de disminuir el dolor y relajar la musculatura afectada, para poder trabajar después sobre las articulaciones afectadas.

Se empezó con masoterapia y estiramientos miotensivos de la musculatura afectada (24, 25).

1.- Técnica: masaje del esternocleidomastoideo afecto, en este caso derecho, mediante una fricción transversal a lo largo del vientre muscular, con el objetivo de disminuir la tensión existente en ese músculo (6, 22).

La técnica se realiza con el paciente en supino, el terapeuta se coloca a lado contrario a tratar, éste realiza la relajación del vientre muscular con los dedos índice y medio.

2.- Técnica: flexibilización segmentaria cervical; el paciente se coloca decúbito supino, el terapeuta coloca las manos de forma que contacten con las yemas de los dedos con pospilares articulares, mientras que el resto de la mano sujeta la cabeza del paciente. La técnica consiste en mover en sentido de la liberación de la restricción de la movilidad de cada segmento. Se hace desde C0 hasta C7 (6, 26).

3.- Técnica: liberación del hueso hioides; esta técnica se emplea por la posible disfunción miofascial que puede aparecer en este tipo de patología en relación al hueso hioides.

Se coloca al paciente en decúbito supino, una mano se coloca sobre la parte anterior del cráneo y la otra sobre el hueso hioides movilizándolo hacia el sentido de la liberación (6, 26). (Figura 4).

4.- Técnica: estiramiento del



Figura 4. Liberación del hueso hioides.

esternocleidomastoideo; se coloca al paciente en decúbito supino con la cabeza fuera de la camilla, el terapeuta se coloca sentado a la cabecera del paciente, las manos del terapeuta sujetan la cabeza del paciente y lo lleva suavemente hacia un movimiento de inclinación cervical izquierdo, rotación derecha y extensión cervical, no se debe forzar nunca este tipo de estiramiento, se debe de realizar de forma dinámica y de corta duración (6, 27). (Figura 5).

5.- Técnica: técnica de energía muscular para la musculatura cervical o técnica de Mitchell.

En este caso después de realizar la evaluación cervical se pudo ver que había una disfunción a nivel de C4, ERS derecha.

El paciente se coloca en decúbito supino, el terapeuta se coloca sentado detrás de la cabeza del paciente. Se coloca el pulgar e índice de nuestra mano izquierda bajo las transversas de C5, nuestra mano derecha, se coloca encima de la cabeza del paciente. Localizamos la barrera de flexión, la barrera de lateroflexión izquierda y la barrera de rotación izquierda, le pedimos al paciente que lleve la cabeza hacia delante y hacia la derecha.

La técnica consiste en hacer una contracción y relajación, en la relajación volvemos a localizar la nueva barrera de flexión, lateroflexión y rotación izquierdas y vamos ganando movilidad (6, 28).

Se repite dos o tres veces y se vuelve a testar.

De esta forma se logra una mejoría de la rotación afectada.

6.- Técnica: estiramiento y movilización asistida en combinación. Esta técnica consiste en realizar un estiramiento de forma analítica en cada uno de los movimientos especificados en la técnica 4, realizándolos de forma lenta y suave, y mientras se efectúa esto se imprimen maniobras de movilización pasiva hacia la corrección (6).

7.- Técnica; bombeo del esternocleidomastoideo, esta técnica se realiza con el paciente en decúbito supino y con la cabeza en rotación contraria al músculo a tratar, para de esta forma colocar al músculo en el eje de la clavícula.

El terapeuta coloca una mano en la base del cráneo y la otra en el esternón, se ejerce una presión suave



Figura 5. Estiramiento del ECM.

sobre el esternón acompañado a la vez del tiempo espiratorio. Dejar un retorno lento durante la inspiración al ritmo del paciente (6, 29).

8.- Técnica: bombeo C0-C1; con el paciente en decúbito supino y el terapeuta colocado detrás de su cabeza, éste sujeta la cabeza fijando las masa laterales del atlas con los pulgares y con los índices en el occipital. La tensión se obtiene intentando separar los pulgares de los índices suavemente (6, 29).

