

CASO CLÍNICO

ENFOQUE TERAPÉUTICO EN LAS ALTERACIONES POSTURALES DEL ADOLESCENTE

RESUMEN

Introducción. Xavier RA, de 14a., acude a la consulta con su madre refiriendo un problema postural. El paciente no presenta dolor, pero nota su "mala postura", ligeramente encorvado y con una sensación incómoda en la zona cervico-dorsal. El paciente cursa estudios de secundaria y juega al fútbol habitualmente. **Tratamiento.** se realizaron 16 sesiones en el transcurso de 6 meses, basándonos en la reeducación postural por el Método Mézières. **Resultados.** Se objetivó un aumento de extensibilidad en el test de flexión anterior de tronco (FAT), distancia dedos a suelo de 24 cm a 0 cm, así como una mejora de la conciencia corporal y de la postura. **Discusión.** El tratamiento de fisioterapia analítico presenta limitaciones para tratar las alteraciones posturales frente a la propuesta global y personalizada de la reeducación postural. **Conclusiones.** A través de la mejora del tono postural y el reequilibrio de las tensiones de las cadenas miofasciales, se consigue un mejor posicionamiento articular que el paciente integra progresivamente en su esquema corporal. El trabajo sobre la conciencia corporal pone en evidencia los beneficios educativos y preventivos del método Mézières.

PALABRAS CLAVE

Método Mézières, postura del adolescente, cadenas miofasciales.

DEULOFEU BLANCH Thaïs

Fisioterapeuta Mezierista, Barcelona

Correspondencia

Thaïs Deulofeu
thaïs_db@hotmail.com

THERAPEUTIC APPROACH IN TEENAGER POSTURAL DISORDERS

ABSTRACT

Introduction. Xavier RA, fourteen-year-old, comes to the consultation with his mother, and reports a postural problem. The patient does not present pain, but feel his "bad posture", lightly bent with a disagreeable sensation in back region. The patient deals studies of secondary and plays football habitually. **Treatment.** 16 meetings were performed in the course of six months. The treatment was based on the postural reeducation for the Mézières Method. **Results.** An improvement of the flexibility was targeted in the anterior trunk flexion test (ATF), distance fingers to soil changes 24 cm to 0 cm, as well as an improvement of the corporal conscience and posture. **Discussion.** The analytical treatment of physical therapy presents limitations to treat the postural alterations opposite to the global and personalized offer of the postural reeducation. **Conclusions.** A better articular positioning was acquired, across the improvement of the postural tone and the reequilibrium of the myofascial chains. The patient integrates progressively his changes at corporal scheme. The work on the corporal conscience demonstrates the educational and preventive advantages of the Mézières Method.

KEY WORDS

Mézières Method, teenager posture, myofascial chains.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de las alteraciones posturales en la población infantil es cada vez mayor debido a factores medio-ambientales, sociales y a influencias hereditarias y culturales. Estas alteraciones posturales pueden provocar trastornos músculo-esqueléticos, sobre todo a nivel de raquis, alterando las curvas fisiológicas vertebrales. Si bien esta alteración postural suele ser asintomática, puede ser un factor desencadenante de futuras lesiones y problemas de espalda en la edad adulta.

Es en la edad infantil y juvenil cuando se adquieren los vicios posturales que, unidos a una falta de actividad de la musculatura profunda del raquis, favorecerán en el futuro la aparición de problemas de espalda.

La mejor edad para cambiar los hábitos de vida incorrectos que causan gran parte de la patología detectada en Atención Primaria es, sin duda, la infancia. Se conoce que uno de cada tres niños ha consultado alguna vez por dolor de espalda en los servicios de pediatría. Con el mantenimiento de una higiene postural correcta y con la práctica habitual de ejercicio físico podrían prevenirse muchos problemas de salud. (2)

El caso clínico que presentamos se refiere a un joven adolescente con una hipercifosis leve y un acortamiento de la cadena miofascial posterior con déficit en la flexión de cadera.

La reeducación postural personalizada a través del Método Mézières permite reequilibrar la postura y mejorar las curvas vertebrales. El fisioterapeuta ayudará al adolescente a conocer mejor su cuerpo, integrando su postura y respiración en su conciencia corporal.

MATERIAL Y MÉTODO

Paciente masculino de 14 años que refiere una alteración postural con leve hipercifosis, más acusada en la región dorsal superior. El paciente no refiere dolor pero siente que su espalda se inclina hacia delante.

