

LAS DISFUNCIONES OSTEOPÁTICAS DE LA 1ª COSTILLA

Muy frecuentemente estas lesiones están asociadas a las disfunciones de C7 y T1. Las disfunciones de posterioridad de la 1ª costilla están, a menudo, asociadas a las lesiones de posterioridades de T1.

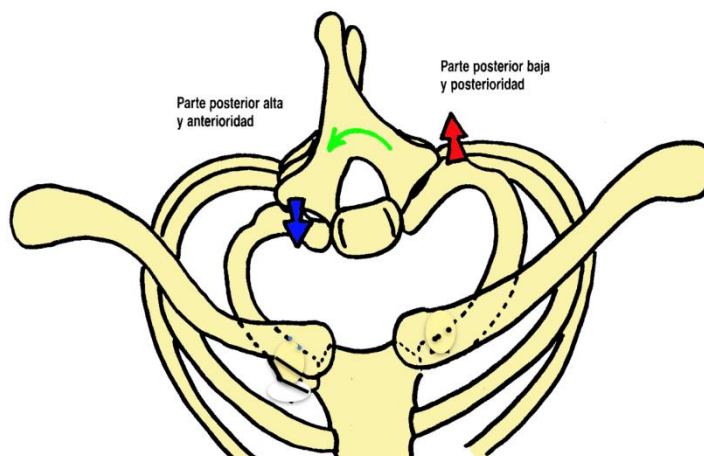
Podemos distinguir, al igual que en el resto de las costillas, cuatro disfunciones en la 1ª costilla:

- I - Las lesiones de flexión /extensión secundarias a una disfunción de T1.
- II - Las subluxaciones primarias.
- III - Las lesiones intra-óseas de la 1ª costilla.
- IV - Las lesiones respiratorias de la 1ª costilla.

I - LAS LESIONES DE FLEXIÓN/EXTENSIÓN DE LA 1ª COSTILLA.

Son secundarias a disfunciones primarias de T1 en ERS o FRS. Del lado de la posterioridad de T1, la 1ª costilla está baja y posterior por atrás y no percibimos asimetría en la parte anterior de la costilla, gracias a que el cartílago costal es capaz de absorber la torsión que sufre la costilla. Del lado contrario la costilla contralateral está alta (cerca de la cabeza del paciente) y anterior (hundida) en la parte posterior y no observamos asimetría en la parte anterior.

EJ: ERSizd T1. La costilla derecha está anterior y alta atrás y la costilla izquierda está posterior y baja atrás. En la parte anterior no se percibe asimetría costal.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

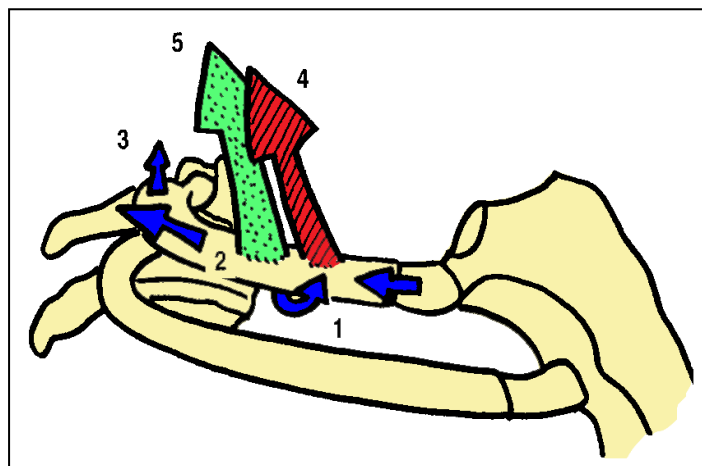
- Palpación antero-posterior en posición sentada.
- Test fisiológico en flexión-extensión (Fred Mitchell):
 - Durante la extensión, se va hacia delante.
 - Durante la anteflexión del cuello, la costilla va hacia atrás.