9.- Técnica: bombeo C0-C2; el paciente se coloca en decúbito supino, las Manos del terapeuta en la base del cráneo de forma que los dedos estén perpendiculares al eje de la columna. Los dedos índices se colocan entre el occipital y la espinosa de C2, e intentan deslizar ésta suavemente hacia caudal, los dedos medios se colocan en el occipital, que intentan hacer un movimiento hacia craneal, es decir, opuesto al que hacen los índices (6, 29).

10.- Técnica de inhibición de los músculos suboccipitales: el paciente se coloca en decúbito supino, el terapeuta se coloca a la cabecera con los codos apoyados en la camilla. El terapeuta coloca sus manos juntas y los dedos en el espacio entre occipucio y espinosa del axis. Se realiza una flexión de 90° con las metacarpofalángicas y se mantiene en esa posición hasta que se libere las fascias. Al finalizar se extiende suavemente las metacarpofalángicas y se lleva suavemente la cabeza hacia atrás (14, 30-32). (Figura 6).

11.- Técnica de inducción miofascial del esternocleidomastoideo: el paciente se coloca en supino, el terapeuta coloca la mano en el occipital y realiza una rotación y una ligera extensión de la cabeza. La mano que realiza la técnica realizará un deslizamiento transversal sobre las restricciones que presente el músculo con los dedos índice y pulgar (14, 24, 30, 31).

12.- Técnica de stretching de los ligamentos interespinosos: el paciente se coloca en decúbito supino y el terapeuta a la cabecera. Con una mano el terapeuta toma contacto suboccipital mientras que la otra está situada sobre la frente. La técnica consiste en inducir una flexión asociada a una tracción con el fin de estirar los ligamentos inter-espinosos (11, 14, 33). (Figura 7).

13.- Técnica articularia para la columna cervical:



Figura 6. Inhibición de los músculos suboccipitales.

con esta técnica se pretende articular la columna cervical en extensión-rotación-lateroflexión al tiempo que se tratan los tejidos blandos cervicales.

El paciente se encuentra en la misma posición que antes, el terapeuta aun lado de la camilla, la mano craneal apoya sobre la frente del paciente y la mano caudal es la que va articulando la columna cervical a la vez que va tratando los tejidos blandos (11, 14, 32, 33). (Figura 8).

14.- En el último día de tratamiento se procedió a realizar un tratamiento manipulatorio.

Se colocó al paciente en decúbito supino, el terapeuta a la cabecera del paciente, el terapeuta sostiene la cabeza con su antebrazo con el mentón entre el 2° y 3° dedo y contra su cuerpo para asegurar al paciente.

Al ser en este caso una ESR derecha, para llevar a la vértebra a la inclinación izquierda hay que empujar en la transversa izquierda hacia la derecha para notar el bloqueo. Para corregir se colocará la articulación metacarpofalángica del 2° dedo izquierdo lateralmente sobre las transversas de la vértebra lesionada.

Se realizará una flexión exagerada de las cervicales para colocar la mano sobre la transversa lesionada, una vez colocada se reducirá la flexión de las cervicales situadas por debajo de la mano. Se realizará la inclinación izquierda, empujando con la mano izquierda, hacia la derecha para poner en tensión el arco lateral.

La nariz se queda en el eje central del cuerpo para evitar el estiramiento de la arteria vertebral, se añade flexión de cabeza para corregir el componente de extensión y una ligera rotación derecha para proteger el eje arterial vertebral.

Para finalizar se le pide al paciente una inspiración y en espiración ganamos inclinación empujando con la mano izquierda. La dirección del impulso es hacia la derecha y hacia arriba, en función del nivel de la vértebra. Al final de la espiración, se realiza el thrust empujando con la mano izquierda y actuando sobre el componente de rotación (1, 34-40).

Estas técnicas de terapia manual y osteopatía son la base para el tratamiento de este caso clínico. Además de la combinación de ejercicios y recomendaciones posturales.



Figura 7. Stretching de ligamentos interespinosos.

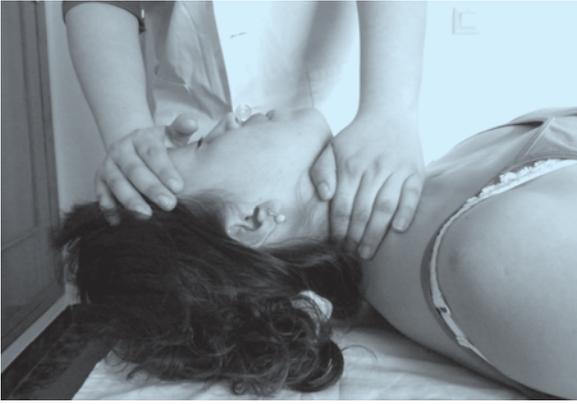


Figura 8. Técnica articularia cervical.

