

Disfunciones somáticas C7-T1 y patología cervicotorácica

Disfunciones osteopáticas C7-T1

La zona bisagra cervicotorácica presenta muy frecuentemente disfunciones por varias razones, como por ejemplo el ser C7 y T1 vértebras de transición anatómica y funcional, así como por su relación con las primeras costillas y los miembros superiores, sin olvidar que tenemos ahí una zona altamente influenciada desde el punto de vista somatoemocional.

Las disfunciones de C7-D1 pueden provocar perturbaciones en la vascularización intracraneal y de los miembros superiores a través del ganglio estrellado.

DISFUNCIONES DE C7

Se dan disfunciones en ERS/FRS(2ª Ley). Pueden estar asociadas a lesiones de 1ª costilla (subluxación posterior de la 1ª costilla) y a lesiones de D1.

A este nivel podríamos tener en algunos casos implicación de la disfunción osteopática con la emergencia radicular a nivel de C8 (neuropatía C8).

DISFUNCIONES DE T1

Puede estar en disfunción primaria (ERS/FRS), pero también en disfunción secundaria adaptativa (NSR) a lesiones de 1ª costilla. En caso de subluxación posterior de 1ª costilla (alta), D1 estará en rotación homolateral e inclinación contralateral. En caso de subluxación anterior de 1ª costilla (baja) D1 adaptará en rotación contralateral e inclinación homolateral.

NCB Y DISFUNCIONES DE C7/T1

La Neuralgia cervico-braquial (NCB) es una radiculalgia que se extiende desde el raquis cervical a la mano.

La NCB representa la "ciática" del miembro superior y de igual manera su tratamiento comienza con el tratamiento de las hipomovibilidades, no directamente del foco irritativo, y luego si es necesario con las del foco irritativo si las hubieren.

Previamente al tratamiento osteopático se debe verificar la movilidad de la 1ª costilla, ya que una posición alta (disfuncional) puede comprimir ramas del plexo braquial, y además afectar a la arteria y vena subclavia. Al mismo tiempo tendremos que valorar el pectoral menor, que igualmente es parte de los desfiladeros escapulotorácicos.

Pueden existir alteraciones morfológicas como costillas cervicales y megatransversas en C7, con bridas conectivas de unión a la primera costilla y/o alteraciones morfológicas entre los propios escalenos, por lo que se revisará el tono de los escalenos y se mirarán detenidamente las radiografías.

Para tratar una NCB hay que valorar el nervio desde su origen a las ramas terminales.



Las disfunciones de C7 y T1 pueden colaborar o ser responsables directamente de neuropatías en los MMSS(NCB).Así pues para disfunciones entre C7 y T1 podemos tener irritación nerviosa a nivel de raíz C8, y para las disfunciones entre niveles T1 y T2 tendríamos irritación de la raíz T1.

Generalmente las NCB están acompañadas de problema discal subyacente, bien por un mecanismo protusivo del disco(FRS asociada),o bien por una hernia discal(pudiendo estar asociada a una ERS). Hay que tener en cuenta que las disfunciones nunca darán problemática directa de compresión radicular pero si provocar edema foraminal responsable de irritación nerviosa.

Es muy importante entender que la NCB puede estar presente sin disfunción articular en el nivel por el concepto Hipomovilidad(torácicas altas)-Hiper movilidad compensatoria(C7-T1),con irritación raíces C8 y/o T1 aún sin fijación en charnela cervicotorácica(importancia de torácicas altas en este seminario).

ETIOLOGÍA NCB:

- ✓ Por irritación de la raíz en el agujero de conjunción.
- ✓ Por artrosis uncovertebral.
- ✓ Por hernia discal.

Se puede desencadenar crisis por estrés emocional,exposición al frío,posiciones incómodas prolongadas(sofá),traumatismos directos o indirectos(latigazo cervical).

