

LAS MANIPULACIONES COSTALES: TÉCNICA

Georges BERLINSON
21 000 DIJON

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

La costilla forma parte de una cadena articular compleja en la que todas las piezas son interdependientes. Recordemos que las vértebras torácicas contienen doce articulaciones. Es decir, que cuando existe un dolor costal hay que tratar en primer lugar el segmento raquídeo correspondiente, y sólo si persiste el dolor costal se tratará la costilla (Fryette).

En este estudio solo abordaremos las costillas esternales, las que se relacionan con el esternón; excluyendo las no-esternales (costillas falsas) y la primera costilla, que serán objeto de un estudio particular.

RECUERDO BIOMECÁNICO

Las costillas medias se mueven hacia adelante y hacia afuera en inspiración, y hacia atrás y adentro en espiración. El eje que une una costo-vertebral con una costo-transversa se sagitaliza progresivamente y a medida que las costillas son más bajas.

Además la costilla se « enrosca » sobre sí misma lo que hace que el borde superior sea « prominente » en inspiración mientras que en espiración es el borde inferior el que es prominente.

EXAMEN CLÍNICO

Tras examinar y tratar el segmento raquídeo que corresponde a la costilla dolorosa (atención; la costo-transversa es mucho más alta que la convexidad costal correspondiente), se examina la costilla:

Palpación

La palpación en decúbito prono permite observar una costilla más prominente que sus homólogas. Luego el paciente se estira en decúbito lateral, sobre el lado no doloroso, con el tórax elevado con un cojín o la rodilla. En esta posición se aprecia el movimiento relativo de esta costilla, que puede ser menor respecto a la superior o la inferior. Para lograrlo, el dedo índice y medio se colocan en el espacio intercostal supra y sub yacentes.

Movilización

En un tercer tiempo con el paciente sentado, el examinador movilizará la costilla en las distintas direcciones para saber cual es la dirección dolorosa. Esta movilización puede hacerse directamente con la costilla o indirectamente por medio del raquis torácico.

Las tres maniobras de movilización directa son:

- La presión directa sobre el arco posterior de atrás hacia adelante.
- La presión directa en el borde superior del arco medio de arriba a abajo.
- La presión directa en el borde inferior del arco medio de abajo a arriba.

Los dedos en gancho.

Estas dos últimas maniobras, descritas por Maigne, son aplicables sobretodo en las costillas flotantes.

Las dos maniobras de movilización indirecta son:

- la lateralización dorsal contralateral que abre el tórax y lleva la costilla hacia adelante, en inspiración.
- La lateralización dorsal homolateral que cierra el tórax y lleva la costilla hacia atrás, en espiración.

Ejemplo clínico

Un paciente se queja de un dolor torácico en espiración en el 6º arco costal izquierdo.

Tras practicar los exámenes habituales radiológicos y biológicos, plantea el tratamiento con manipulación. La lateralización izquierda es dolorosa, mientras que la derecha es libre.

Realizado el examen segmentario raquídeo en T6-T7, la palpación revela que el cuello de la 6ª costilla izquierda « sobresale », y el examen en decúbito lateral confirma la restricción de la movilidad relativa de esta costilla respecto a la superior y a la inferior.

LAS MANIPULACIONES COSTALES EN ANTEPULSIÓN

Distinguimos dos tipos de manipulación costal:

- la manipulación en antepulsión y
- la manipulación en retropulsión.

I) MANIPUALCION EN DECÚBITO DORSAL

Posicionamiento: Localización de la 6ª costilla izquierda. La eminencia tenar del médico se coloca sobre el cuello de la 6ª costilla izquierda (a 4 traveses de dedo por fuera de la línea media). El borde externo del radio se hace coincidir con la curva costal. Lateralización derecha del paciente manteniendo la cifosis en este nivel ^(Fig. 4).



Puesta en tensión por cierre de los diferentes parámetros sin variar de nivel.
(Fig. 4 bis)



Manipulación al final de la inspiración por transferencia del peso del cuerpo con un impulso seco y poco potente que imprime un impulso postero-anterior al mismo tiempo que una tracción ejercida por la interposición del antebrazo del médico que tira de la costilla hacia adelante y hacia afuera.

II) MANIPULACIÓN EN SEDESTACIÓN (Fig. 5)



Control de la escápula que implica una latero flexión izquierda del sujeto.
Localización y Puesta en Tensión como en la foto (Fig. 5). Impulso al final de la espiración con la transferencia del peso del cuerpo del médico a su pie izquierdo sobre el cuello de la costilla hacia adelante y arriba con el 5º metacarpiano que rodea la costilla.

III) MANIPUALCIÓN EN ANTEPULSIÓN EN SEDESTACIÓN. VARIANTE CON LA RODILLA ^(Fig. 6)



La técnica es absolutamente superponible a la anterior. El posicionamiento es idéntico incluso la localización, que será más fácil si se hace con la mano. Luego el médico aplicará la cara interna de su rodilla sobre la costilla sin cambiar la localización; y ejercerá sobre la costilla un impulso seco y rápido hacia adelante al final de la inspiración. En algunos casos se puede mejorar el confort colocando un cojín pequeño sobre la rodilla.

