

LAS MANIPULACIONES EN CINTURA ESCAPULAR

TÉCNICAS DE NORMALIZACION DE LA CLAVICULA

Manipulación esterno-clavicular

Maniobra de movilización bilateral esterno-clavicular

Manipulación acromio-clavicular

La clavícula presenta dos articulaciones, la proximal o medial la relaciona con el esternón y es una diartroanfiartrosis. La distal o lateral es la acromioclavicular, es una diartroanfiartrosis y es más sólida y menos móvil que la anterior. Funcionalmente forma el techo de la articulación del hombro. La esternoclavicular es más móvil que la acromioclavicular y por ello sufre con más frecuencia situaciones de disfunción, de bloqueo o de inestabilidad que en muchas ocasiones la llevan a situaciones de subluxación que suelen soportarse bastante bien, pero es muy difícil que sufra fracturas articulares. En cambio la acromioclavicular es una anfiartrosis fibrosa que sufre frecuentemente subluxaciones y luxaciones y en ocasiones fracturas intraarticulares de trazo clavicular, acromial y raramente de ambos huesos.

La exploración de ambas articulaciones es sencilla y se basa en una palpación cuidadosa mientras se mueve el miembro superior en todas direcciones, poniéndose de manifiesto sus alteraciones por malposiciones, desplazamientos y dolor.

Las técnicas manipulativas buscan normalizar, reducir y reponer en posición correcta, sobre todo desde el punto de vista funcional, las superficies articulares.

MANIPULACIÓN ESTERNOCLAVICULAR

Se trata de una reposición clavicular mediante una movilización unidireccional sin impulso, a emplear cuando los movimientos de traslación posterior o inferior están disminuidos.

Con el paciente en camilla, en decúbito supino se apoya la eminencia hipotenar de la mano rectora del médico, ejerciendo una presión reforzada con la otra mano, sobre el extremo próxima! De la clavícula, pero no sobre la articulación. Se puede sincronizar esta presión con la espiración del paciente.



Foto 15

Para la movilización inferior, se hace presa en el extremo proximal de la clavícula con el índice y el pulgar de la mano rectora del manipulador y se refuerza el movimiento con la otra mano.

Foto 16

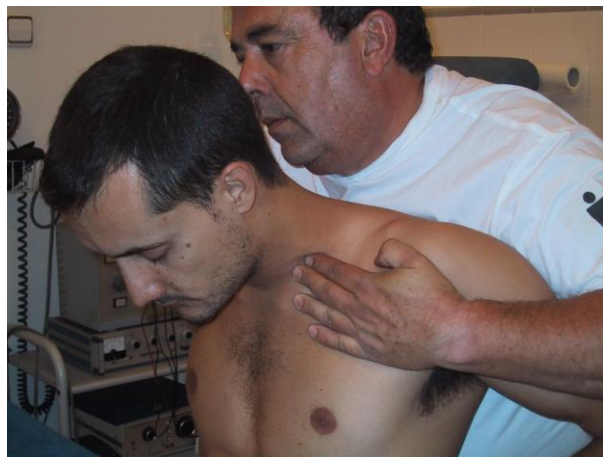


MANIOBRA DE MOVILIZACIÓN BILATERAL ESTERNO-CLAVICULAR.

Indicada en las algias derivadas de entorsis esternoclaviculares, se emplea también para movilizar y descomprimir la articulación o bien como maniobra complementaria de otros tratamientos de la cintura escapular.

Con el paciente sentado en un taburete, los brazos semiflexionados y las manos aovadas en los ilíacos con los pulgares delante y el tronco inclinado, el médico se sitúa detrás situando sus dos manos sobre la cara anterior del tercio distal de ambas clavículas y los dedos índice y medio en las esternoclaviculares para testar el movimiento de las mismas y los pulgares en los relieves deltopectoriales de los hombros.

Foto 17



Los antebrazos del médico rechazan hacia atrás ambos codos del paciente, a la vez que hace contrapresión en la espalda del paciente avanzando contra el mismo el tórax y el abdomen, lográndose así la puesta en tensión.



Foto 18

La manipulación se logra con un brusco descenso de todo el montaje al doblar el médico sus rodillas de golpe.