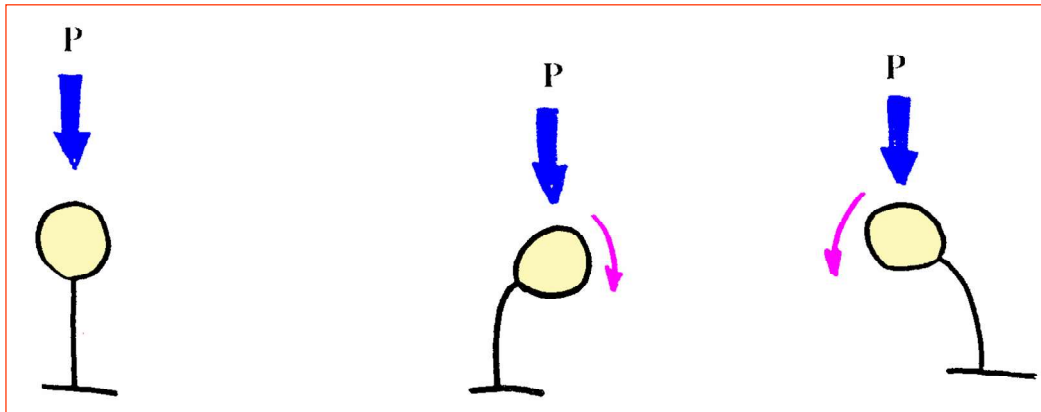
PATOGENIA:

1. **Inflamatoria:** Afección de la raíz no asociada necesariamente a patología discal.
2. **Discal:** Fenómeno compresivo directo a nivel de la hendidura uncovertebral asociado además frecuentemente a un proceso degenerativo articular por pérdida de altura que afecta primero a las apófisis unciformes y acaba afectando a las articulaciones posteriores.Por esta razón se deben de priorizar las técnicas manipulativas en traslación en vez de las técnicas en rotación.
3. **Mielopatía cervical:** por canal medular estrecho asociado a artrosis cervical.

Debemos tener en cuenta que el objetivo de la manipulación es abrir el foramen para mejorar el edema que provoca la sintomatología de “compresión”,la técnica no es para “despinzar “ el nervio pues este ocupa sólo una pequeña parte del foramen.

La raíz irritada necesitará de varios días para recuperarse de la anoxia provocada post-edema,que habrá alterado la conductividad nerviosa y provocado la sintomatología.

DISFUNCIONES C7-T1 y NCB.TEST DE JACKSON(problema discal)

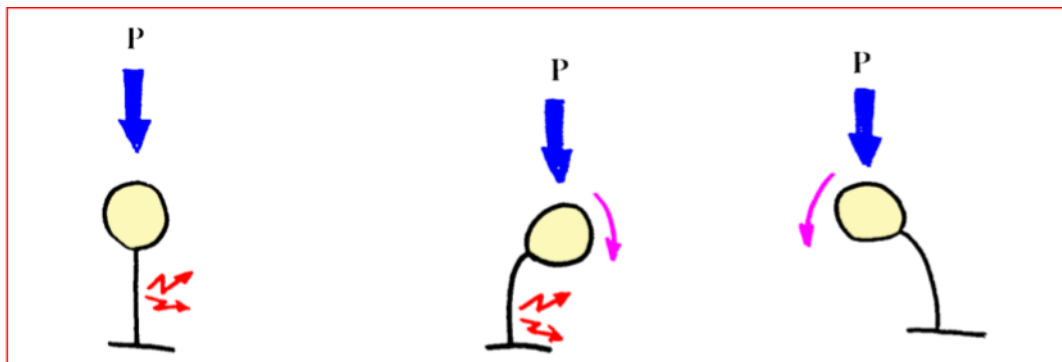


Jackson negativo

Jackson negativo en Sd.

