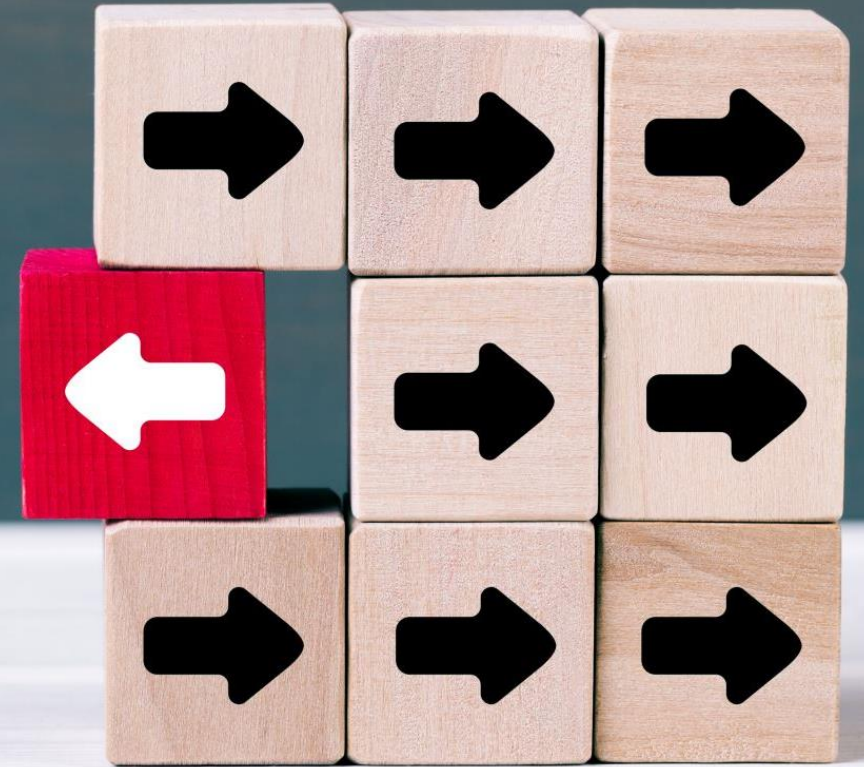


CAMBIO HACIA PARADIGMA OSTEOPÁTICO

Pablo Escribá MD, PT, DO



¿POR QUÉ EL ENFOQUE OSTEOPÁTICO IMPLICA UN PARADIGMA DE ANÁLISIS DEL MOVIMIENTO QUE ES CLÍNICAMENTE SUPERIOR AL PARADIGMA TRADICIONAL PATOANATÓMICO?

¿ QUÉ EVIDENCIA CIENTÍFICA NOS AMPARA?



LUDEWIG ET AL, 2017.

Actualmente, la mayoría de los diagnósticos musculoesqueléticos se clasifican según la patoanatomía.

Para el hombro, se usan términos de diagnóstico tales como tendinopatía manguito rotador, rotura de espesor completo del manguito rotador, o desgarros de labrum.

El patrón oro para verificar estas condiciones es médica imágenes (IRM, radiografías, etc.) y/o confirmación quirúrgica.

LUDEWIG ET AL, 2017.

En la práctica clínica típica, sin embargo, profesionales a menudo dependen en gran medida de "pruebas especiales" o "pruebas de provocación del dolor" para confirmar teóricamente la presencia subyacente de una patología tisular, y papel de ese tejido como un generador de dolor o fuente de síntomas.

Algunos desafíos inmediatos de este modelo incluyen el alto costo de diagnóstico por imagen, la validez limitada y confiabilidad de pruebas,¹⁵⁻¹⁷ y la frecuencia con la que la patonatomía se encuentra en pacientes asintomáticos.¹⁸⁻²²

LUDEWIG ET AL, 2017.



Existen desafíos adicionales dentro de este marco de diagnóstico patoanatómico.

