

MEDICINA ORTOPÉDICA MANUAL

Dr. Daniel Gutiérrez Amargós



Qué es la Medicina Ortopédica Manual?



Definición

Es el abordaje médico de todas las alteraciones benignas del sistema músculo-esquelético, particularmente de la columna vertebral, y su tratamiento mediante técnicas manuales y otras técnicas.



Técnica

La técnica principal es la manipulación articular, mayoritariamente vertebral

Haga clic para modificar el estilo de texto d

Segundo nivel

Tercer nivel

Cuarto nivel

Quinto nivel



Porqué este nombre tan raro?

Medicina ortopédica manual



MEDICINA

ANAMNESIS

EXPLORACION

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

ORIENTACION DIAGNOSTICA

PRONOSTICO

TRATAMIENTO



ORTOPÉDICA

CYRIAX

PATOLOGIA OSTEOMUSCULAR

- MASAJE
- INFILTRACION
- MANIPULACION en Tracción



MANUAL

ROBERT MAIGNE

- MASAJE
- MANIPULACION
- INFILTRACION



R. Maigne: Medicina ortopédica manual

- Exploración reglada de la C.V.
- Conceptos
 1. Concepto Segmento Vertebral
 2. **DDIM** Transtorno intervertebral menor
 3. **Síndrome Célulo teno miálgico**



1. Segmento Vertebral



Concepto de Segmento Vertebral

... para modificar el estilo de texto de patrón

... do nivel

... cer nivel

... Cuarto nivel

» Quinto nivel



- DOS VERTEBRAS
 - INFERIOR
- CONSIDERADO COMO UNIDAD FUNCIONAL
- UN DISCO
- DOS ARTICULARES POSTERIORES
- UN NIVEL MEDULAR
 - DERMATOMA A DISTANCIA
 - MIOTOMA
 - ESCLEROTOMA
 - VISCEROTOMA



2. DDIM



Etiología

El aumento de las fuerzas a las que está sometido el disco intervertebral culminan con su claudicación funcional y la transmisión de la tensión por el pedículo hacia el segundo nivel posterior (articular), que sufre desplazamientos mínimos pero suficientes para irritar al nervio raquídeo.



3. Sd. Célulo Teno Miálgico



Etiopatogenia

Debido a la irritación del nervio raquídeo tanto a nivel muscular, tendón, fascia y tejido celular sub-cutáneo, se desarrolla un síndrome clínico conocido como “***síndrome célulo-teno-miálgico***”, donde se asocian:

- tensión muscular mecánica y
 - disminución del riego sanguíneo
- entre otras causas.



Cronicidad

El resultado es una inflamación crónica del nervio o de las estructuras vecinas, con el consecuente dolor y muchas veces constituyendo un elemento “per se” irritativo, que automantiene el proceso mucho más allá de la causa que lo desencadenó.



Síntomas Sd. Célulo Teno Miálgico

- Placas de celulalgia muy sensibles al pinzado-rodado
- Fascículos musculares indurados y muy sensibles
- Dolores teno-periósticos que a menudo solo se manifiestan con la palpación y que se encuentran en el territorio inervado por la raíz concerniente (dolor epicondíleo para C6, dolor en el trocánter mayor para L5, etc.).



Recuerdo Anatómico

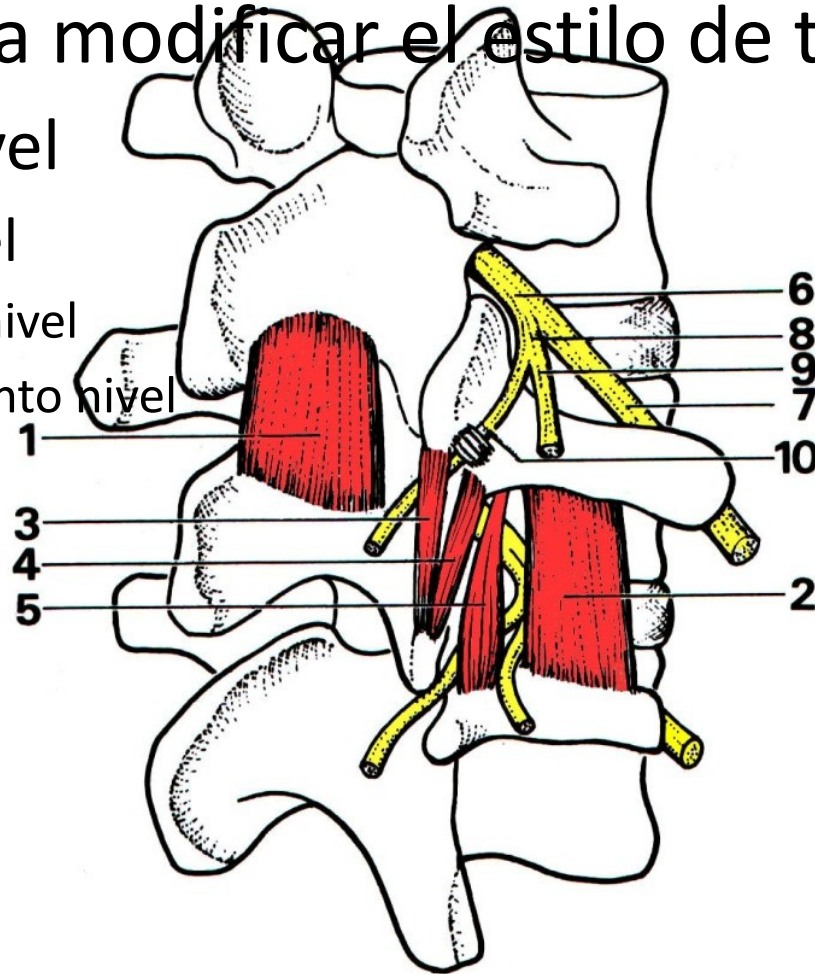
- Haga clic para modificar el estilo de texto del patrón