II - LAS SUB-LUXACIONES DE LA 1ª COSTILLA.

Se trata, por regla general, de un movimiento brusco o de un traumatismo directo sobre la costilla: ésta es la lesión primaria. El traumatismo se produce en un terreno fragilizado por disfunciones cervicales (C2-C3-C4) que predisponen al desequilibrio tensional de los escalenos. Distinguimos dos tipos de subluxaciones a ese nivel.

A) LA SUBLUXACIÓN POSTERIOR.

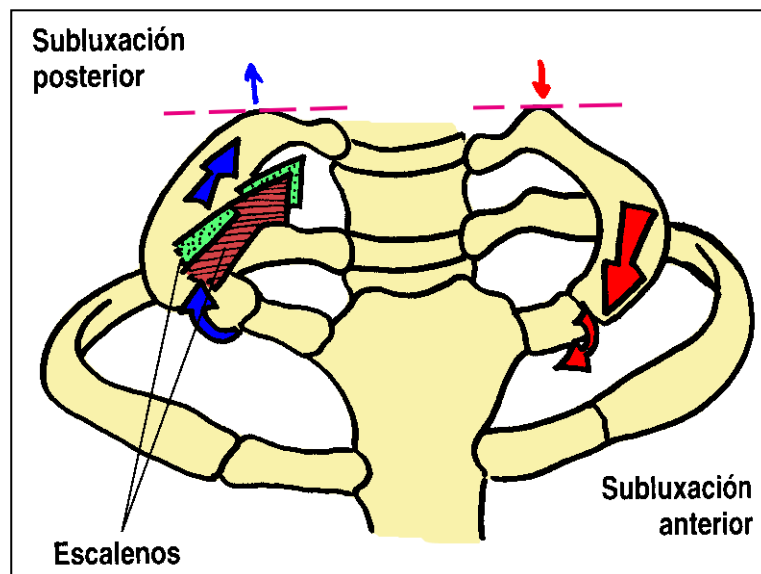
La más frecuente debido al espasmo reaccional de los escalenos anterior y medio que fija la posición lesional.



1. Eversión de la costilla
2. Retroceso de la 1ª costilla
3. Cuello alto de la costilla
4. Espasmo del escaleno anterior
5. Espasmo del escaleno medio

B) LA SUBLUXACIÓN ANTERIOR.

Menos frecuente, debida a un traumatismo directo se asocia a una hipotonía de los escalenos.



DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL:

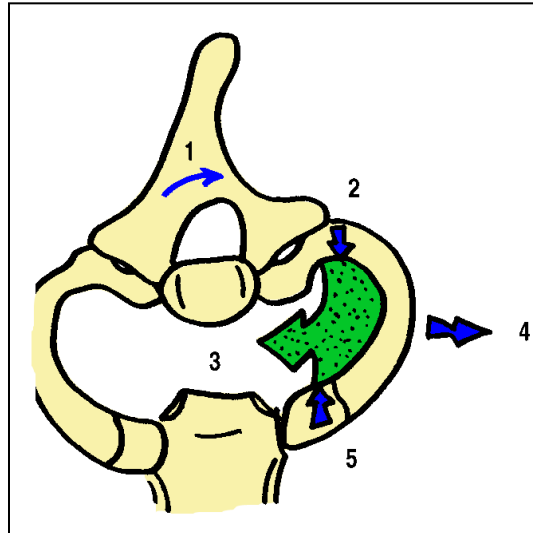
Palpación en posición sentada:

- En caso de subluxación posterior, la costilla sobresale por atrás, y está deprimida por delante.
- En caso de subluxación anterior, la costilla está deprimida por atrás y sobresale por delante.

El test fisiológico de flexión-extensión del cuello no produce modificación: la 1ª costilla sigue asimétrica sea cual sea la posición del cuello.

III - LA LESIÓN INTRA-ÓSEA DE LA 1ª COSTILLA.