IV) TÉCNICA EN DECÚBITO PONO. ANTEPULSIÓN DE LA 6ª COSTILLA DERECHA ^(Fig. 7)



Estas técnica requieren gran experiencia ya que como todas las técnicas con « retroceso » la dosificación del impulso de la manipulación debe ser perfecta ya que pueden lesionarse las estructuras subyacentes; en particular el plastrón condro-esternal que es muy frágil. No se trata de aplastar al paciente. Es imperativo que el paciente esté con los brazos colgando. Para ello se

manipulará en una camilla móvil en posición baja, o de rodillas sobre una camilla normal.

Describamos ahora la técnica. Vamos a tratar la 6ª costilla derecha con antepulsión.

Posicionamiento: El sujeto en decúbito prono. Se coloca en ligera lateralización derecha para “abrir” el hemotórax derecho. La mano derecha del operador toma contraapoyo en la transversa izquierda del nivel suprayacente (T5). El pisiforme izquierdo en el borde inferior (que sobresale) de la 6ª costilla derecha sobre el cuello de ésta (la convexidad costal por fuera de la masa de la musculatura espinal).

Puesta en Tensión por torsión de las dos manos. Esta torsión se hace con la rotación de la mano en pronación, hacia el radio o hacia el cubito para eliminar la inercia de las partes blandas y realizar así una primera puesta en tensión.

Manipulación por impulso hacia arriba y adelante al final de la inspiración. El impulso se obtiene con la contracción seca de los pectorales del práctico, lo que provocará una amplitud vertical muy débil, del orden de ½ cm.

V) TÉCNICA DESCRITA POR R. MAIGNE (Fig. 8).



Paciente sentado a caballo. El operador, de pie detrás del paciente.

Se practica el test de la costilla. Si la presión es dolorosa hacia abajo, el impulso se efectúa hacia arriba con el índice enganchando el borde inferior de la costilla, el pulgar ejerce contrapresión en el borde superior del extremo espinal de la costilla. Así se realiza un brazo de palanca, y la manipulación se efectuará al final de la inspiración. Si la presión es dolorosa hacia arriba, el índice en el borde superior de la costilla la empujará hacia abajo, el pulgar se coloca en el borde inferior del extremo costal, el impulso al final de la espiración.

CAUSAS DE FRACASO EN LAS MANIPULACIONES EN ANTEPULSIÓN

1) Localización defectuosa

La impulsión hay que hacerla sobre el cuello de la costilla, es decir, en la parte posterior de su convexidad por fuera de la masa de los músculos espinales.

Durante la puesta en tensión debe mantenerse la misma presa para no hacer una manipulación lumbar (¡o de otro tipo!) durante la impulsión.

2) Tiempo respiratorio

El impulso se hace al final de la inspiración, justo antes del inicio de la espiración cuando la costilla está el máximo hacia adelante.

3) El impulso es seco, rápido y de intensidad débil. Son técnicas conocidas como de "High velocity, low amplitude".

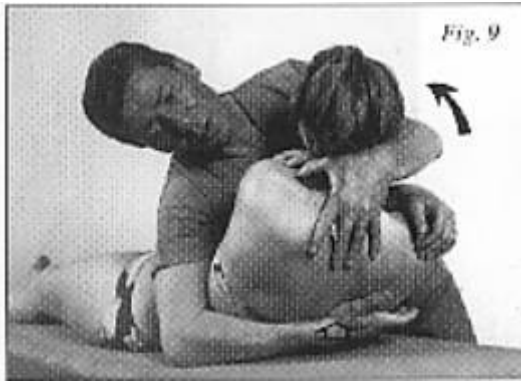
MANIPULACIONES EN RETROPULSIÓN

Las manipulaciones en retropulsión se usan cuando el dolor se origina en la inspiración, o cuando el dolor aumenta con la lateralización opuesta (abriendo el tórax del lado doloroso). En estos casos es necesario reponer la costilla al final de la espiración.

Las costillas forman una cadena articular rígida por detrás debido a las articulaciones costo-raquídeas y por delante con el esternón. Cualquier acción sobre esta cadena afecta a todos sus componentes. Así pues, una antepulsión sobre una costilla derecha implicará una tensión en retropulsión en la costilla homóloga contralateral.

Si la 6ª costilla izquierda es dolorosa durante la inspiración, una antepulsión en la 6ª costilla derecha en antepulsión realizará una retropulsión de la 6ª costilla izquierda.

I) MANIPULACIÓN EN DECUBITO SUPINO (Fig. 9 y 9 bis)



Queremos realizar una retropulsión de la 6ª costilla derecha.

Sujeto en decúbito supino. El operador situado a la derecha del paciente. Localizamos la 6ª costilla derecha, luego abrimos el tórax derecho con la lateroflexión izquierda del paciente. La mano izquierda del médico coloca la eminencia tenar en el cuello de la costilla y la impulsión se efectuará al final de la inspiración, como la técnica descrita anteriormente. Señalar que el médico puede situarse indistintamente a un lado u otro del paciente; lo esencial es el respetar el grado de apertura del tórax en el lado de la costilla a la que hay que aplicar la antepulsión.