- Segundo nivel

- Tercer nivel

- Cuarto nivel

- » Quinto nivel



Territorio de la Rama Anterior

Dermatoma

Dermo celulalgia

Cara anterior

Del tronco

Del Cuello

Miembros

Miotoma

Cordones miágicos y Trigger points

Músculos

De los miembros

De la cintura escapular

De la cintura pélvica

De la parte anterior del tronco y cuello

Esclerotoma

Dolores teno periósticos

Miembros

Cintura escapular

Cintura pélvica

Territorio de la Rama Posterior

Dermatoma

Dermo celulalgia

Cara posterior

Del tronco

Del cuello

Del cráneo

Parte superior de los glúteos

Miotoma

Cordones miálgicos

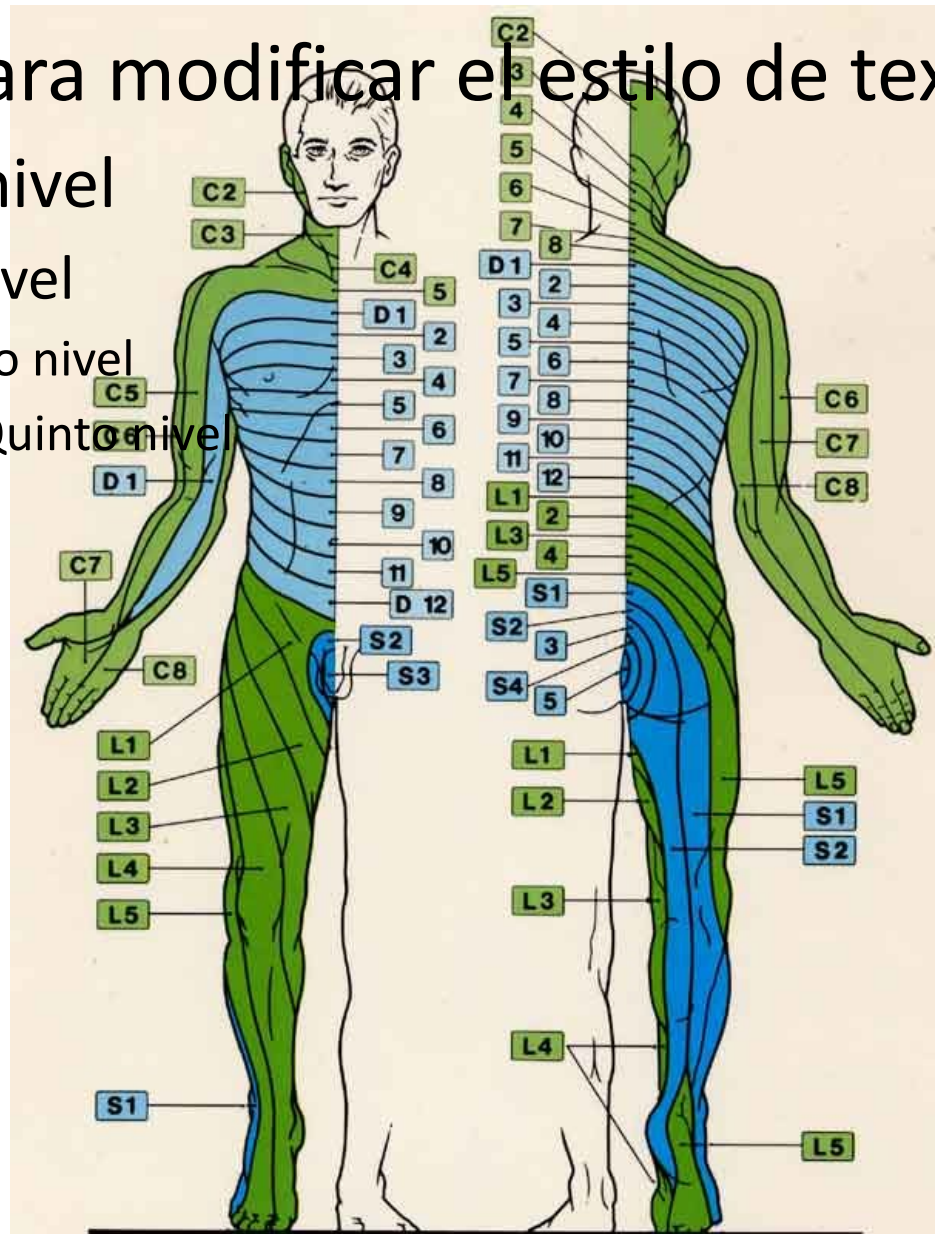
Músculos paravertebrales y sub-occipitales