Se trata de una torsión intrínseca de las fibras óseas que predispone a las disfunciones de la 1ª costilla: esto se confirma esencialmente en caso de escoliosis. La costilla parece más estrecha antero-posteriormente y más sobresaliente lateralmente: está deprimida adelante y atrás en la palpación.



1. Lesión intra-ósea de T1 (escoliosis)
2. Cuello de la 1ª costilla anterior
3. Tensiones fasciales
4. El cuerpo de la 1ª costilla sobresale lateralmente
5. Parte anterior de la 1ª costilla posterior

CRONOLOGÍA DEL TRATAMIENTO:

1. Vértebra.
2. Costo-transversa + esterno-costal + clavícula.
3. Mediastino y fascias.
4. Miotensivo o funcional.

IV - LAS LESIONES RESPIRATORIAS DE LA 1ª COSTILLA.

Sea cual sea la disfunción (vertebral, subluxación costal) puede existir una lesión respiratoria asociada. La 1ª costilla posee esencialmente, debido a la presencia de la clavícula, movimientos de tipo brazo de bomba.

Puede existir igualmente, una lesión respiratoria sin disfunción de la articulación vértebro-costal, en este caso la causa es muscular. La lesión más frecuente es la lesión inspiratoria de la 1ª costilla debido a la presencia de los escalenos (inspiradores) y de la debilidad comparada de los músculos espiradores (primeros intercostales situados entre la 1ª y 2ª costillas).



La 1ª costilla es, a veces, la costilla “starter” en caso de lesiones de grupo en inspiración (durante la lesión de grupo en espiración, el “starter” es la costilla inferior del grupo).

Estas lesiones funcionales son raramente dolorosas, pero son, a menudo, responsables de un gran gasto de energía, por este motivo es importantísimo corregirlas.

DIAGNÓSTICO DE LAS LESIONES RESPIRATORIAS DE LA 1ª COSTILLA:

Paciente en posición sentada, testamos la movilidad costal durante la inspiración y espiración:

- Durante la inspiración, la costilla debe subir.
- Durante la espiración, la costilla debe bajar.

REPERCUSIONES DE LAS LESIONES OSTEOPÁTICAS DE LA 1ª COSTILLA

Las repercusiones son numerosas:

- 1- Una hipermovilidad en extensión de C7 responsable por ejemplo de una neuralgia cérvico-braquial C8.
- 2- La clavícula se adapta a la subluxación posterior de la 1ª costilla por una rotación anterior (tensión del ligamento costo-clavicular) y perturba la biomecánica escápulo-humeral, sobre todo la rotación externa, la antepulsión y la abducción del hombro (periartritis escápulo-humeral).
- 3 - Repercusiones sobre los pulmones, tipo de asma a través de los ligamentos pleuro-costales, o tipo de opresión torácica.
- 4 - Repercusiones sobre el corazón, (1ª costilla) tipo falsa angina de pecho, hipertensión arterial a través de los ligamentos costo-pericárdicos y vértebro-pericárdicos, así como del ganglio estrellado.



5 - Relaciones con las arterias a través del simpático (ganglio estrellado):

- Arteria subclavia: entumecimientos y hormigueo de las extremidades, congestión de la tiroides.
- Arteria carótida: cefaleas, vértigos, acúfenos.

6 - Éstasis linfático y edema del miembro superior.

7 - Repercusiones neurológicas:

- Plexo braquial (neuralgias cérvico-braquiales).
- Nervio frénico (espasmo del diafragma).
- Ganglio estrellado: facilitación de informaciones víscero-motrices subyacentes y del mismo nivel.

8- Repercusiones sobre el sistema vascular del miembro superior y de la extremidad cefálica (órganos de los sentidos).

Bibliografía.

-Ricard F. Tratamiento osteopático de las algias del raquis torácico. Madrid: Médica panamericana; 2007.

-Ricard F. Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical. Madrid: Médica Panamericana; 2008.