

ESTE ESTUDIO Y LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE NO PUEDE DIFUNDIRSE A
TRAVÉS DE NINGÚN MEDIO

CONTIENE INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

ESTUDIO BIOMECÁNICO

Nombre y apellidos: -----

Edad: -----

Teléfono: -----

Mail: -----

Fecha:-----

Columna Sana

676 91 47 47

www.columna-sana.com

Álex Monasterio Uría

ANAMNESIS

Porque se ha decidido a practicar yoga: a los 16 años empezó a realizar una tabla de ejercicios en un gimnasio debido a una hipercifosis torácica. Empezó posteriormente clases de danza clásica durante 13 años. Empezó con el yoga por su potencialidad terapéutica.

Profesión: profesora de yoga y pilates

Dolores:

- En ocasiones le duelen las rodillas (dolor difuso), compatible con condromalacia rotuliana (desgaste del cartilago de la rótula). Nota que las fuerza al hacer flexión de tronco (problema asociado a la hiperextensión de rodilla).

Dolores de cabeza: no.

Dolor irradiado: no.

Intervenciones quirúrgicas: quiste zona esternón.

Antecedentes traumáticos:

- Aplastamiento lumbar L-4. Tuvo que llevar corsé.
- Fisura en meseta tibial D. A veces nota calambre, como electricidad (yendo en moto o cargando peso en posturas como la paloma).

Otros problemas/enfermedades: no.

Alergias/asma: rinitis matutina.

Medicación: no.

Evacuación: ok.

Diestro/zurdo: D.

EXPLORACIÓN

Altura de las crestas ilíacas: I más elevada.

Altura de las EIAS: I más elevada.

Altura de las EIPS: I más elevada.

Test sacroilíaco en bipedestación: negativo.

Test de las tibias para ver si hay una potencial tibia larga/corta: tibia I más larga.

CONCLUSIÓN: PIERNA IZQUIERDA MÁS LARGA: ESPERAR A RESULTADOS DE LAS RADIOGRAÍAS. Probable responsable de la escoliosis.

Test sacroilíaca en sedestación: + I (ligeramente)

LESIÓN SACRA: I/D

REBOTE LUMBAR: negativo

EXPLORACIÓN LUMBAR, T-11 y T-12 (esfinge, discípulo)

OK

BLOQUEOS VERTEBRALES (sedestación)

T-9 T-10 ERSd

C-3 C-4 ERSi

PSOAS: ligeramente acortados bilateralmente.

RECTO ANTERIOR: acortados bilateralmente.

ISQUIOTIBIALES: ok

TRÍCEPS SURAL: ok

ADDs: ok

PIRAMIDAL: I acortado.

HEMITÓRAX EN DECÚBITO SUPINO: ok.

ALTURA DEL BORDE INFERIOR DE LAS COSTILLAS DE AMBOS HEMITÓRAX: D algo más elevado

ALTURA HOMBROS EN DECÚBITO SUPINO: I más adelantado.

PECTORAL MENOR compresión vasculonerviosa: ok

ESCALENOS: ok, aunque nota tensión en elevador escapular D al girar a la D i irradiación caudal.

ECOM: ok

DORSALES ANCHOS (sedestación): ok

PIRAMIDALES: acortados. Pinchazo en sacroilíaca D. Contracturados (nota más dolor en la I).

CUADRADO LUMBAR: contracturado D.

PARAVERTEBRALES: lumbares, dorsales y cervicales I,.

ANGULAR DE LA ESCÁPULA: I (aunque relata punto gatillo frecuente en el D)

TRAPECIO: contractura en el I.

PINZA RODADA: ok

ERITEMAS/VARICOSIDADES: bíceps femoral D, isquios bilat de pred I, tibial anterior lado I, vasto externo bilat. Pata de ganso D.

ZONA PLANTAR (callosidades): V MIT y interfalángica deldedo gordo.

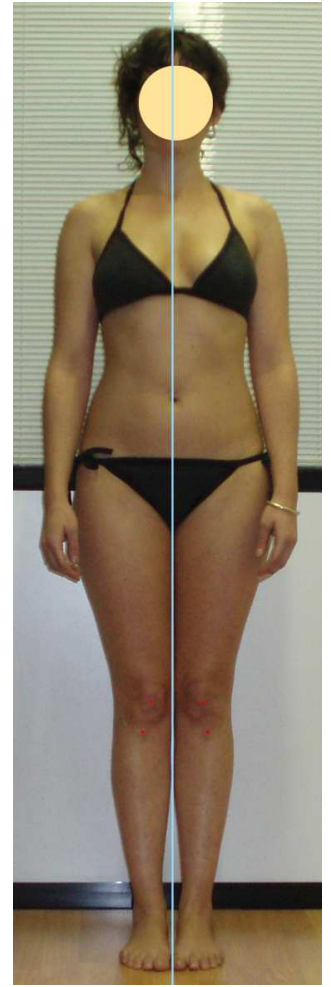
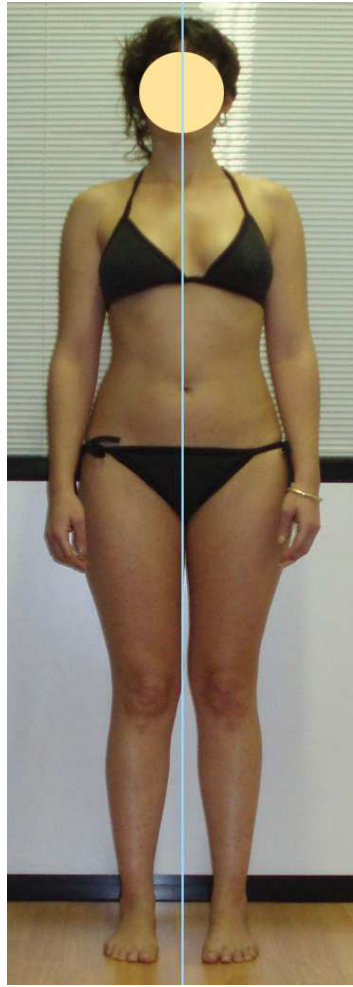
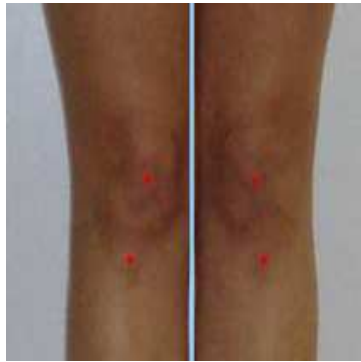