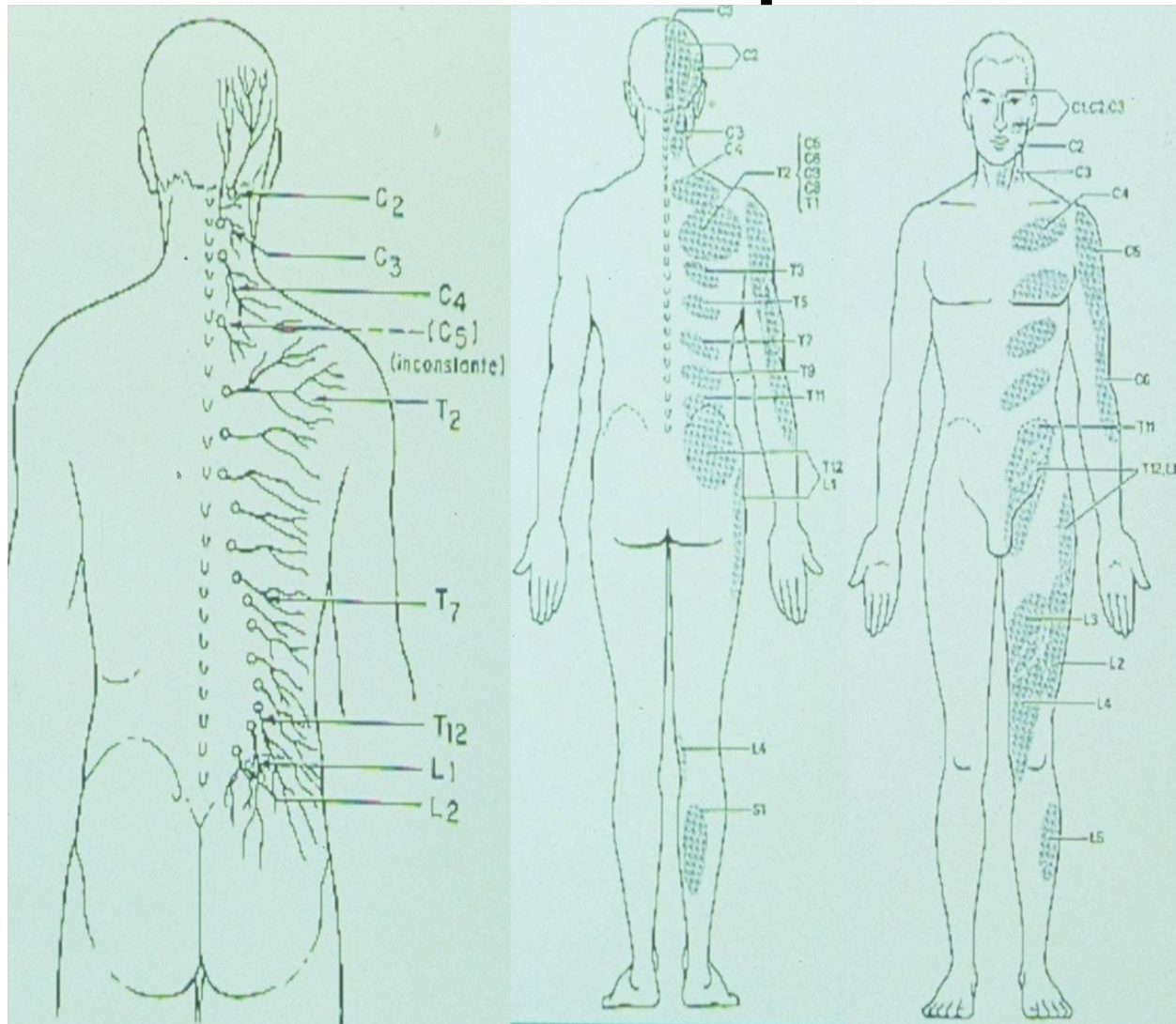
Dermatomas

- Haga clic para modificar el estilo de texto de **clásicos**
- Segundo nivel
- Tercer nivel