1º. Muchos de los hallazgos patológicos específicos coexisten. Como tales, distinguir un desgarro labral de la enfermedad del manguito rotador, o distinguir la tendinopatía del manguito rotador de un desgarro parcial del manguito rotador, por ejemplo, puede no ser posible, o incluso importante con respecto al tratamiento.

2º. Incluso suponiendo que el clínico alcance un diagnóstico patológico válido estas etiquetas de diagnóstico tienen capacidad limitada para dirigir la selección de intervenciones (McClure and Michener, 2015).

$$F = G \frac{m_1 m_2}{r^2}$$

LUDEWIG ET AL, 2017. ¿QUÉ IMPLICACIONES TIENE TODO ESTO?

PONGAMOS ALGUNOS EJEMPLOS.

$$\frac{\partial^2 u}{\partial t^2} = c^2 \frac{\partial^2 u}{\partial x^2}$$

$$\frac{df}{dt} = \lim_{h \rightarrow 0} \frac{f(t+h) - f(t)}{h}$$

LUDEWIG ET AL, 2017.

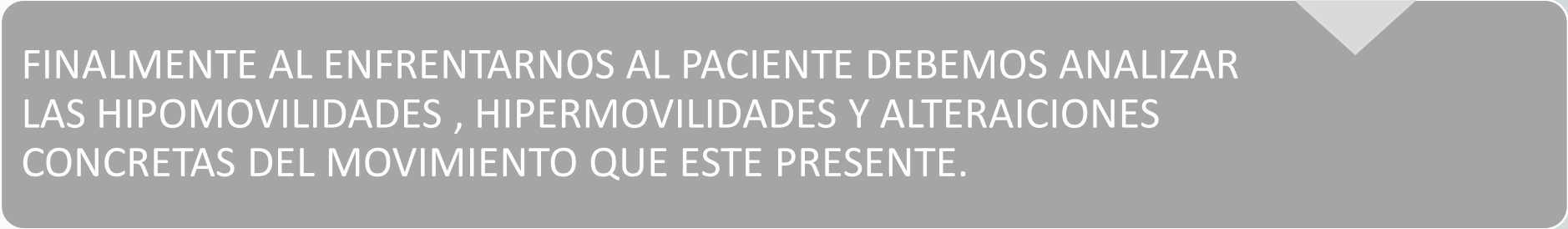
ALTERACIONES POSTURALES, ALTERACIONES DEL MOVIMIENTO, DEL CONTROL MOTOR, DE LA SÍNTESIS DE COLÁGENO PUEDEN AFECTAR POR EJEMPLO A LA ENFERMEDAD DEL MANGUITO ROTADOR.



POR OTRA PARTE FRECUENTEMENTE LA PRESENCIA DE PATOLOGÍA TISULAR NO ES LA CAUSA DEL DOLOR.



FINALMENTE AL ENFRENTARNOS AL PACIENTE DEBEMOS ANALIZAR LAS HIPOMOVILIDADES , HIPERMOVILIDADES Y ALTERACIONES CONCRETAS DEL MOVIMIENTO QUE ESTE PRESENTE.



REFERENCIAS:

- Yamamoto A, Takagishi K, Kobayashi T, Shitara H, Osawa T. Factors involved in the presence of symptoms associated with rotator cuff tears: a comparison of asymptomatic and symptomatic rotator cuff tears in the general population. J Shoulder Elbow Surg. 2011 Oct;20(7):1133-7. doi: 10.1016/j.jse.2011.01.011. Epub 2011 Mar 30. PMID: 21454096.
- Seitz AL, McClure PW, Finucane S, Boardman ND 3rd, Michener LA. Mechanisms of rotator cuff tendinopathy: intrinsic, extrinsic, or both? Clin Biomech (Bristol, Avon). 2011 Jan;26(1):1-12. doi: 10.1016/j.clinbiomech.2010.08.001. Epub 2010 Sep 16. PMID: 20846766.