Antecedentes patológicos: tortícolis congénita de nacimiento, entorsis bilateral de tobillos, principalmente el derecho. Ruptura fibrilar de cuádriceps derecho. Portador de plantillas para aumentar el arco interno del pie desde hace unos 2 años.

Actividad principal: estudiante y futbolista (3 veces por semana).

1. EXAMEN CLÍNICO:

1.1 ANÁLISIS MORFOESTÁTICO

1.1.1 VISIÓN ANTERIOR:

Observamos los pies ligeramente planos con apoyo del arco interno, rotación interna femoral bilateral y EIAS equilibradas. Predominio de la cadena braquial con rotación interna bilateral de EESS. Leve torsión de la cintura escapular con ligera elevación del hombro izquierdo.

1.1.2 VISIÓN POSTERIOR:

Observamos un buen equilibrio de EEl y pelvis. Leve latero-flexión dorsal izquierda con elevación escapular y consecuente elevación del hombro izquierdo.

1.1.3 VISIÓN PERFIL:

Existe una buena alineación de los segmentos corporales con ligero desplazamiento anterior del bloque cefálico a partir de C7 aproximadamente. Leve tendencia a dorso plano.

1.2 ANÁLISIS DE EXTENSIBILIDAD MIOFASCIAL

1.2.4 FLEXIÓN ANTERIOR DE TRONCO

En una visión sagital, se aprecia una retracción global de la cadena miofascial posterior, con un desplazamiento posterior y retención de la pelvis en retroversión, déficit de flexión de cadera y columna cervical en extensión. Distancia dedos-suelo: 24cm.

En una visión posterior se puede apreciar una leve gibosidad dorsal izquierda.

1.2.5 DESPLAZAMIENTO Y GESTO

Durante la marcha no moviliza la cintura escapulo-torácica ni las EESS.

Se desplaza globalmente con predominio de la cadena miofascial posterior.

1.2.6 DECÚBITO SUPINO ESPONTÁNEO

Ligera extensión y lateralización izquierda cervical.

Rotación interna de EESS, pronación de antebrazos y hombro izquierdo ligeramente más elevado.

1.2.7 TEST DE LAS CADENAS MIOFASCIALES

A nivel de EEl existe una tensión de toda la cadena miofascial posterior con predominio de isquiotibiales y tríceps sural. También presenta una ligera tensión en psoas y cuádriceps.

A nivel de EESS existe una ligera tensión de la cadena tóraco-braquial, sobretodo en el lado izquierdo, y cadena ántero-interna.

A nivel de la región céfalo-cervical existe una buena movilidad con tensión de la cadena lateral.

1.2.8 RESPIRACIÓN

Poca movilidad del diámetro vertical.

2. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPÉUTICO-MEZIÉRISTA

A partir del examen clínico realizado en base al Método Meziérès se diagnostica una leve alteración postural, típica en el adolescente a nivel del tren superior, y una retracción de la cadena miofascial posterior moderada.

3. OBJETIVOS

Los objetivos propuestos durante el tratamiento son:

- Relajación diafragmática.
- Liberación articular y miofascial del complejo lumbo-pelvi-femoral.
- Recuperar la eutonia a nivel de cintura escapulo-torácica y cefálica.
- Mejorar la extensibilidad miofascial.
- Activar la conciencia corporal y la propiocepción.
- Mejorar la postura y el gesto.

4. TRATAMIENTO: REEDUCACIÓN POSTURAL POR EL MÉTODO MÉZIÈRES.

Iniciamos realizando 1 sesión semanal de 50 minutos durante 12 semanas. Continuamos con 3 sesiones más de forma quincenal y realizamos un control al mes siguiente.

En total, el tratamiento ha constado de 16 sesiones en un periodo de 6 meses.

Durante la práctica de estas sesiones es importante, considerando la edad del paciente, realizar un trabajo en el que el paciente mantenga activa su atención, con ejercicios dinámicos y variados.

4.1 TRABAJO DE LA CONCIENCIA CORPORAL Y LA RESPIRACIÓN

Es esencial para el éxito del tratamiento que el paciente dirija la atención a su cuerpo y dedique unos minutos, al inicio y al final de la sesión, a sentir su postura global. Este trabajo se realiza tanto en bipedestación como en decúbito supino.

El análisis de la movilidad respiratoria se introduce mientras el paciente realiza la eutonia en bipedestación y en decúbito supino. Valoramos la libertad de movimiento de cada zona y la capacidad del paciente para dirigir su respiración. Según los profesores Alexander, la respiración es un movimiento que puede sentirse claramente. Con el tiempo, cuando el cuerpo se libera, la respiración se suelta y el movimiento es capaz de pasar por todo el torso (4).