Resultados

Tras la realización de la anamnesis se obtuvieron los siguientes resultados:

La paciente manifiesta que hace siete años aproximadamente tuvo un accidente automovilístico, tuvo que llevar durante tres semanas un collarín, realizó tratamiento fisioterápico. Al finalizar la rehabilitación le quedaron unas leves secuelas.

La paciente tiene dos niños, ambos por parto natural, una operación por hernia umbilical y protrusión discal a nivel de L2-L3.

En cuanto a los antecedentes familiares; lo más importante que podría destacar son los problemas circulatorios que tiene su madre.

La paciente lleva 10 años ejerciendo su profesión de peluquera, debido al ortostatismo prolongado la paciente manifiesta que siempre ha tenido problemas de columna, problemas circulatorios y dolores de cuello.

Al preguntarle por su alimentación, la paciente nos dice que a veces debido al horario de su trabajo tiene que hacer una comida rápida en su casa o que muchas de las veces come en el lugar de trabajo y tiene a veces problemas de digestión.

Tiene problemas de insuficiencia por lo que le han perecido en las piernas arañas vasculares y problemas de sequedad en la piel.

La paciente manifiesta dolores en los miembros inferiores, la columna lumbar y sobre todo molestias y dolor en la columna cervical, provocándole en muchos casos mareos.

Al preguntarle si practica algún deporte la paciente manifiesta que no, duerme de 7 a 8 horas diarias y fuma desde los 22 años.

Según lo estudiado en las radiografías la paciente presenta una rectificación cervical.

A la inspección se observa una actitud postural en inclinación cervical derecha con rotación izquierda tanto en decúbito supino como en sedestación.

En el examen estático realizado se puede ver una postura antiálgica, con inclinación del tronco hacia el lado derecho, elevación de escápula derecha y anteversión de pelvis.

El examen dinámico de la columna cervical se realizó mediante un goniómetro, la cabeza y el cuello estaban en una posición aproximada de 38° de flexión

lateral izquierda. Tanto la flexión anterior como la flexión lateral izquierda estaban limitadas por el dolor. La rotación hacia la izquierda y hacia la derecha producían dolor, pero con la rotación a la derecha el recorrido articular era completo mientras que a la izquierda estaba restringido.

Durante la palpación muscular se pudo apreciar un importante aumento de tono en el músculo esternocleidomastoideo derecho, y siendo más leve en escalenos y trapecio derecho. Para poder comprobar el aumento de tono se hizo una valoración con el lado contralateral.

El tratamiento se realizó durante cinco días.

En el primer día debido a que existía una deformidad del cuello en extensión fue más lento. El objetivo principal en ese primer día fue ir aliviando suavemente el dolor producido en esa zona e ir a la vez ganando recorrido articular.

En este primer día no se realizó ninguna técnica manipulativa ya que de este modo lo que haríamos es aumentar el espasmo muscular de dichos músculos.

La técnica con thrust se realizó en el quinto día, con un resultado excelente en cuanto a la movilidad y a la disminución del dolor. La paciente en esta última sesión la deformidad en extensión estaba ya corregida, la flexión lateral a la izquierda y la rotación a la izquierda eran completas por tanto su recorrido articular era completo.

La palpación resultó indolora, existía una muy leve molestia en el lado izquierdo del cuello.

Discusión

En este caso clínico que se ha expuesto, reivindica la importancia de una anamnesis y exploración completa para realizar un tratamiento correcto y eficaz.

A través de la realización de este trabajo se ha podido comprobar que el uso de las técnicas de osteopatía y terapia manual tienen unos efectos muy positivos para este tipo de patologías.

La respuesta por parte del paciente ha sido muy buena, ya que ha presentado una tolerancia al tratamiento muy satisfactoria.

Las posibles complicaciones que hayan podido existir han surgido al principio del tratamiento ya que debido al dolor las mediciones con el goniómetro de la columna cervical se han visto dificultadas.