MANIOBRAS DE MANIPULACIÓN ACROMIOCLAVICULAR

Existen varias maniobras manipulativas en la acromioclavicular, unas totalmente pasivas y otras que cuentan con el concurso activo del paciente en el momento de la manipulación.

Primera técnica

Consiste en situarse detrás del paciente sentado, con el tronco inclinado hacia delante y la mano apoyada en el reborde iliaco, el médico se sitúa detrás y abraza de manera envolvente al paciente situando sus manos sobre la cara anterosuperior del hombro, tirando de la cabeza humeral hacia atrás con la mano posterior y frenando el desplazamiento del segmento distal de la clavícula con el dedo índice de la mano anterior.

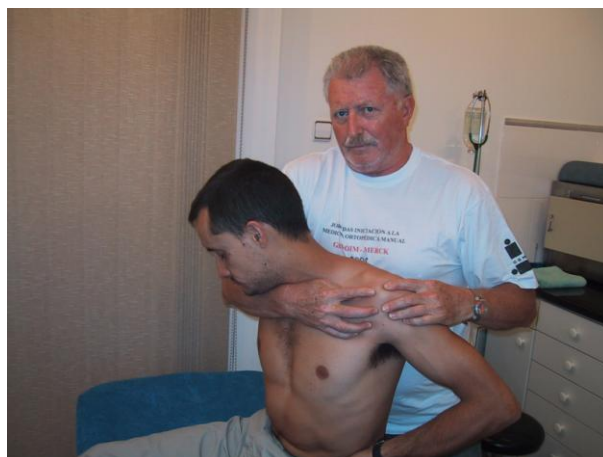


Foto 19

La puesta en tensión se logra al desplazar hacia atrás codo y hombro, y la manipulación se produce automáticamente al flexionar el médico sus rodillas de manera brusca.

Segunda técnica

Utiliza un mecanismo de rotación contra apoyo manual. Con el paciente sentado, y el manipulador a su lado pero algo más retrasado, se eleva de manera pasiva el antebrazo “en saludo nazi”, mientras con la mano más proximal al paciente se frena el desplazamiento del hombro comprimiendo con la eminencia tenar la porción más distal de la clavícula.



Foto 20

La puesta en tensión se consigue al pedirle al paciente que flexione el tronco hacia delante mientras se frena su mano en alto.



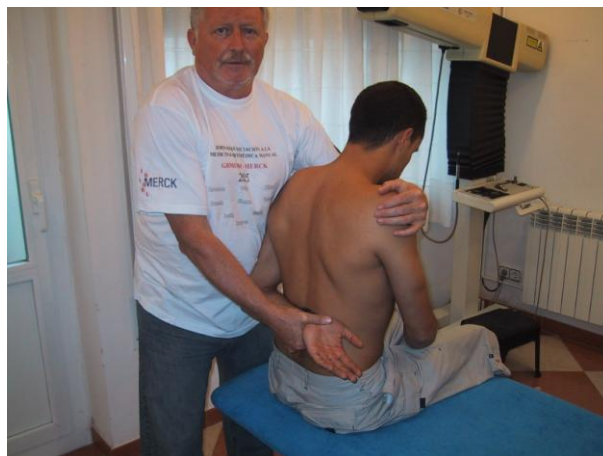
Foto 21

La manipulación se realiza por presión brusca hacia abajo sobre el extremo clavicular con la mano apoyada en el hombro.

Tercera técnica

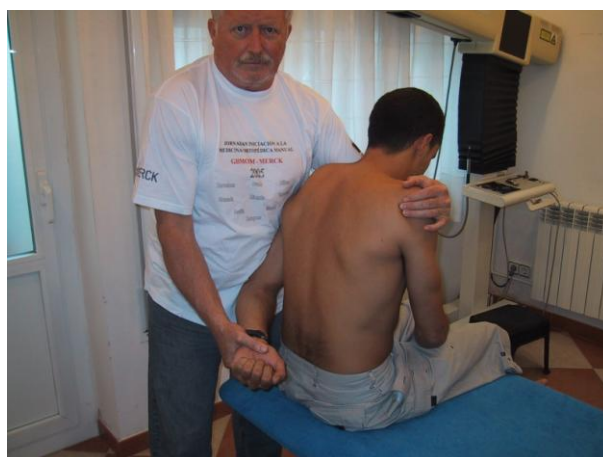
Totalmente opuesta a la anterior. Con el paciente sentado en el taburete y enlazado por delante hasta el hombro opuesto con nuestra mano anterior, se lleva el miembro superior a la posición posterior en rotación interna mientras se le indica al paciente que mantenga la mano abierta con la palma mirando hacia arriba al tiempo que sostenemos la muñeca en la horizontal con nuestra mano posterior.