El trabajo de relajación del diafragma permite recuperar la movilidad del diámetro vertical. Este trabajo es indispensable para toda corrección de la estática. No hay tratamientos del Método Mézières sin educación y liberación del diafragma. (7)

4.2 TRABAJO DE LIBERACIÓN A NIVEL ARTICULAR Y MIOFASCIAL DEL COMPLEJO LUMBO-PELVI-FEMORAL

A través de ejercicios activos asistidos enseñamos al paciente a movilizar independientemente la pelvis, las articulaciones coxo-femorales y el raquis.

Estos ejercicios nos ayudaran a dinamizar la sesión y a relajar todas las estructuras mencionadas anteriormente. Es importante la ayuda de soportes externos, como pelotas blandas, para aumentar la propiocepción y la atención del paciente adolescente.

Nos apoyamos en la terapia manual para liberar la coxo-femoral a través de tracciones rítmicas y movilización de la misma. El objetivo de las técnicas de decoaptación es descomprimir las superficies articulares, mejorando así la nutrición cartilaginosa y el bombeo subcondral. Se debe controlar la falta de dolor y la relajación muscular. La técnica se convierte así en una maniobra de educación a la relajación. (3)

Realizamos técnicas de liberación miofascial y estiramientos a nivel de psoas, cuádriceps, pelvi-trocantéreos, adductores, isquiotibiales y tríceps sural. Al aplicar las técnicas de inducción miofascial se realiza una estimulación mecánica del tejido conectivo. Las restricciones creadas por el déficit motor del sistema miofascial promueven la creación de puntos "gatillo" y producen isquemia, lo que conlleva a un deterioro de la calidad de las fibras musculares. La aplicación de las técnicas de inducción miofascial puede aliviar el dolor, recuperar la función y permitir restablecer el equilibrio postural, siempre y cuando sea apoyado por un buen programa de tratamiento fisioterapéutico. Es recomendable aplicar estas técnicas antes de las de estiramiento, considerando que durante la liberación miofascial se produce el efecto de descompresión, lo que permite una mayor extensibilidad del tejido y facilita el proceso de estiramiento muscular. (2)

Le facilitamos una pauta domiciliaria para apoyar la terapia y la implicación del paciente.

Le explicamos la importancia de hacerlos antes y después de su práctica deportiva.

4.3 TRABAJO SOBRE EL PIE

Muchas personas creen que son víctimas de esta deformación patológica que se llama "pies planos", pero en la mayoría de casos, si se "aplastan" los pies es porque están sometidos a las tracciones de músculos demasiado rígidos y cortos. Estas tracciones pueden venir de la parte alta del cuerpo. (1)

Realizamos un trabajo intrínseco de liberación sobre todas las articulaciones y estructuras blandas del pie. Introducimos el trabajo de pie, según el Método Meziérès, para disociar los movimientos a este nivel y relajar todas las estructuras.

Iniciamos un trabajo extrínseco de activación del arco interno del pie a través, principalmente, de la sollicitación del tibial posterior y peroneo lateral largo. Completamos

la sesión con el trabajo en carga, donde podemos usar de apoyo unos bastones delgados que colocamos en la parte media de cada pie para aumentar el apoyo externo.

4.4 POSTURAS MÉZIÈRES

4.4.1 POSTURA DE CADENA ANTERIOR Y APERTURA DE BRAZOS

Este trabajo va dirigido a la alineación de los segmentos corporales, al estiramiento de la cadena tóraco-braquial y ántero-interna de las EESS, de la cadena ántero-interna de las EEII y de la cadena anterior de raquis.

4.4.2 POSTURA DE CADENA POSTERIOR

Dirigida al estiramiento de toda la cadena miofascial posterior, desde suboccipitales hasta tríceps sural y extensores de dedos.

4.4.3 POSTURA DE CADENA POSTERIOR EN CARGA

En este caso introducimos esta postura en la quinta sesión, debido al buen aprendizaje que ha realizado. Este trabajo va dirigido al estiramiento de la cadena miofascial posterior en cadena cinética cerrada, a la tonificación

en excéntrico de la musculatura profunda del raquis para aumentar la estabilidad postural y a la recolocación del sistema fémoro-patelar y del pie en el trabajo en carga.

