

CASO CLÍNICO

CERVICO-DORSALGIA CRÓNICA. TRATAMIENTO MEDIANTE EL MÉTODO MÉZIÈRES

ARISTREGI OLAIZ Maialen

Fisioterapeuta mezierista

Correspondencia

Maialen Aristregi Olaiz
mail: ekilore@hotmail.com

RESUMEN

Se presenta un caso de Cérvico-dorsalgia de más de dos años de evolución, en un varón de 22 años de edad. Asociados a esta sintomatología el paciente refiere sensación de mareos ocasionales así como acúfenos. Presento este caso como propuesta del trabajo final de formación en el Método Mézières, con el objetivo de proponer un tratamiento global para la mejora de la sintomatología así como la alteración postural. Para ello, se efectuaron 17 sesiones durante un periodo de tres meses. El trabajo global no solo mejoró la sintomatología del paciente, sino también la postura y su propiocepción, determinando una mejora en su conciencia corporal.

INTRODUCCIÓN

Las algias vertebrales en la población joven son cada vez más frecuentes. Fuera de las causas orgánicas importantes que pudieran ser motivo del mal de espalda, la gran mayoría de estos casos se debe a un desequilibrio postural que ocasiona un mal funcionamiento mecánico del raquis. Los desajustes articulares, secundarios a microtraumatismos repetitivos sobre esta región, son frecuentes en el adulto joven. Las cadenas miofasciales juegan un rol importante en el mantenimiento de estos descentrajes articulares, modificando la postura y la adecuada biomecánica vertebral. Un tratamiento global se deberá imponer para fijar los resultados a largo plazo.

CASO CLÍNICO

A. Examen físico

1.- Anamnesis

- Nombre del paciente: R.C.S.
- Sexo: varón
- Edad: 22 años
- Motivo de consulta del paciente: sintomático. Padece dolores cervicales y dorsales, constantes y más acentuados

por la mañana (rigidez matinal), desde hace aproximadamente 2 años. Mareos ocasionales y acúfenos.

- Antecedentes patológicos
- Operado de apendicitis
- Portador de alza en pie derecho de 0,5 cm. desde 1995.
- Profesión: Estudiante
- Actividades físicas: Jugador de fútbol

2. Análisis morfoestático

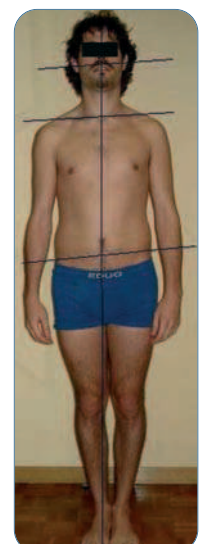
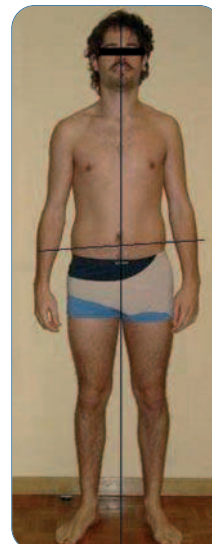
a) Bipedestación espontánea ^(fig. 1)

Una primera impresión de su posición bípeda espontánea refleja una actitud global de abducción de los miembros: tanto superior con un hombro izq. más elevado, y el derecho más separado del tronco, como el miembro inferior, dominando una base de sustentación amplia y en rotación externa

b) Bipedestación con pies juntos

Para poder determinar mejor las adaptaciones a la estática, se observa con pies juntos en una visión tridimensional; anterior, posterior y dos perfiles.

Figura 1. bipedestación espontanea Figura 2. Análisis morfoestático. Visión anterior. Inicio



• **VISIÓN ANTERIOR** (fig. 2)

Predomina una latero-flexión global hacia la derecha. Ambas cinturas están inclinadas, tanto la escapular con una elevación del hombro izq. y abducción del derecho, como de la cintura pelviana manifestada por una cresta ilíaca izq. más alta (EIAS más alta). Las EEII domina la rot. ext. global, algo mayor del lado derecho. Presenta un hundimiento moderado de ambos arcos plantares internos (mayor en el derecho)

• **VISIÓN POSTERIOR** (fig.3)

A través de la palpación de la punta de las escápulas, aparece un hombro izq más elevado, abducción del derecho. La EIPS izq. más alta.

