

Manipulaciones del Hombro

Yvon Lesage

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

Escápulo-Torácica Gleno-Humeral Acromio-Clavicular Esterno-Clavicular

Los diferentes componentes de la cintura escapular tienen una acción compleja y complementaria, ello permite todos los movimientos del hombro. La articulación gleno-humeral se encarga de la mayor parte del trabajo pero la escápulo-torácica y las articulaciones acromio y esterno claviculares tienen una importancia que ha sido descuidada o ignorada equivocadamente durante mucho tiempo. Son complementarias y también interdependientes. La afectación en una de ellas repercute obligatoriamente sobre las demás. No es necesario insistir en el importante papel fisiológico y patológico de los complejos cápsulo-ligamentosos y sobretodo músculo-tendinosos articulares. Todas nuestras manipulaciones periféricas siempre se acompañan de la movilización de las articulaciones supra y sub yacentes a la articulación problema. Esto aún es más evidente en el hombro, donde abordamos la manipulación específica tras haber movilizado todo el complejo periférico.

Articulación Escápulo-Torácica

Primera técnica: brazo en adducción

Puede usarse incluso ante la presencia de una capsulitis retráctil muy importante. El paciente se acuesta sobre su lado presumiblemente sano, con la pierna inferior doblada y la superior extendida. Esta posición permite obtener una buena estabilidad. El brazo opuesto está extendido a lo largo del cuerpo o replegado por delante en la camilla.

El manipulador se coloca delante del paciente, con su abdomen contra el tórax de éste (Fig.1).



Fig. 1

Uno de los brazos pasa por encima del hombro doloroso y atrapa el borde interno del omoplato. El otro brazo se desliza por debajo del brazo del sujeto y sujeta el ángulo inferior del omoplato (Fig.2).



Fig. 2



Fig. 3

Se aplica un movimiento de circunducción, inicialmente lento, después más rápido, pero sobretodo muy suave; que permite movilizar el omoplato sobre el tórax. Este movimiento se efectúa en un sentido y otro por igual, hasta obtener una buena flexibilidad (Fig.3).

Segunda técnica: brazo en abducción

Cuando el brazo puede colocarse en abducción e incluso cuando existe simplemente una buena elevación anterior, el manipulador transfiere, sin cambiar su posición, el brazo semiplegado del paciente a su brazo superior. Los apoyos de las manos permanecen igual (Fig.4).

En un primer tiempo, la mano inferior bascula el ángulo del omoplato hacia la camilla (Fig.5)



Fig. 4

30



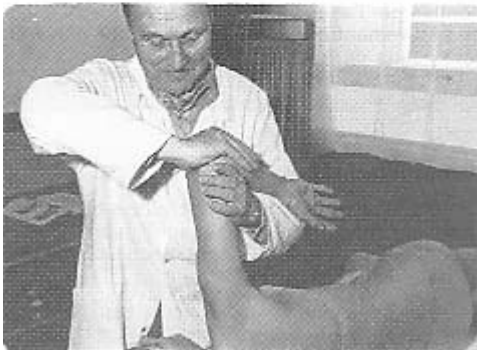
Fig.5

En un segundo tiempo el tórax se apoya en el borde interno del brazo, obligando a bascular al ángulo del omoplato hacia arriba y adelante, con un movimiento muy suave, muy progresivo, manteniendo el apoyo con intensidad. Este movimiento siempre se debe ejecutar hasta el límite de la resistencia. Permite que a menudo se eliminen algunas adherencias capsulares residuales.

Tercera técnica: el pilón



Este movimiento sigue al precedente cuando es posible elevar el brazo al cenit con el codo doblado (Fig.6). Una mano se coloca debajo del pliegue del codo; la otra por encima del olécranon, la mano del paciente colgando. Se ejecuta un movimiento de pilón de arriba a abajo con amplitud progresiva. Según las posibilidades de movilización, el antebrazo del paciente se coloca hacia abajo (Fig.7), o hacia arriba (Fig.6). Cuando es posible es deseable modificar la orientación del brazo para cambiar las referencias de la articulación. El último movimiento debe ser aún más amplio, y con un gesto seco hacia arriba, debe despegar las superficies articulares.



Esta tercera técnica, finaliza el abordaje de la escapulo-torácica para tratar el hombro propiamente dicho.

Fig. 6 et 7

Articulación Gleno-Humeral



Las tres técnicas siguientes afectan principalmente a la gleno-humeral, pero en cierto grado, también a la acromio-clavicular. El uso de una u otra viene condicionado por el examen clínico siguiendo el principio del movimiento contrario al movimiento doloroso (sentido del no dolor)

Primera técnica

Esta primera técnica es comodín e incluso se puede utilizar en un hombro congelado. Tiene como fin esencial el despegar las superficies articulares.

El paciente sentado en un taburete bajo, brazos a lo largo del cuerpo, el afecto con el codo flexionado. El médico se coloca a su lado con los pies separados y las rodillas flexionadas. Desliza su brazo bajo la axila, con la mano hacia arriba sujeta la palma de la otra mano (Fig.8). El codo del paciente doblado en ángulo recto reposa distendido sobre el arco formado por los brazos del manipulador. El mismo codo se mantiene pegado al cuerpo del manipulador en el vacío o en pliegue inguinal de éste (ello es muy importante: punto pivote).