Antes del trabajo postural, es necesario que el paciente conozca correctamente el movimiento de flexión de cadera en bipedestación, ya que una gran parte de la población realiza la flexión de tronco a través de la zona lumbar. Para este aprendizaje utilizamos la ayuda de un bastón de reeducación, que facilite el contacto de toda la columna vertebral en bipedestación. Informamos al paciente que debe realizar la flexión de tronco sin perder el contacto del bastón entre occipital y sacro.

Evolucionamos en la postura introduciendo un plano inclinado para incidir en el estiramiento del tríceps sural.

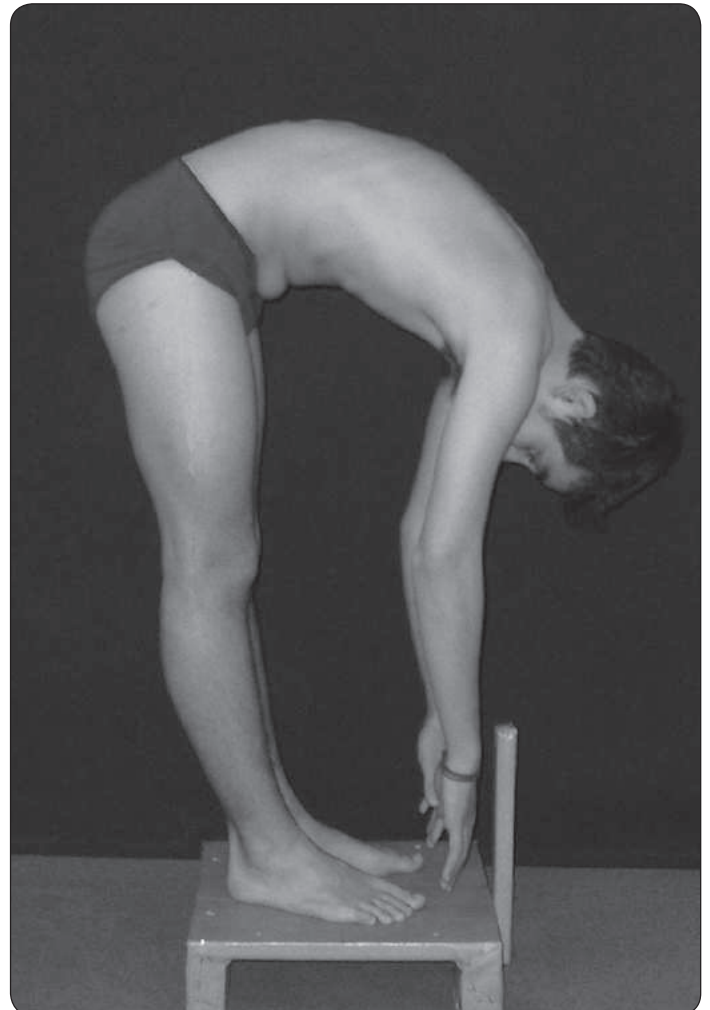
4.4.4 POSTURA EN SEDESTACIÓN (EN SEMICARGA)

Introducida en la séptima sesión. Dirigida a realizar un estiramiento de la cadena miofascial posterior y de la cadena ántero-interna de EESS y una tonificación de forma excéntrica de la musculatura profunda del raquis. Es una postura de gran apoyo desde el punto de vista

Figura 1. Test FAT en septiembre de 2009



Figura 2. Test FAT en febrero de 2010



educativo del adolescente, para que conozca y sienta la buena posición de su espalda y pelvis en sedestación.

Se introduce en la postura un trabajo para el dorso plano con la finalidad de relajar la zona dorsal e interescapular, armonizando así las curvas del raquis.

Es muy importante una buena colocación de la pelvis y el control para evitar su retroversión a medida que avanzamos en la postura. En este caso es de gran dificultad para el paciente debido a la tensión de la musculatura posterior de las EEII.

4.4.5 POSTURA EN BIPEDESTACIÓN (EN CARGA)

Dirigida a completar el trabajo realizado en las anteriores posturas. Se busca la aproximación a la normalidad morfológica, la reeducación propioceptiva y el control postural. (5)

RESULTADOS

Una vez terminado el tratamiento, el paciente presenta una mejoría en la extensibilidad de la cadena miofascial posterior y una liberación del complejo lumbo-pélvico-femoral, permitiendo, de este modo, conseguir un aumento de flexión coxo-femoral, una mejora en la flexión anterior del tronco y un menor desplazamiento posterior de la pelvis.