• **PERFIL** (fig. 4)

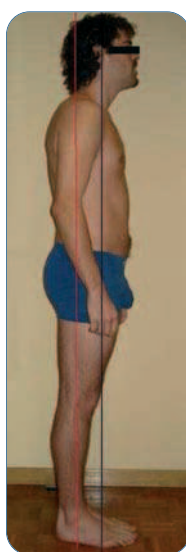
No se observa mucha diferencia entre el perfil derecho y el izquierdo, salvo una mayor antepulsión del hombro derecho con una punta de la escápula más desenganchada.

El resto de componentes son parecidos: una proyección anterior global, dominando sobre todo a nivel cefálico (cabeza proyectada hacia anterior), antepulsión de hombros, una pelvis con tendencia a la retroversión y una actitud leve de flexum de ambos codos

Figura 3. Análisis morfoestático. Visión posterior. Inicio



Figura 4. Análisis morfoestático. Perfil. Inicio



3. Análisis dinámico (fig. 5)

Respecto al desplazamiento y gesto, las características más relevantes son:

- Golpe de talón: gran flexión dorsal de tobillo.
- Apoyo interno del pie.
- marcha en rot. ext. de EEII.
- Movimientos pélvicos nulos: Ni rotación, poca basculación.
- Movimiento Coxo-femoral libre.
- Poco movimiento escapular.
- Brazos despegados del cuerpo y poco movimiento de oscilación.
- Cabeza acompaña al tronco: no está libre durante la dinámica de la marcha, como fijada al raquis torácico.

Figura 5. Análisis de la marcha



4. Análisis extensibilidad miofascial

La valoración de la flexibilidad segmentaria y de las cadenas musculares se ha realizado mediante los diferentes test específicos del método Mézières: Flexión anterior del tronco, reacciones tónicas fijadas en decúbito supino y test de extensibilidad

a) Test de flexión anterior del tronco (fig. 6)

Nos muestra una retracción global de la cadena muscular posterior importante manifestada por una hiperextensión cefálica, rigidez de los espinales dorso-lumbares, con una retroversión pelviana muy importante, así como un flexum de rodillas. Estos hallazgos nos muestran una falta de extensibilidad de músculos pertenecientes a la cadena posterior, esencialmente: complexos, espinales, pelvitrocantéreos, glúteos, isquiotibiales y gastrocnemios.

b) Reacciones tónicas fijadas por el decúbito supino espontáneo (fig. 7-8)

En ausencia del factor gravedad las compensaciones que aparecen y denotan una mayor fijación de las tensiones miofasciales son:

Figura 6. Flexión anterior tronco. Inicio



Figura 7. Decúbito supino espontáneo



Figura 8. Actitud espontánea cabeza



- Inclinación y rotación derecha cabeza
- Hiperlordosis cervical con extensión cefálica
- Marcada antepulsión de hombro derecho.
- Rotación externa de ambas piernas más acusada en el lado derecho.
- Ligero flexum pierna derecha
- Hipo movilidad generalizada del tórax durante la respiración

c) Test de extensibilidad

La valoración de la tensión miofascial nos aporta una información objetiva sobre la libertad articular como consecuencia de la elasticidad de los tejidos.

EXTREMIDADES INFERIORES

- Derecha: flexión coxo-femoral 40°. Tensión hacia la ADD y RI
- Izquierda: flexión coxo-femoral 45° Tensión hacia la ADD sobre todo y RI
- Flexo-extensión de tobillo casi inexistente. Mucha tensión.
- Dismetría real de piernas. Pierna derecha más corta.