FOTO PERFIL

- Cuerpo correctamente alineado respecto línea de gravedad.

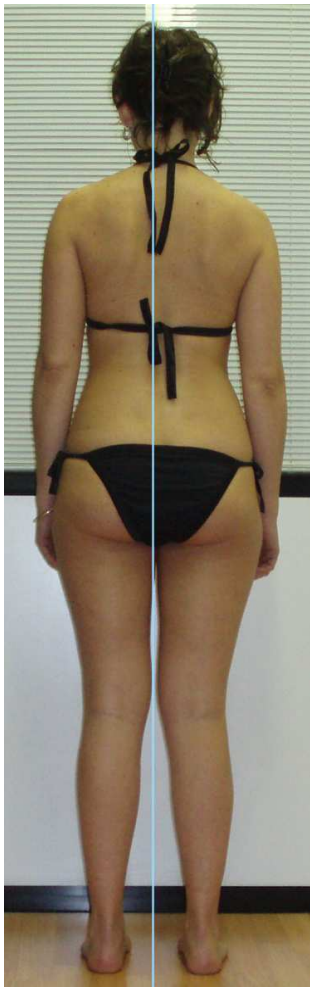
FOTO FRONTAL

- Hombro I más elevado.
- Rodillas en valgo (en "X")
- Rotación interna cadera D (más visible en foto posterior).
- Hipertonía tibiales anteriores de pred I.

RADIOGRAFÍA PERFIL

- Normal, aunque se aprecia cierta tendencia al pinzamiento posterior de alguno de los discos.





- Escoliosis descompensada.
- El desplazamiento del cuerpo a la D justifica la hipertonia de predominio en la musculatura del lado I.
- El pie D recibe mayores cargas debido al desplazamiento del tronco hacia ese lado modificando su adecuado alineamiento.
- Arcos plantares caídos (pies planos) de predominio D.
- Rodillas en valgo.
- Rotación interna de las caderas de predominio D.

OBSERVACIONES

- Es necesaria la realización de radiografías para valorar la longitud de ambas piernas ya que la probable disimetría es la responsable primaria de las alteraciones estructurales en la mecánica de la paciente. También de la columna para valorar los grados de angulación de las curvaturas escolióticas.

Para hacer las radiografías ir al doctor de cabecera de la Seguridad Social con la petición adjunta al estudio postural (esta opción suele ser lenta), o bien a una mutua sanitaria (si se dispone de ella) o centro de radiodiagnóstico privado.

- Paralelamente han de hacerse plantillas para mejorar la alineación de los tobillos y rodillas (si no se alinean las rodillas es probable el desarrollo de artrosis femoropatelar, desgaste avanzado del cartílago de la rótula). Una vez se disponga de las radiografías se estudiará la posibilidad de añadir un alza en la plantilla de la pierna corta para mejorar el equilibrio de la pelvis y de la columna vertebral.

CONSIDERACIONES PARA LA PRÁCTICA DE YOGA - EJERCICIO FÍSICO

EQUILIBRADO DE LA TORSIÓN PÉLVICA (reducir su influencia torsional sobre la columna):

- Estirar recto anterior cuádriceps D.
- Estirar cuadrado lumbar D.
- Estirar isquiotibiales I.
- Estirar piramidales de predominio I.
- Fomentar las torsiones pélvica hacia la derecha.

EQUILIBRADO DE LAS CADERAS:

- Tonificar abductores.
- Estirar aductores.

EQUILIBRADO DE LA COLUMNA:

- Estirar psoas ilíacos.
- Estirar dorsal ancho D.
- Fomentar las torsiones del tronco hacia la izquierda.

Evitar la hiperextensión de las rodillas en la vida cotidiana para no incrementar la degeneración del cartílago de la rótula.

Caminar con las puntas de los pies ligeramente separadas (no andar con los pies rectos) para no fomentar el valgo de rodillas, ni realizar los ejercicios de yoga con los pies rectos.

Fomentar las inclinaciones del cuerpo hacia la I (incorporando el estiramiento del dorsal ancho de este lado).