Asimismo, existe una mejora en su conciencia corporal y en su capacidad propioceptiva postural, lo que le permite mantener una postura más equilibrada, cómoda y energéticamente más económica.

(Fig. 1 y 2)

DISCUSIÓN

Dentro del mundo actual de la fisioterapia, la terapia global es difícil de aplicar fuera de la consulta privada. Es un tratamiento que necesita unas condiciones, de entorno y de tiempo, que no se pueden dar, en muchas ocasiones, en la práctica diaria de nuestra realidad socio-profesional.

Otro handicap que nos encontramos al analizar la postura bípeda, es saber si el método de fotometría digital diseñado es el adecuado. Para ello trabajamos hacia la realización de un estudio de investigación cuyo principal objetivo sea validar la fotometría digital para analizar las alteraciones posturales en posición estática bípeda frente a la radiología. (6)

Durante la adolescencia adquirimos vicios posturales que pueden llegar a ser dolorosos. Delante de estas molestias, acudimos al médico y habitualmente nos pauta un tratamiento basado en una tabla de ejercicios dirigidos a la tonificación y estiramiento de ciertos segmentos musculares.

Este tratamiento, desde un punto de vista postural, es insuficiente, y no tiene como objetivo prevenir deformaciones ni mejorar el esquema corporal global. La terapia postural personalizada a través del Método Mézières nos permite reequilibrar la postura, flexibilizar la musculatura y mejorar las curvas verte-

brales fisiológicas. Con esta técnica, el fisioterapeuta ayudará al adolescente a conocer mejor su cuerpo, integrando su postura y su respiración.

CONCLUSIONES

Tratar a un adolescente es un reto para el fisioterapeuta mezeirista. Es preciso hacer hincapié en la importancia de la buena relación que debe existir entre fisioterapeuta y paciente. Así como, en la necesidad de plantear sesiones de tratamiento con ejercicios dinámicos y motivadores. El paciente debe pasárselo bien durante la sesión y mantener toda su atención para que el tratamiento sea exitoso. Con este objetivo hemos apoyado la terapia postural con estímulos propioceptivos, dificultades progresivas y variantes múltiples que nos ayudan a mantener su atención a lo largo de todo el tratamiento.

Me gustaría finalizar remarcando la importancia del rol preventivo y educativo del Método Mezières, que permite una mejoría en el tono postural y una mayor libertad articular y muscular. Las mejorías posturales se integran progresivamente gracias a la propiocepción de la conciencia corporal, perdurando en el tiempo y acompañando al joven en sus años de crecimiento hasta su madurez.

AGRADECIMIENTOS

El éxito de la terapia reside en una implicación de todas las partes, fisioterapeuta, paciente y familia durante el tratamiento. Por ello quiero agradecer a Xavi su implicación, constancia e ilusión depositadas durante las sesiones compartidas. Y a su madre, la confianza depositada en nosotros y su permiso para la publicación de este caso.

Y, por supuesto, a todos mis compañeros por sus consejos y sugerencias.

Y a Vidal.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Bertherat T. La guarida del tigre. Barcelona: Ed. Paidós; 1989.
- (2) Pedregosa M M; Soler R M; Llorens M, et al. Educación Sanitaria sobre higiene postural impartida en escolares. Rev. Soc. Dolor 9 (2002): 270-272.
- (3) Revilla JR. La buena postura del niño y el adolescente. Barcelona: La Vanguardia; Suplemento Salud y Vida; 2010.
- (4) Pilat A. Terapias miofasciales; inducción miofascial. Madrid: Ed. McGraw-Hill; 2003.
- (5) Sohler R, Company M. Fisioterapia analítica de la articulación de la cadera. Madrid: Ed. Médica Panamericana; 2009.
- (6) Conable B&W. Como aprender la técnica Alexander. Ed. Obelisco; 1992.
- (7) Revilla JR, Ramírez J. Fisioterapia Global Miofascial. Concepto Mézières. Posgrado Universidad Internacional de Catalunya (UIC); 2003.
- (8) Ramírez J, Revilla JR. Análisis, evaluación morfoestática y de la extensibilidad muscular mediante la fotometría digital. Actualitzacions en fisioteràpia. Número III. 2007: 11-17.
- (9) Bessou G. Aporte del Método Mézières en el tratamiento de los desequilibrios morfoestáticos y sus patologías. XI Congreso Internacional de la Association Méziériste Internationale de Kinésithérapie (AMIK). Barcelona: Libro de conferencias; 2006: 10-21.