EXTREMIDADES SUPERIORES

- Brazos suben al mismo ritmo.
- 180° de ABD sin dificultad. Brazos quedan un poco levantados.
- Ligero aumento de lordosis lumbar.
- Importante aumento de extensión cervical: mucha tensión.
- Valoración de tensión rot. Int. Gleno-humerales indica una menor amplitud del lado derecho.

CERVICALES

- Palpación de la apófisis mastoides presenta una rotación cráneo a derecha
- Espacio C1-C0 reducido, en extensión e inclinación dcha.
- C2-C1 vuelven a palpase bien.
- Cambio brusco de sentido en la curva a nivel de C5-C3 que están en extensión, escondidas.

- Cervicales bajas en ligera flexión.
- Tanto la latero-flexión como la rotación están más limitadas hacia la izquierda.
- test de ritmicidad cervical casi inexistente
- marcada hipertonicidad en suboccipitales, complexos y trapecio superior

RESPIRACIÓN

Al solicitar una respiración de mayor amplitud para determinar la movilidad torácica, se observa un bloqueo respiratorio importante: tórax hipomóvil estando en situación de inspir.

B. Diagnóstico fisioterapéutico

Tras el análisis anteriormente detallado considero que estamos delante de un sujeto con:

- Restricción de la movilidad articular céfalo-cervical, con retracción de la cadena anterior del cuello (escalenos y ECM) y suboccipitales que producen una protusión de la cabeza en competencia con músculos posteriores del cuello.
- Retracción global importante de la cadena posterior, principalmente en EEII.
- Bloqueo respiratorio importante: tórax en inspir.
- Desequilibrio pelviano asociado a una verdadera pierna corta

C. Objetivos terapéuticos

- Reequilibrar tensiones miofasciales, principalmente región cervical y pelvis.
- Mejora de la dinámica ventilatoria.
- Trabajo de conciencia postural para la adquisición de una mejor postura, incidiendo en el bloque cefálico y torácico.

D. Tratamiento

El tratamiento realizado en base al Método Mézières, está dentro de la planificación del programa formativo. Esta ha sido mi primera propuesta terapéutica por lo que mi experiencia previa a este tratamiento era inexistente. Además debo exponer que las técnicas empleadas en cada sesión estaban condicionadas al avance de la formación. En este sentido, si la duración del postgrado es aproximadamente un año académico, las técnicas que empleaba en cada sesión de tratamiento aumentaban y mejoraban según transcurría la formación.

Aunque el tratamiento no sigue la secuencia mostrada en este artículo, pienso que para facilitar una mejor comprensión del caso, he querido detallar ciertos aspectos técnicos de la terapia.

PRIMERA FASE DEL TRATAMIENTO

1. Región céfalo-cervical

- Masoterapia de superficial a profundo de la musculatura cervical y escapular, trabajo de movilidad articular hacia inclinaciones y rotaciones, tracción occipital con sentido de rectificación, autoalargamiento.^(fig. 9)

Figura 9. Terapia manual para suboccipitales



Comentarios

- Mucha tensión del angular omóplato y trapecio superior: puntos gatillo.
- Aumento de la extensión cefálica a la apertura mandibular (tensión maseteros..).
- Rigidez global del cuello: no se relajaba.

2. Región cintura escapulo-torácica

- Trabajo de recolocación pasiva cintura E-T, sobre todo en retro-pulsión
- Trabajo de recolocación activa con la respiración: contracción-relajación, masaje de
- Liberación miofascial para la musculatura anterior, principalmente pectorales.

Comentarios

- Facilidad a la hora de mantener la corrección excepto a nivel cervical. Tendencia a la hiperlordosis.
- Refería dolor y tensión en pectorales.
- Falta de coordinación entre respiración y movimiento de hombros.
- Dificultad para disociar descenso escapular de retro-pulsión escapular: complicado de controlar las compensaciones.