La ligera flexión de las rodillas permite obtener la puesta en tensión. Con un movimiento seco se levanta, sin olvidar bascular la pelvis hacia delante, lo que permite colocar el brazo en adducción forzada; combinando el poyo de todo el brazo en la axila, provoca una apertura potente pero nada brutal de la articulación gleno-humeral (Fig.9).



Fig. 8 et 9

Segunda técnica

Esta técnica se utiliza cuando es posible la elevación del brazo (signo del peine negativo) y cuando la retropulsión es dolorosa o imposible (signo del sujetador positivo).

Sujeto siempre sentado en un taburete bajo, brazo en ángulo recto, antebrazo a la vertical hacia arriba, palma de la mano adelante, mano abierta. El manipulador se coloca lateralmente, detrás del brazo, no de la espalda, una mano en contraapoyo detrás del hombro, con el codo del paciente en el abdomen del manipulador (Fig.10). La otra mano se coloca abierta en la mano abierta del paciente. Una presión contrariada de los dos brazos obtiene la puesta en tensión, el movimiento breve y seco, la manipulación (Fig.11). Esta manipulación afecta esencialmente a la gleno-humeral y a la acromio-clavicular.



Fig. 10

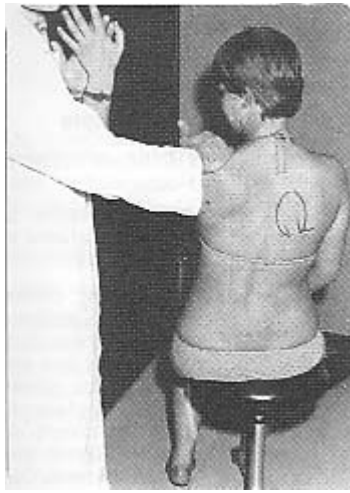


Fig. 11

Tercera técnica

Esta es para usar a la inversa de la precedente, cuando está libre la retropulsión pero el paciente es incapaz de colocar su mano sobre la cabeza (signo del peine positivo).

Paciente sentado en el taburete, antebrazo detrás de la espalda, brazo pegado al cuerpo. Este último punto es muy importante ya que en caso contrario sería posible provocar una rotura del manguito rotador. Manipulador detrás del paciente, el codo cerca de la ingle. La mano del mismo lado en contraapoyo delante del hombro, la otra mano con los dedos ligeramente flexionados, se coloca detrás de la muñeca (Fig.12). El movimiento de manipulación consiste simplemente en cerrar la mano, lo que teniendo en cuenta el pivote del codo, de al antebrazo un ligero movimiento hacia atrás (como en un armloch) (Fig.13).

Esta potente manipulación ha de ser controlada y el movimiento ejecutado con la punta de los dedos muy suave y limitado (Fig.14). Afecta a la vez a la glenohumeral y a la acromio-clavicular.



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14

Acromioclavicular

Primera técnica

La manipulación selectiva de esta articulación se efectúa de la manera siguiente. Sujeto sentado en el taburete, la mano sobre la cadera, pulgar hacia delante. Éste será el punto pivote (Fig.15). El manipulador coloca su flanco contra la región lumbar del paciente. Su hueco axilar sobre el hombro sano del sujeto (contraapoyo) Piernas bien flexionadas (como en un inicio de técnica de cadera en judo) (Fig.16), el brazo opuesto sobre la clavícula opuesta. La otra mano atrapa la masa del hombro que será manipulado. El borde interno del antebrazo reposa en la cara postero-externa del brazo del paciente. La manipulación consiste en una flexión brusca de las dos piernas, acompañándola con un ligero movimiento del codo acercando el brazo al cuerpo (Fig.17).



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17

Segunda técnica

El manipulador se coloca al lado del paciente, éste coloca el brazo en su hombro, con el antebrazo dirigido hacia arriba; las dos manos juntas, se apoyan en el extremo distal de la clavícula (Fig.18). Se ejerce una presión rápida al tiempo que se solicita un descenso brusco del antebrazo (Fig. 19).



Fig. 18



Fig. 19

Esterno-Clavicular

Es difícil manipular una única esternoclavicular. Es más simple solicitar las dos articulaciones al unísono. Paciente sentado en el mismo taburete. Los dos brazos semiflexionados, manos en las caderas, pulgares adelante (puntos pivote) (Fig.18). El médico se coloca detrás, abdomen sobre tórax, solidarizando con firmeza la espalda del paciente, piernas flexionadas. La cara interna de los antebrazos sobre la cara posteroexterna de los brazos del paciente (Fig.19). Las dos manos abiertas, pulgares bien separados, el borde externo del antebrazo y del pulgar engloban los hombros. El movimiento de manipulación es un poco más complejo. Comprende la flexión de las piernas y un empuje hacia delante del tórax, que asegura la puesta en tensión, y un estiramiento posteroexterno de los brazos acompañado de apoyo de los antebrazos sobre los brazos.



Fig. 18



Fig. 19