Jackson negativo en Si

ERS DERECHA SIN HERNIA DISCAL

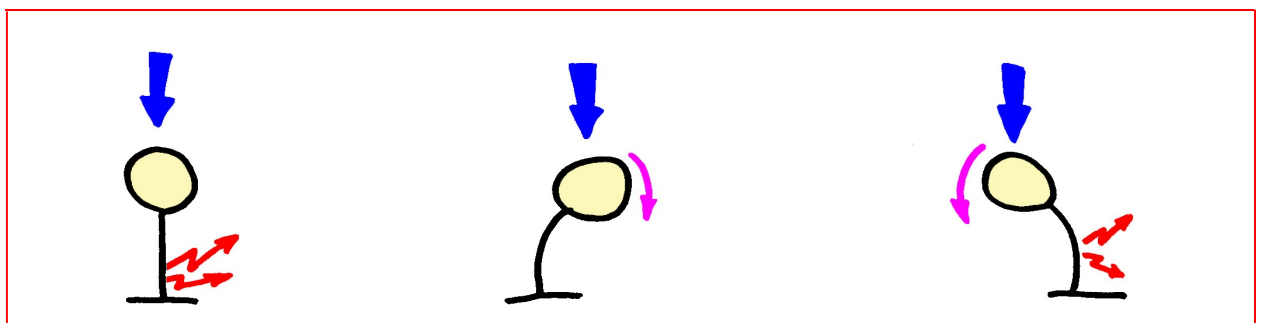


Jackson positivo.

Jackson positivo en Sd.

Jackson negativo en Si

ERS DERECHA CON HERNIA DISCAL DERECHA



Jackson positivo

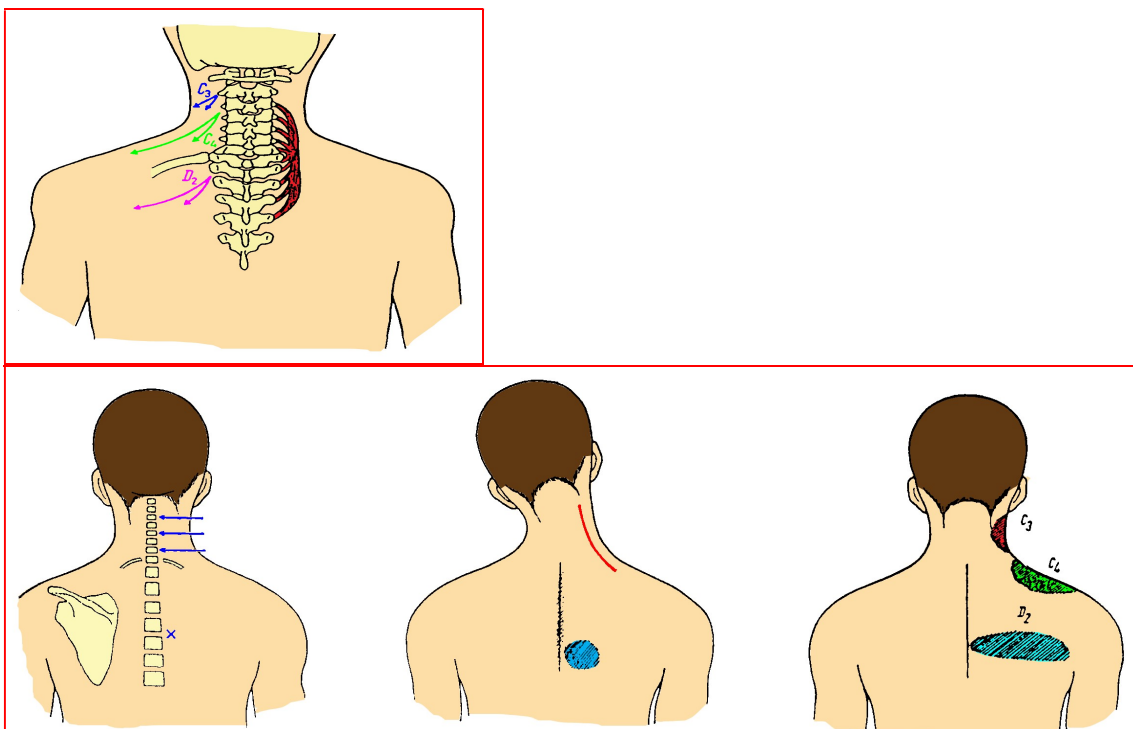
Jackson negativo en Sd.