Otras de las complicaciones encontradas a la hora de realizar este trabajo ha sido la poca bibliografía existente, por lo que dificulta de este modo poder hacer una valoración positiva en este tipo de casos.

Y por último cabe destacar los numerosos estudios que existen y que muestran controversias a la hora de realizar manipulaciones en la columna cervical.

En el artículo publicado por South Medical Journal, en el año 2007, el autor León-Sánchez A, et al, destaca de que existen múltiples informes en los que la osteopatía y la terapia manual da como resultados serios problemas, aunque si bien existe un porcentaje alto a favor de su utilización ya que demuestran que es eficaz en dolores de cuello (19, 20, 21, 41).

Según el artículo publicado por Journal Manipulative Ther, en el año 2000, destaca la

importancia de la realización de los test de la arteria vertebral ya que nos indicaría una contraindicación absoluta a la hora de realizar una técnica de thrust (20, 21, 42).

Conclusiones

Este caso clínico ofrece una revisión de las técnicas de osteopatía y terapia manual, más destacadas en este tipo de tratamientos.

Lo resultados obtenidos tras la valoración del paciente con tortícolis muscular, revelan que el análisis osteopático utilizado en este caso es válido para dicho paciente.

El empleo de las técnicas de estiramiento y de bombeo del músculo afectado a través de la osteopatía y terapia manual, mejora notablemente la elasticidad muscular y devuelve de la misma forma su funcionamiento normal.

El estudio bibliográfico que se ha realizado sobre las técnicas de terapia manual osteopática en el tortícolis muscular, se ha encontrado un gran número de técnicas aplicables para este tipo de patología.

Bibliografía

- 1.- Maitland G, Hegeveld E, Banks K, English K. Maitland Manipulación Vertebral. 7ª ed. Madrid:Elsevier; 2007.
- 2.- Lippert H. Anatomía. Estructura y morfología del cuerpo humano. Madrid:Masson; 2002.
- 3.- Rouviere A, Delmas A. Anatomía humana. 15ª ed. Barcelona:Masson; 1991.
- 4.- Moore K. Anatomía con orientación clínica. 3ª ed. Madrid:Panamericana; 1997.
- 5.- Ward R, Hruby R, Jerome J, Jones J, Kappler R, Kuchera M et al. Fundamentos de medicina osteopática. 2ª ed. Buenos Aires:Ed. Panamericana; 2006.
- 6.- Murcia González MA. La terapia manual en el tratamiento del tortícolis muscular congénito: caso clínico. Fisioter calid vida. 2007;10(2):91-100
- 7.- Platzer W, Kahle W, Leonhardt H. Atlas Anatomía. Tomo I: Aparato Locomotor. Barcelona:Omega; 1995.
- 8.- Cloet E, Ranson G, Schallier F. La osteopatía práctica. Barcelona:Paidotribo; 2000.
- 9.- Dieter Heimann D, Friedrichsen M, Haeger U, Hinkelmann U, Hinkelthein E, Lärm G, et al. Compendio de Terapia Manual. Badalona:Paidotribo; 2006.
- 10.- Roullet G. La Práctica de la Osteopatía. Principios, técnicas e indicaciones terapéuticas. Madrid:EDAF; 1995.
- 11.- Ricard F, Sallé JL. Tratado de osteopatía. 2ª ed. Madrid:Mandala ediciones S.A.1991.
- 12.- Mc Rae R. Exploración Clínica ortopédica. 4ª ed. Barcelona:Hacourt-Brace; 1998
- 13.- Petty NJ, Moore A. Exploración y evaluación neuromusculosquelética. Un manual para terapeutas. 2ª ed. Madrid:Mc Graw Hill Interamericana; 2003.
- 14.- Ruiz Morcillo I. Tratamiento osteopático en una lesión por Whiplash. Caso Clínico. Rev Fisioterapia 2008; 7(1):35-42.
- 15.- Hoppenfeld S, Hutton R. Exploración física de la columna vertebral y extremidades. México:El Manual Moderno; 1999.
- 16.- Ricard F, Sallé JL. Tratado de Osteopatía. 3ª ed. Madrid:Médica Panamericana; 2003.
- 17.- Vaccaro AR, Cook CM, Mc Cullen G, Garfio sr. Is there a role for premanipulative testing before cervical manipulation?[abstract]. J Manipulative Physiol Ther. 2002 Mar-Apr;23(3):175-9.
- 18.- Licht PB, Christensen HW, Hoiland-Carlsen PF. Carotid artery blood flow during Premanipulative testing.[abstract]. J Manipulative

Physiol Ther. 2002 Nov-Dec;25(9): 568-72.