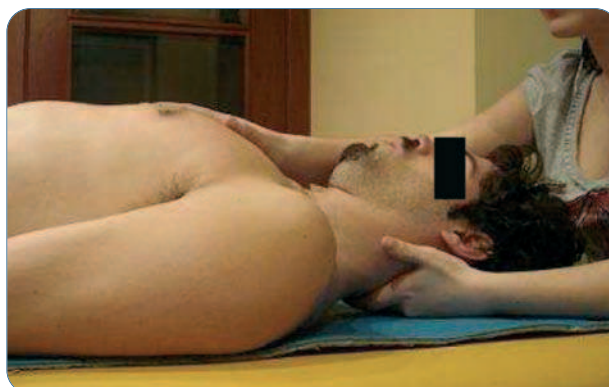
3. Respiración (fig. 10)

- Conseguir un aumento de la movilidad de la caja torácica en todos los diámetros a la inspiración y potenciar la expulsión del aire (por garganta). Respiración libre.
- Es un trabajo asociado a todas las posturas que realizamos: aprovechamos para trabajar la respiración en las posturas que utilizamos, con predominio espiratorio para facilitar un mejor trabajo del diafragma.

4. Postura base

Asociación de las técnicas de recolocación pélvica, cervical, escapular y respiración, con mantenimiento activo controlando las compensaciones. Realmente en esta postura sencilla notaba de principio mucha tensión.

Figura 10. Trabajo para dinamizar el tórax



SEGUNDA FASE DEL TRATAMIENTO

Objetivos

- Dar un equilibrio a la cabeza dentro de la competencia que existe entre musculatura anterior y posterior.
- Trabajo más intenso sobre cervicales después de que el paciente haya aprendido a realizar el auto-alargamiento y tenga mayor conciencia.
- Posturas asimétricas, cada vez más complejas para comenzar a disociar las diferentes partes del cuerpo, liberar la articulación sacro-ilíaca y trabajar sobre la disimetría de las piernas.
- Incluir trabajo de EESS y disociación de cintura escapular-pélvica.
- Comenzar con trabajos en carga.
- Mantenimiento y asimilación de todo lo anteriormente aprendido

Método

- He trabajado la relajación y ritmicidad de cervicales para:
 - Comenzar a romper esa rigidez.
 - Coger confianza y romper la barrera de tensión.
 - Porque es el motivo de consulta y un importante punto que trabajar.
- He buscado un trabajo global de cadena posterior por ser predominante en el paciente.
- Es una postura ideal para poder comenzar a liberar las tensiones de EELL y cervicales de manera bilateral y global, aprender a hacer el auto-alargamiento y trabajar la respiración al mismo tiempo.

Técnicas

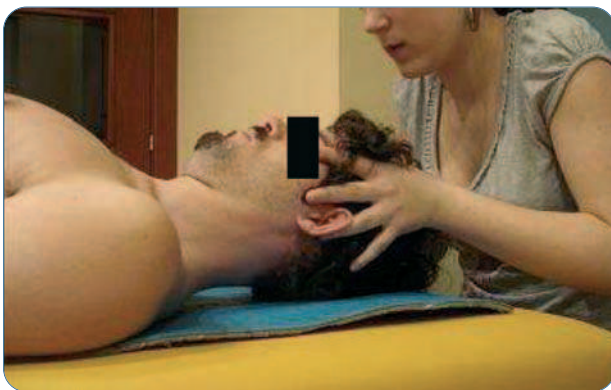
1. Región céfalo-cervical

- Sobre la musculatura anterior: estiramiento miofascial de ECOM e hioideos (ganar más rotación), maniobras de masaje profundo, trabajo de respiración (descenso costillas superiores dando punto fijo en cabeza...) y movimientos de la ATM. (fig. 11)
- Sobre la musculatura posterior: abrir espacio entre occipital-C1, masaje de superficial a profundo (con sentido de rectificación), trabajo continuado con fascia epicraneal, puntos gatillo en maseteros y músculos de la cintura escapular, trabajo de respiración y ritmicidad, abrir-cerrar ATM para disminuir tensiones. (fig. 12)

Figura 11. Terapia manual músculos cervicales



Figura 12. Terapia manual fascia epicraneal



- el trabajo asimétrico para liberar la coxo-femoral y la sacro-ilíaca presenta una gran exigencia y dificultad pero resultaba muy corrector.