Jackson positivo en Si

FRS IZQUIERDA(PROTUSIÓN DERECHA)

SÍNDROME CERVICODORSAL

Existe una importante interrelación muscular cervico-dorsal a través del musculo transverso del cuello,el cual se inserta entre C3 a T4 a través de las apófisis transversas y tiene importancia en la estática del cuello, con inervación cervical y torácica.Se caracteriza por una cervicodorsalgia con sensibilidad a la palpación lateral de las apófisis transversas homolaterales,con limitación de la lateroflexión contralateral(rigidez)y palpado rodado positivo en dermatomas C3,C4 y T2(zona amplia).



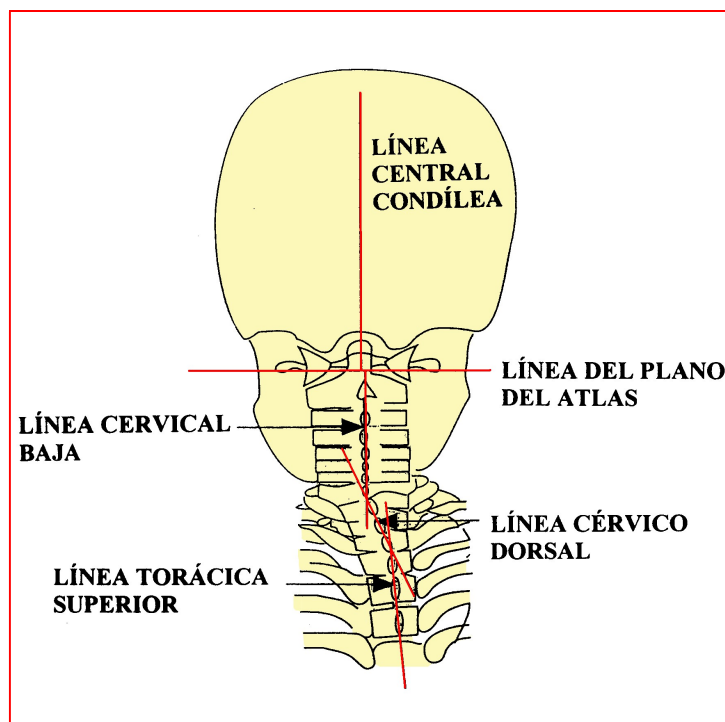
El tratamiento se aborda tanto a nivel manipulativo cervicotorácico como a nivel de estiramiento muscular.

Valoraremos los niveles con fijación articular tanto a nivel cervical como a nivel torácico,se liberarán y se hará un tratamiento muscular de esta musculatura a través del *stretching*.

ANÁLISIS DEL EQUILIBRIO CRÁNEO-CERVICOTORÁCICO

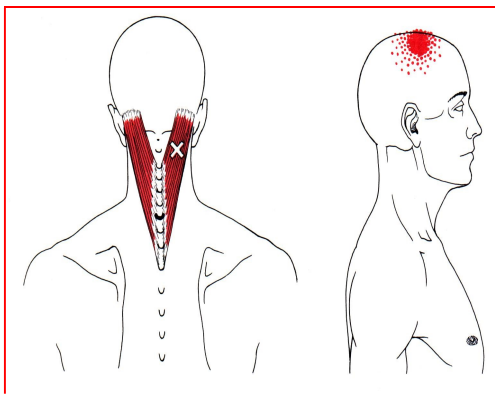
Se traza a través de una radiografía una vertical desde el centro del cráneo (inión) que debe pasar por la apófisis odontoides del axis y otra línea horizontal que pasa por la parte inferior de las apófisis transversas del atlas (C1)