II) TÉCNICA DE MAIGNE (Fig. 10)

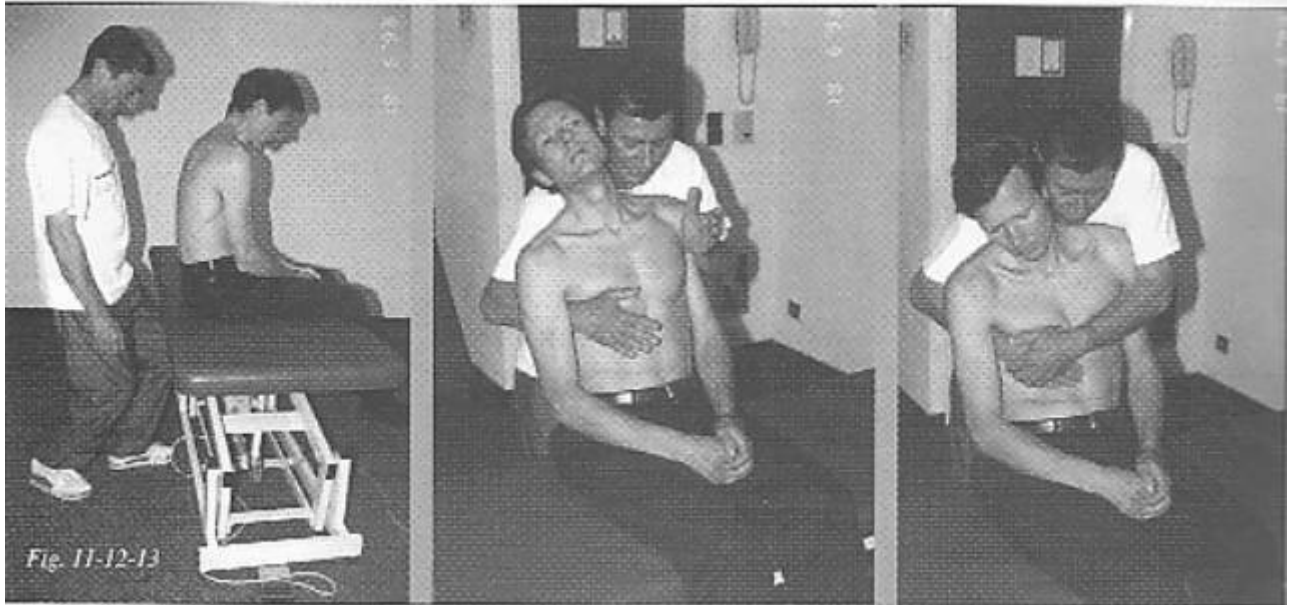


Como hemos visto, el impulso de arriba hacia abajo sobre el borde superior de la costilla, con el pulgar como palanca; se realiza una retropulsión de la costilla con el paciente sentado o de pie.

Esta técnica usa del hecho que como la costilla se « retuerce » el borde superior y el inferior protruyen sucesivamente en espiración y en inspiración.

III) RETROPULSIÓN COSTAL CON EL PACIENTE SENTADO (Fig. 11, 12, 13)

Esta técnica me ha sido recientemente enseñada por mi amigo el Dr. L. Kruhmholz (Director de Enseñanza del Grupo del Oeste).



Posición del paciente

Sujeto sentado, relajado. Reposa su cabeza en el hombro del médico.

La eminencia tenar del médico se coloca sobre la costilla a tratar, por fuera de la unión condro-costal; la otra mano pasa por encima del hombro del paciente y va a reforzar a la primera. El médico realiza un apoyo posterior con el pectoral sobre el hemitórax opuesto a la costilla para crear un vacío posterior en ésta. Inicialmente el médico está detrás del sujeto con las rodillas flexionadas.

Manipulación

Al enderezarse, el médico crea una cifosis progresiva del paciente. Cuando nota la localización costal bajo su mano, efectúa una ligera lateralización en el lado de la costilla a tratar, conservando bien la presa. Se efectúa un impulsión de atrás hacia arriba al final de la espiración. Es una técnica muy elegante y precisa de una coordinación corporal perfecta por parte de quién realiza la manipulación.

IV) LA RETROPULSIÓN COSTAL EN DECÚBITO SUPINO

En teoría parece realizable, pero debe evitarse de manera absoluta ya que es peligrosa para la unión condro-costal

CONCLUSION. DOS NOCIONES ESENCIALES

El impulso se efectúa sobre el cuello de la costilla, es decir, en la convexidad ósea en el límite del borde externo de los músculos espinales.

Esta referencia ósea es progresivamente cada vez más externa a medida que se estudian las costillas más bajas.

El impulso puede igualmente hacerse en el borde inferior o en el borde superior según los casos.

El impulso de la manipulación viene determinado por la transferencia del peso del cuerpo y no por la mano.

La mano no es más que la prolongación del cuerpo del médico, de aquí la importancia del movimiento corporal.

NO SE MANIPULA CON LAS MANOS