- Cuarto nivel
- » Quinto nivel



Territorio rama posterior



Exploración Reglada



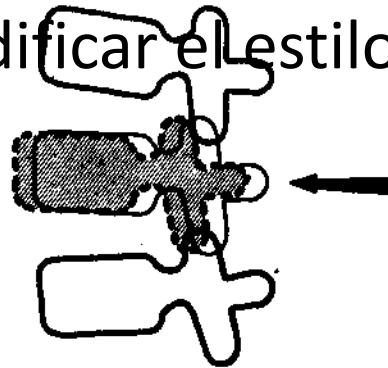
Exploración Reglada

1. Examen de la columna vertebral
 - Palpación de las apófisis espinosas
 - Palpación de las apófisis transversas
2. Pinzado rodado de Maigne
3. Examen neurológico: tono muscular, sensibilidad y los reflejos.
4. Hecho todo esto, ya podemos hacer la indicación y, si lo consideramos indicado, el tratamiento manual, siguiendo un protocolo específico.



PRESION AXIAL ESPINOSAS

- Haga clic para modificar el estilo de texto del patrón
 - Segundo nivel
 - Tercer nivel
 - Cuarto nivel
 - » Quinto nivel



PRESION LATERAL ESPINOSAS

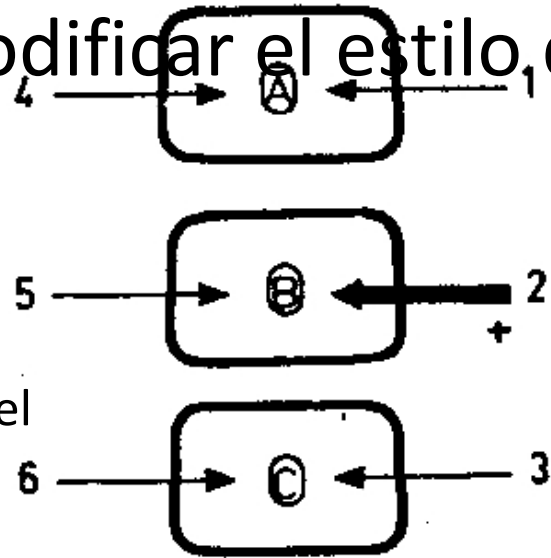
Haga clic para modificar el estilo de texto del patrón

– Segundo nivel

• Tercer nivel

– Cuarto nivel

» Quinto nivel



PRESION CONTRARIADA ESPINOSA SUPERIOR

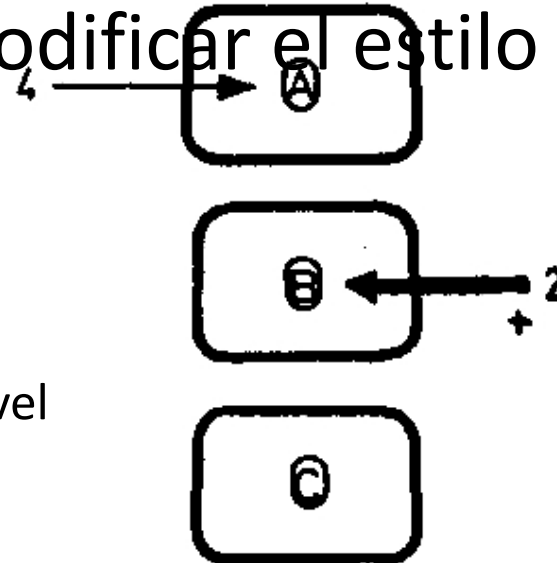
Haga clic para modificar el estilo de texto del patrón

– Segundo nivel

• Tercer nivel

– Cuarto nivel

» Quinto nivel



PRESION CONTRARIADA ESPINOSA INFERIOR

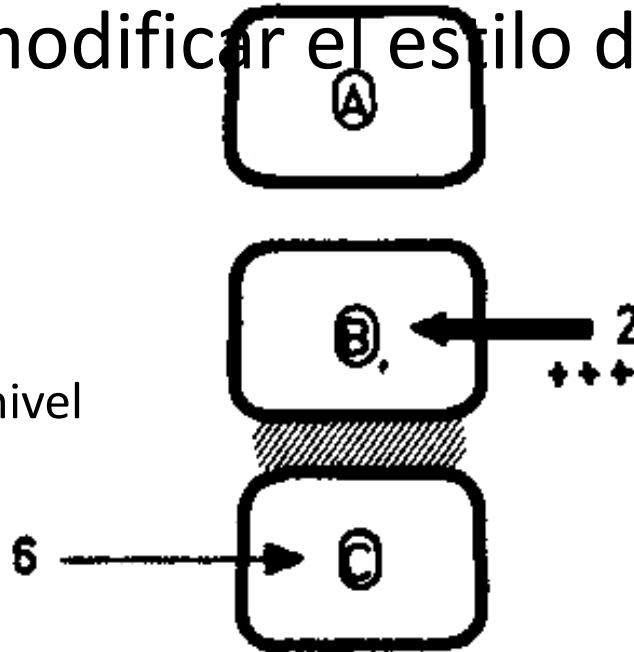
haga clic para modificar el estilo de texto del patrón