- ✓ Si las dos líneas son perpendiculares hay equilibrio en C0-C1-C2.
- ✓ Si hay equilibrio cervical la línea de la odontoides debe pasar por la prolongación de las espinosas cervicales y dorsales.
- ✓ Si la vertical no se prolonga con la línea de las espinosas cervicales se sospecha de lesión/disfunción cervical.
- ✓ Si no se continúa con la alineación de las espinosas torácicas puede existir lesión/disfunción de charnela cervicotorácica
- ✓ Las intersecciones indican las vértebras en estrés

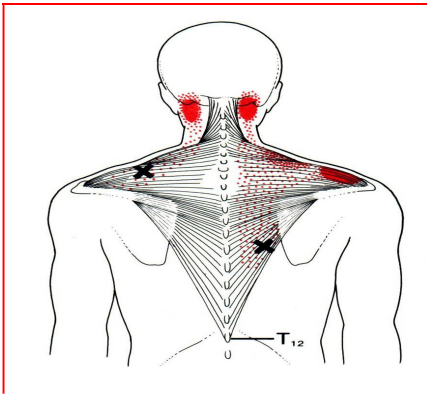


Líneas de equilibrio cervicotorácico

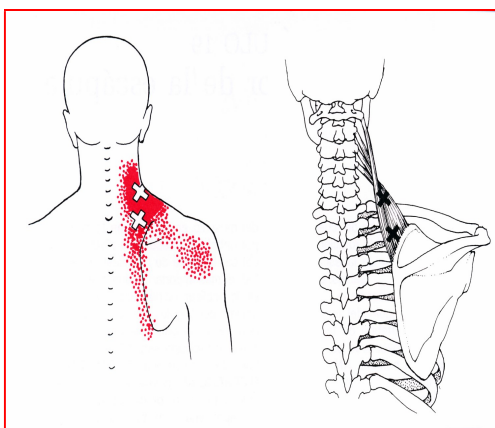
DOLORES REFERIDOS Y PUNTOS TRIGGERS MUSCULATURA C7-T1



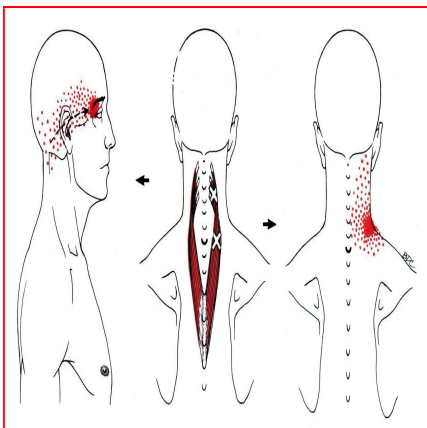
Esplenio de la cabeza



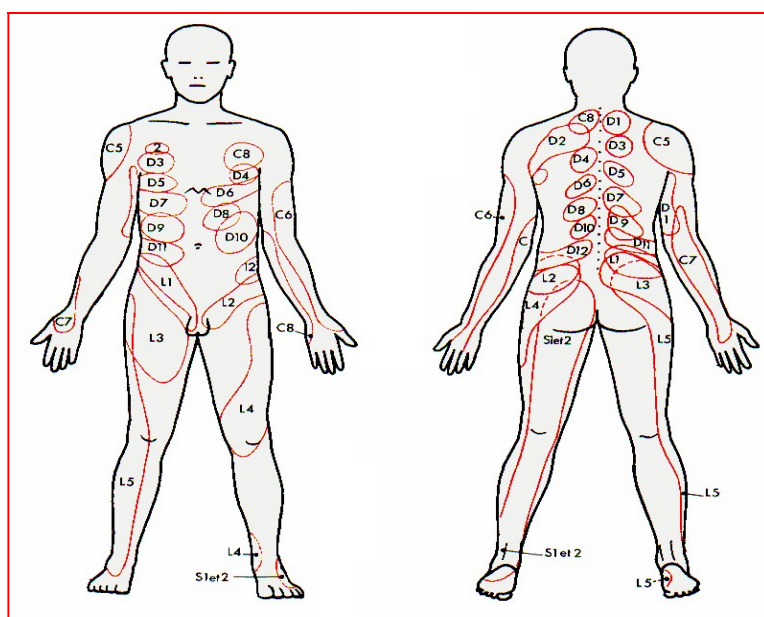
Trapezio superior



Angular del omoplato



Esplenio del cuello