3. Trabajo en carga

Finalidad

- Hacer un trabajo más activo de la musculatura implicando a la gravedad.
- Que la cabeza y el cuerpo terminen de adoptar todos los cambios que se hayan podido producir dentro de un esquema próximo a la realidad del paciente.

a) En sedestación

- Auto-alargamiento cráneo-sacral sin implicar a las piernas.
- Después incluimos el estiramiento de cadena posterior del miembro inferior. Necesidad utilizar una banqueta alta para realzarlo. Ejercicio muy duro para el paciente, necesitaba adaptar el trabajo constantemente.
- Buen ejercicio por la activación de la musculatura profunda (erectora del raquis) con sentido de estiramiento axial.

b) En bipedestación

- Con un pie adelantado para estirar la cadena posterior de EEII (tríceps sural sobre todo).
- Trabajo intenso de reequilibración de la pelvis y cintura escapular con punto fijo en los pies.
- Auto-alargamiento cráneo sacral.
- Trabajo de respiración.
- Ejercicio duro y muy difícil de controlar las compensaciones.

Comentarios

- Un trabajo muy agradecido por el paciente.
- Relajación de las tensiones no solo cervicales sino globales (todo el cuerpo).
- En un buen trabajo tanto de cadena anterior como posterior del cuello con el objetivo de devolver a la cabeza una situación de equilibrio entre la competencia que existe.
- Buena posición para trabajar la respiración e incidir en la ritmicidad natural.

2. Región miembro inferior

- Postura simétrica para el estiramiento de la cadena muscular posterior
- Postura simétrica para el estiramiento de la cadena braquial unida a la posterior del miembro inferior (fig. 13)
- Postura asimétrica para el estiramiento de la cadena posterior y lateral (fig. 14)
- Postura asimétrica para la cadena antero-interior del lado derecho y la posterior del lado izquierdo.

Comentarios

- Problemas para entender el auto-alargamiento cráneo-sacral y disociarlo del resto del cuerpo (mucha tensión global).
- Sólo con la postura base ya le tira: mucha tensión.
- dificultad control compensaciones cervicales y facilidad para bloquearse la respiración.
- Muy difícil de realizar conjuntamente. Por eso:

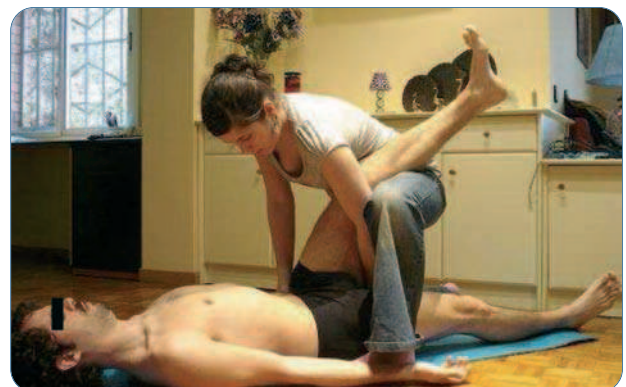
1º Realizar las posturas por separado.

2º Una vez controlado hacer las dos a la vez. (braquial y miembro inferior)

Figura 13. Postura global cadena posterior



Figura 14. Postura asimétrica cadena posterior y lateral



RESULTADOS

La periodicidad de las sesiones fue la siguiente:

- La primera sesión fue el día 3/12/07 duró 50 minutos: exploración.
- Comenzamos con 2 sesiones por semana de 40 minutos de duración.
- A partir de febrero, 1 sesión a la semana de 50 minutos.
- Finaliza el tratamiento el día 28/02/08
- NUMERO TOTAL de sesiones: 17

Resultados morfoestáticos (fig. 15,16 y 17)