– Segundo nivel

• Tercer nivel

– Cuarto nivel

» Quinto nivel



PRESIÓN ARTICULARES POSTERIORES

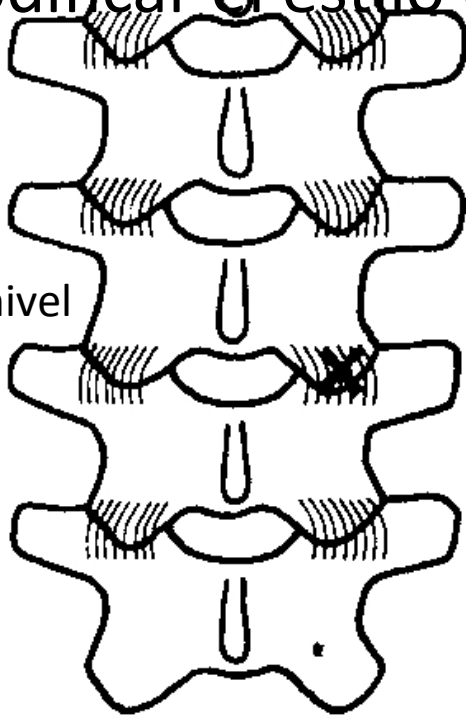
para modificar el estilo de texto del patrón

o nivel

r nivel

uarto nivel

» Quinto nivel



A 1-2 CM.
INTERESPINOSAS

PRESIÓN LIGAMENTO INTERESPINOSO

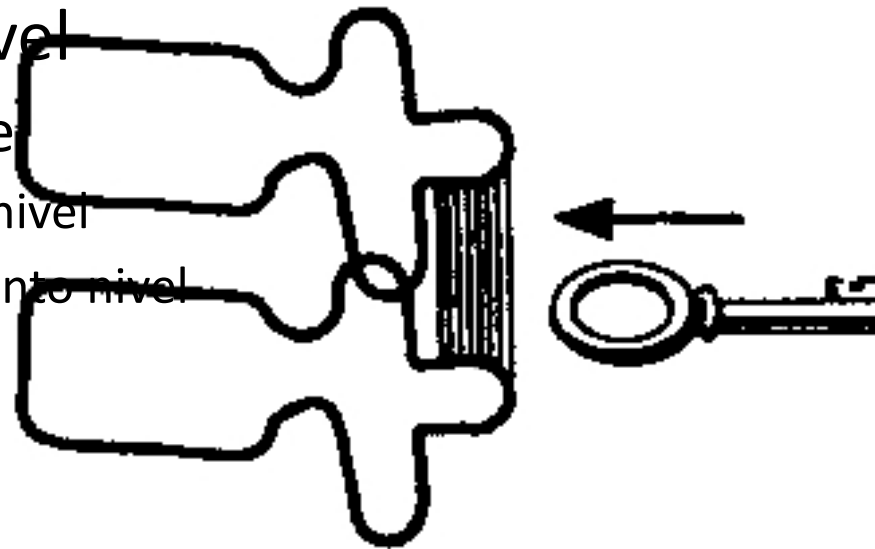
- Haga clic para modificar el estilo de texto del patrón

- Segundo nivel

- Tercer nivel

- Cuarto nivel

- » Quinto nivel



Pinzado rodado de Maigne

Dermo celulalgia

Si la celulalgia es más constante en el dorso que en el área anterior, es probable que la

rama **primaria posterior**

irritada constantemente,

al atravesar entre los paquetes musculares

tensos y contracturados.



Signos de irritación radicular: signos regionales y a distancia

El sufrimiento de un nervio raquídeo clásicamente se traduce por:

- Dermatoma: Signos sensitivos: híper, hipoestesia o incluso anestesia.
- Miotoma: Signos motores: pérdida o disminución de la fuerza muscular
- Signos reflejos con abolición o disminución de un reflejo tendinoso.
- A veces alteraciones simpáticas.



Medicina Ortopédica Manual y patología de cadera

Qué puede aportar?