Foto 22



La puesta en tensión se logra al retrasar la mano del paciente, y la manipulación al cerrar el paciente bruscamente la mano mientras mantenemos la tensión del antebrazo hacia atrás.

Foto 23



Cuarta técnica

Consiste en una automanipulación. Partiendo de la posición con el paciente sentado en taburete o al extremo de la camilla, el médico se sitúa a su lado, frente al hombro, mientras el paciente pone su codo sobre el hombro anterior del médico y la mano en alto con la mirando a su cabeza.

Foto 24



El médico enlaza sus manos abrazando el hombro por delante y por detrás a la vez que con ellas ejerce presión hacia el suelo (puesta en tensión).

Foto 25

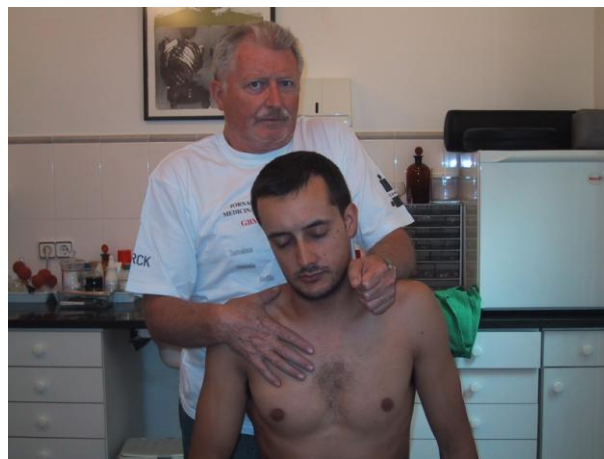
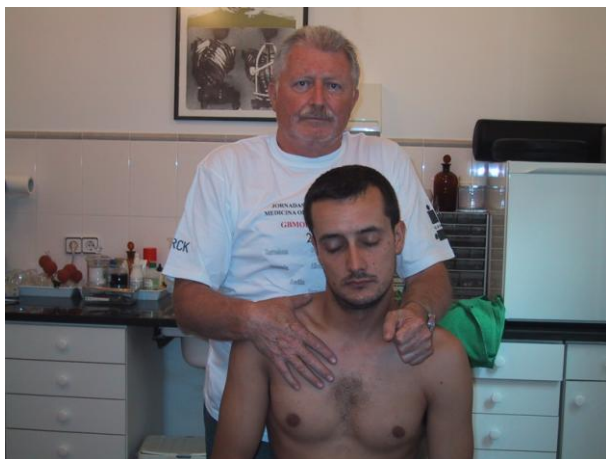


En cuanto a la manipulación la efectúa el propio paciente al dejar caer por delante la mano y el antebrazo, imprimiendo un movimiento rápido de rotación interna al húmero al dirigir sus dedos hacia el suelo.

Estas dos últimas técnicas, que requieren la colaboración del paciente son las mas seguras y las de elección preferente.

Técnica de Dvorák

Los hermanos Dvorák, de la escuela suiza, preconizan otra manipulación con concurso activo por parte del paciente, que realizan con éste sentado y el manipulador situado detrás y de pie, en la que una presión axial ejercida por parte del borde del antebrazo caudal del manipulador sobre el tercio distal de la clavícula, es contrarrestado por una tracción de los escalenos y de la posición descendiente del trapecio al realizar el manipulador con la otra mano una lateroflexión y rotación de la cabeza hacia el otro lado con su mano cefálica.



Fotos 25 y 26

La manipulación la consigue el propio paciente al intentar levantar de manera brusca el hombro del mismo lado.

Foto 27