EJEMPLOS:

- PODEMOS TENER UNA TENDINOPATÍA DEL MANGUITO ROTADOR POR RIGIDEZ POSTERIOR GLENOHUMERAL (MYERS ET AL, 2006;Tyler et al, 2010)) Y OTRA CAUSADA POR UNA HIPERMOVILIDAD EN ALGUNA O VARIAS DE LAS ARTICULACIONES DEL COMPLEJO DEL HOMBRO (Lawrence et al, 2014).
- POR TANTO , NECESITANDO DIFERENTES ENFOQUES TERAPÉUTICOS.
- EL ACERCAMIENTO PATOANATÓMICO TRATA LAS ALTERACIONES DE MOVILIDAD COMO SECUNDARIAS AL DIAGNÓSTICO ANATÓMICO, CUANDO EN REALIZAD LAS DECISIONES TERAPÉUTICAS ESTÁN DIRIGIDAS POR LAS ALTERACIONES EN EL MOVIMIENTO (Klingber et al, 2014).

Referencias:

Klintberg IH, Cools AM, Holmgren TM, Holzhausen AC, Johansson K, Maenhout AG, Moser JS, Spunton V, Ginn K. Consensus for physiotherapy for shoulder pain. *Int Orthop*. 2015 Apr;39(4):715-20. doi: 10.1007/s00264-014-2639-9. Epub 2014 Dec 31. PMID: 25548127.

Lawrence RL, Braman JP, Staker JL, Laprade RF, Ludewig PM. Comparison of 3-dimensional shoulder complex kinematics in individuals with and without shoulder pain, part 2: glenohumeral joint. *J Orthop Sports Phys Ther*. 2014 Sep;44(9):646-55, B1-3. doi: 10.2519/jospt.2014.5556. Epub 2014 Aug 7. PMID: 25103132; PMCID: PMC4684908.

Myers JB, Laudner KG, Pasquale MR, Bradley JP, Lephart SM. Glenohumeral range of motion deficits and posterior shoulder tightness in throwers with pathologic internal impingement. *Am J Sports Med*. 2006 Mar;34(3):385-91. doi: 10.1177/0363546505281804. Epub 2005 Nov 22. PMID: 16303877.

Tyler TF, Nicholas SJ, Lee SJ, Mullaney M, McHugh MP. Correction of posterior shoulder tightness is associated with symptom resolution in patients with internal impingement. *Am J Sports Med*. 2010 Jan;38(1):114-9. doi: 10.1177/0363546509346050. Epub 2009 Dec 4. PMID: 19966099.

Modelo kinesiopatológico/osteopático*:

01

No obvia las patologías tisulares, las estudia y reconoce la importancia de la anatomía patológica a la que considera un modificador en lugar de categorizarla como de primario interés.

02

Añade el modelo bio-psico-social, etc...

03

Se categorizan las hipermovilidades e hipomovilidades, rigidez/fibrosis, discinesias...

Ejemplo*:

- Déficit de rotación superior escapular se traduce generalmente en hipermovilidades glenohumerales, excesiva rotación interna escapular, hipermovilidades acromioclaviculares, y déficit en báscula posterior escapular.
- Paletta GA Jr, Warner JJ, Warren RF, Deutsch A, Altchek DW. Shoulder kinematics with two-plane x-ray evaluation in patients with anterior instability or rotator cuff tearing. J Shoulder Elbow Surg. 1997 Nov-Dec;6(6):516-27. doi: 10.1016/s1058-2746(97)90084-7. PMID: 9437601.
- Ogston JB, Ludewig PM. Differences in 3-dimensional shoulder kinematics between persons with multidirectional instability and asymptomatic controls. Am J Sports Med. 2007 Aug;35(8):1361-70. doi: 10.1177/0363546507300820. Epub 2007 Apr 9. PMID: 17420507.