Orientación diagnóstica y tratamiento

Falsos dolores de cadera de origen vertebral

Prótesis total de cadera

Dolor de origen sacroilíaco



Falso dolor de cadera de origen vertebral



2 orígenes distintos

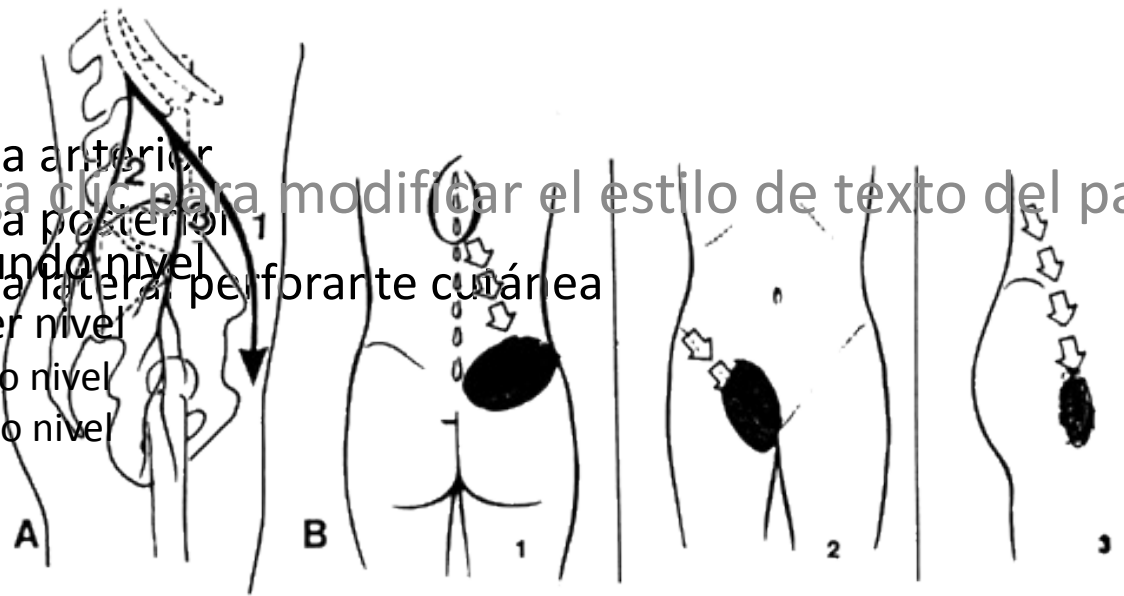
- L5
 - dolor tendinoso glúteo medio y dolor perióístico del trocánter (CTM de L5)
- T12
 - Celulalgia: sd unión lumbosacra (charnela dorsolumbar): territorio n. hipogástrico (L1) o n. subcostal (T12)
 - Sd Canalar que afecta a los ramos cutáneos laterales en su paso por la cresta ilíaca



El diagnóstico es exclusivamente clínico

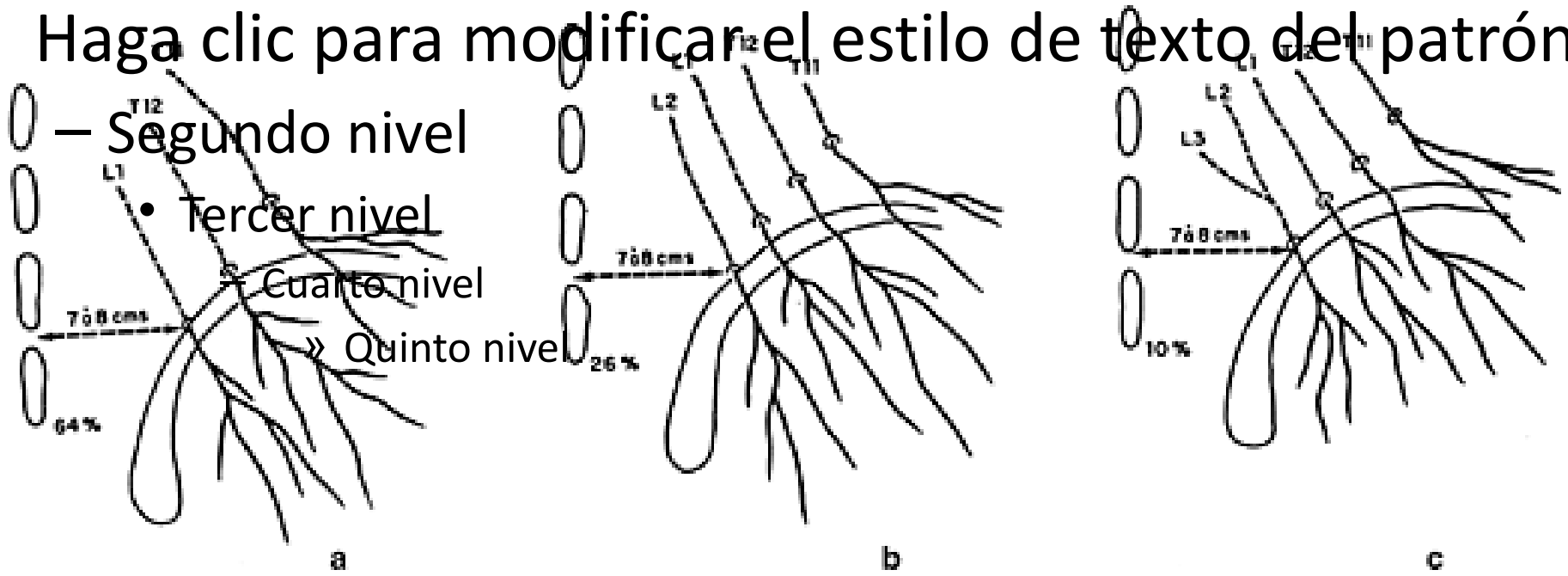
Distribución esquemática de los nervios raquídeos T12 y L1