- Menor tendencia al desequilibrio anterior
- Aunque sigue habiendo una inclinación GLOBAL hacia la derecha, el cuerpo tiene mayor equilibrio: pelvis, hombros y cabeza equilibrada
- Mejor alineamiento de la cabeza, menos proyección anterior.
- Hombros recolocados: mejora de la antepulsión
- Miembro superior más cerca del cuerpo (visión posterior) y menos flexum de codo
- Curvas raquídeas más armoniosas, menos cifosis torácica
- Mejora en la rectitud del cuerpo (incluso ganancia de altura). Acercamiento líneas verticales ascendente y descendente.

Resultados extensibilidad (fig. 18)

- Pelvis menos retrasada respecto a los pies: menor tensión del tríceps sural
- Mayor extensión de rodillas: menos tensión en isquiotibiales
- Cabeza cae: menos tensión en suboccipitales y complexos
- Mejora global de la extensibilidad de la cadena muscular posterior

Resultados sintomatología

- Desaparición de las algias a nivel cervical y dorsal.

Figura 15. Análisis morfoestático. Visión anterior. Final

Figura 16. Análisis morfoestático. Visión posterior. Final

Figura 17. Análisis morfoestático. Perfil. Final

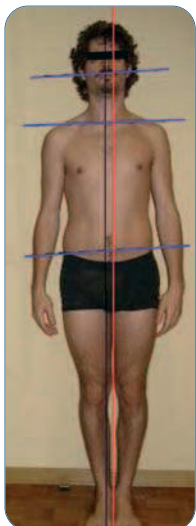


Figura 15

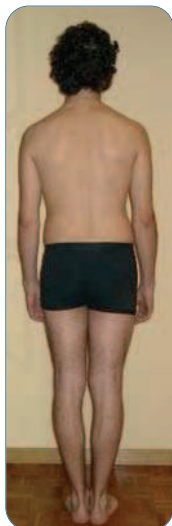


Figura 16

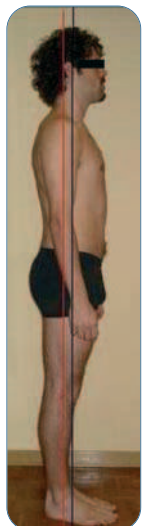
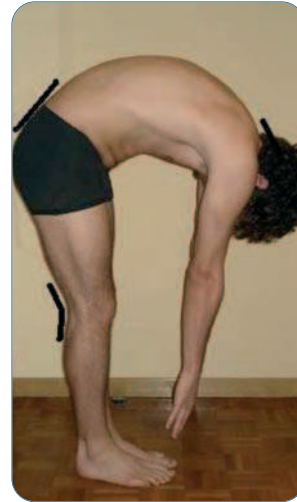


Figura 17

Figura 18. Flexión anterior tronco. Final



CONCLUSIONES

- El trabajo global no solo mejora la postura del paciente, sino que también cambia la propiocepción de éste, haciendo variar muchas de las sensaciones que tenía y mejorando la conciencia corporal. Cada sesión proporcionaba un cambio a nivel de cómo siente su propio cuerpo
- La asociación con técnicas analíticas resulta de gran efectividad.
- Es un trabajo difícil y complejo de realizar. Por eso es muy importante la comunicación con el paciente: saber expresarte, y hacer que entienda lo que buscamos.
- Se necesitan varias sesiones para poder obtener resultados objetivos (visibles) y duraderos en el paciente.
- No solo han mejorado su sintomatología sino su postura y su extensibilidad, si bien es cierto que aún existen muchas cosas a mejorar, principalmente en lo referente a la extensibilidad (fig. 19 y 20).

Este ha sido mi primer caso tratado mediante el Método Mézières, estoy contenta con los resultados obtenidos aunque soy consciente que la experiencia que obtenga en el futuro me permitirá conseguir resultados en un menor espacio de tiempo.

Figura 19. Visión perfil comparativa Figura 20. Flexión anterior tronco comparativa