Dolor referido ligamentario de Keelgren

REPERCUSIONES DE UNA TRACCIÓN SOBRE EL NERVIU SEGÚN SUNDERLAND

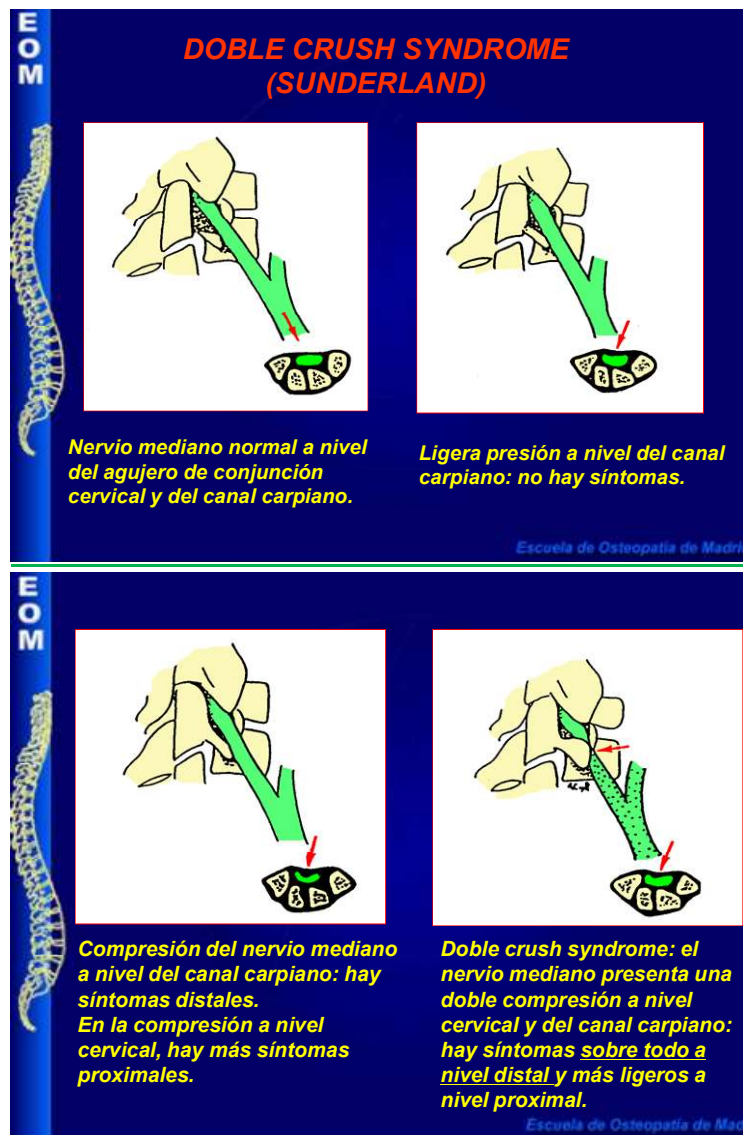


En un primer momento siempre aparecerán las alteraciones sensitivas(parestesias), y si el mecanismo irritativo no desaparece con el paso del tiempo pueden aparecer las alteraciones motoras(paresias).Se va a sumar una vasoconstricción por estiramiento agravada por la facilitación ortosimpática.

En la etiología de las NCB podemos tener una simple inflamación de la raíz,una causa discal o una mielopatía cervical como causas mas frecuentes.

Un mecanismo que debemos siempre tener presente en las radiculopatías será el doble síndrome de atrapamiento.

DOBLE CRUSH SYNDROME



LIBRO DE REFERENCIA:

François Ricard. Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical - Panamericana 2008