1. Rama anterior
 2. Rama posterior
 3. Rama lateral perforante cutánea
- Segundo nivel
Tercer nivel
Cuarto nivel
Quinto nivel



Sd Canalar

- Haga clic para modificar el estilo de texto del patrón

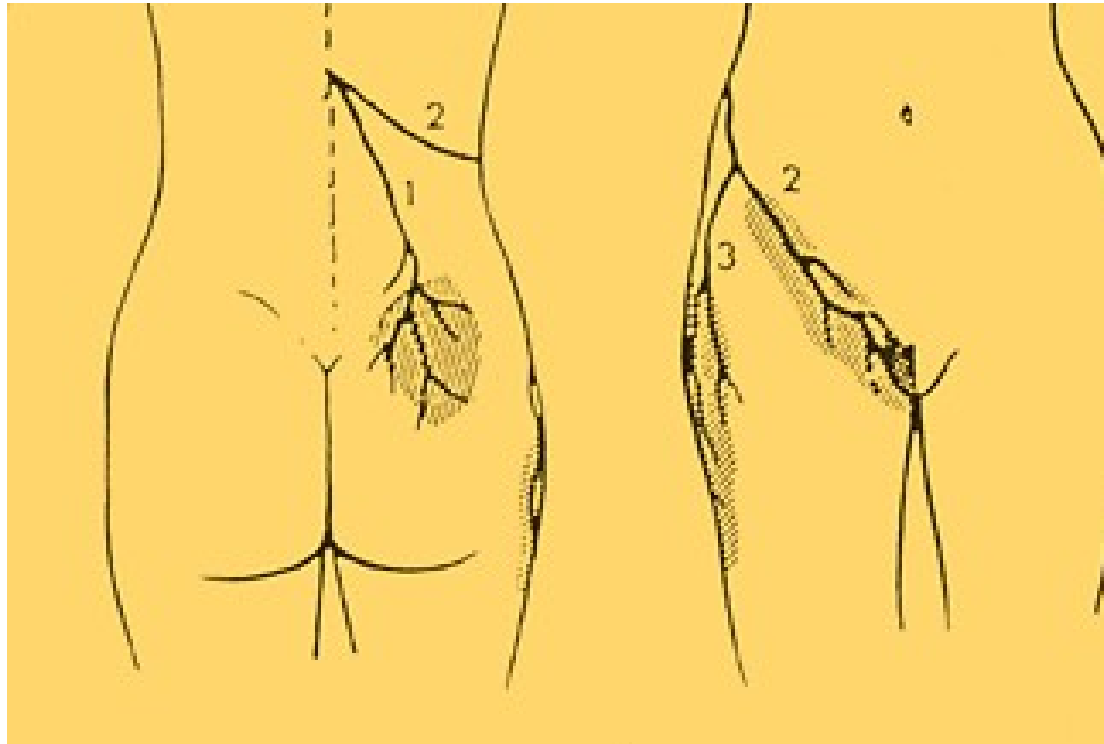


Cuántos pacientes tenéis así?

- Consulta por un dolor en región trocantérea que aumenta con la marcha, y a veces por un dolor en la ingle.
- Lo más corriente es que solo la palpación del trocánter sea dolorosa
- Generalmente se diagnostica como tenobursitis trocantérea.
- En algunos casos el dolor se irradia por la cara externa del muslo e incluso hasta la cara externa de la pierna, simulando una ciática y excepcionalmente se nota como sensaciones disestésicas, simulando una meralgia parestésica, pero con una topografía más alta en el muslo.
- *Las infiltraciones locales no surten efecto.*



Sd Charnela Dorsolumbar



Dermodocelulalgia

Zona celulálgica y “punto de cresta” lateral en una paciente con dolor

pseudotrocantéreo con irradiación pseudociática.

Segundo nivel

Tercer nivel

Cuarto nivel

Quinto nivel



Punto de cresta ilíaca



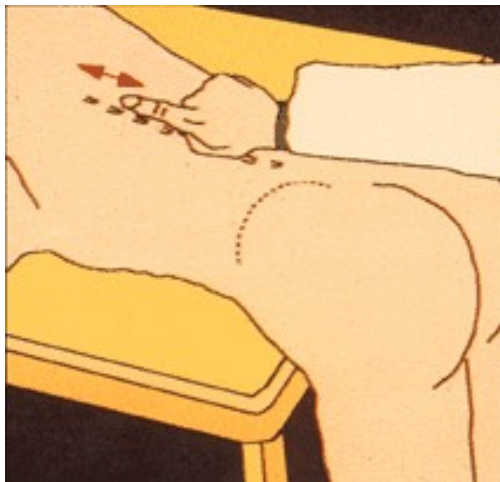
para modificar el estilo de texto del p
o nivel
nivel
uarto nivel
» Quinto nivel

Haga clic para modificar el estilo de texto
Segundo nivel
Tercer nivel
Cuarto nivel
Quinto nivel