- 19.- Haneline MT, Croft AC, Frishberg BM. Association of internal carotid artery dissection and chiropractic manipulation. Neurologist. 2003 Jan;9(1): 35-44.
- 20.- Smith WS, Johnston SC, Skalabrin EJ, Weaver M, Azari P, Albers GW, et al. spinal manipulative therapy is an independent risk factor for vertebral artery dissection. [abstract]. Neurology. 2003 May 13; 60(9): 1424-8.
- 21.- Di Fabio RP. Manipulation of the cervical spine: risks and benefits. Physical Therapy 1999 Jan;79(1): 50-65.
- 22.- Kolster, Ebelt-Paprotny G. Fisioterapia: Exploración, técnicas y tratamiento. Barcelona:Balleterra; 1999.
- 23.- Kaltborn FM. Fisioterapia manual en columna. 2ª ed. Madrid:Mc Graw Hill Interamericana; 2004.
- 24.- Orgeret G. Terapia manual del raquis. Maniobras normotensivas y fasciaterapia por palpación destensora. Barcelona:Masson; 1996.
- 25.- Jimenez Jiménez FJ, Alonso Navarro H, Barcenilla Rodríguez B. Cefaleas: clasificación. Masaje: revista de masaje, técnicas manuales y terapias manuales. 2005; 44:4-7.
- 26.- Martínez R. Osteopatía y pediatría. Madrid:Médica Panamericana; 2005.
- 27.- Neiger H. Estiramientos analíticos manuales. Madrid:Médica Panamericana; 2005.
- 28.- Whittingham W, Nilsson N. Active range of motion in the cervical spine increases after spinal manipulation. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 2001 Nov-Dec;24(9):552-555.
- 29.- Bienfait M. Bases elementales técnicas de la terapia manual y de la osteopatía. Barcelona:Paidotribo; 2000.
- 30.- Simonas D, Travell J. Dolor y Disfunción miofascial. El manual de los puntos gatillos. Madrid:Panamericana; 2002.
- 31.- Paoletti S. Las fascias. El papel de los tejidos en la medicina Humana. Barcelona:Paidotribo; 2004.
- 33.- De Coux G, Curtil P. Tratado Práctico de Osteopatía Estructural. París:Paidotribo; 1999.
- 34.- American Osteopathic Association. Fundamentos de Medicina Osteopática. 2ª ed. Buenos Aires:Médica Panamericana; 2006.
- 35.- Le Corre F, Rageot E. Manipulaciones Vertebrales. 2ª ed. Barcelona:Masson; 1995.
- 36.- Gibbons P, Tehan P. Manipulación de la columna, el tórax y la pelvis. Una perspectiva osteopática. Madrid:Mc Graw-Hill-Interamericana de España; 2002.
- 37.- Byfield D. Chiropractic Manipulative Skills. 2ª ed. Edit. Elsevier Churdhill Livingstone; 2005.
- 38.- Gross AR, Hoving JL, Haines TA, Goldsmith CH, Kay T, Aker P, Bronfort G, et al. A Cochrane review of manipulation and mobilization for mechanical neck disorders. Spine 2004 Jul 15;29(14):1521-1548.
- 39.- Coulter I. Manipulation and mobilization of the cervical spine: the results of a literature survey a consensus panel. Journal of Musculoskeletal Pain 1996; 4(4):113-123.
- 40.- Pikula JR. The effect of spinal manipulative therapy (SMT) on pain reduction and range of motion patients with acute unilateral neck pain: a pilot study. Journal of the Canadian Chiropractic Association 1999 Jun;43(2):111-119.
- 41.- Leon-Sanchez A, Cuetter A, Ferrer G. Cervical Spine Manipulation: an alternative medical procedure with potentially fatal complications.[abstract]. South Med J. 2007 Feb;100(2):210-3.
- 42.- Rivett DA, Sharples KJ, milburn PD. Effect of premanipulative tests on vertebral artery and internal carotid artery blood flow: a pilot study.[abstract]. J Manipulative