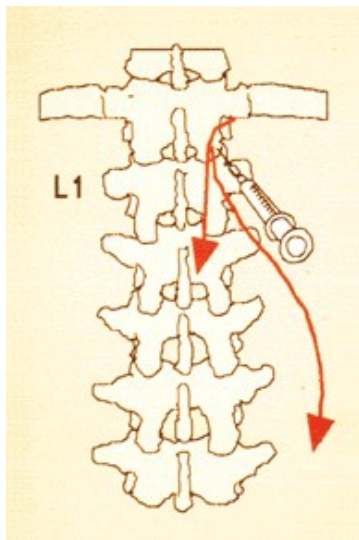
Examen de T10 a L2

Para modificar el estilo de texto del



Test

Inyectar de lidocaína al 0.5% en la faceta dolorosa



Haga clic para modificar el estilo de texto del párrafo

Segundo nivel

Tercer nivel

Cuarto nivel

Quinto nivel

Manipulación vertebral



En unos minutos el pliegue de piel que estaba grueso, grumoso y doloroso al pinzado-rodado se hace flexible y no doloroso.

Prótesis Total y falsos dolores de cadera

Pacientes que sufren dolor a pesar de que su prótesis está perfecta



Etiología

- Al reencontrarse con una movilidad e indolencia en su cadera, modifican sus hábitos posturales y gestos
- El raquis se adapta mal a las nuevas tensiones
- Sufrimiento en la unión dorsolumbar, que lleva a una lumbalgia y una proyección dolorosa hacia el trocánter y el ano



Articulación sacroilíaca

Un gran número de lesiones de cadera resultan de una lesión de la articulación sacroilíaca por la oblicuidad del sistema muscular



PRESENTACIÓN CLINICA

- dolor localizado alrededor de la articulación
- núcleo en espina iliaca posterosuperior y el trocánter mayor
- no supera la línea del cinturón
- más común unilateral que bilateral (4:12)
- se irradia a la nalga y a la región dorsal de la extremidad inferior
- no alcanza la región de la rodilla
- generalmente la actividad física lo empeora

Haga clic para modificar el estilo de texto

Segundo nivel

Tercer nivel

Cuarto nivel

Quinto nivel

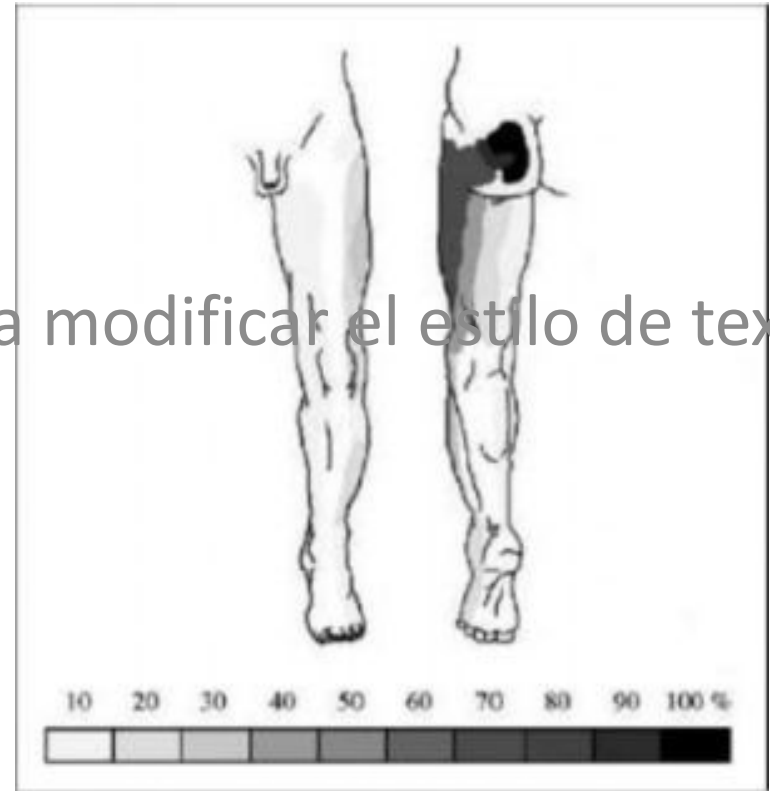


Fig. 3. Areas de referencia del dolor de acuerdo a la intensidad de este. (modificado de Van Der Wurff [27]).

Test de Gillet

Para modificar el estilo de texto del patrón

nivel

nivel

uarto nivel

Quinto nivel



Pulgares médico en espina ilíaca
posterosuperior

Levantar pierna

Si la espina homolateral no
desciende, hay un bloqueo de la
articulación

Terapia manual

- Controvertida



RESUMEN

Exploración reglada del raquis

Territorio rama posterior

Dermatoma

Miotoma

Sd Charnela dorsolumbar

Falso dolor de cadera

Sacro



Muchas Gracias

www.osteomedicina.com

BHM'12

