

Osteopatía para epicondilitis

Una mirada más global

La epicondilitis o codo de tenista, es una inflamación del tendón que se inserta en la protuberancia de la cara externa distal del húmero, llamada epicóndilo. Son los músculos de la cara posterior del antebrazo, los que extienden la muñeca y supinan el antebrazo, los que se insertan en el hueso a través de este tendón.

El nombre epicondilitis podría llevarnos a confusión, ya que da a entender que es el epicóndilo el que está inflamado (epicondil-itis), pero no es el caso. Es el tendón que se inserta aquí el que se inflama y degenera. Esta musculatura está diseñada para trabajar en ciertos ángulos. Si se usa en ángulos forzados, se generan pequeñas micro-roturas y desgarros en el tejido conectivo del tendón; y si además se hacen de manera repetitiva, no habrá una buena reparación. Así, en la fase aguda se genera inflamación, y en la fase crónica degeneración.

Esta lesión es muy común entre los tenistas (de ahí el nombre más coloquial, 'codo de tenista'), ya que es en el saque y en el revés cuando ésta musculatura trabaja bajo presión. Está considerada una enfermedad profesional, y cualquier persona que haga un uso repetitivo e inadecuado de esta musculatura la puede padecer. Gestos comunes como escurrir la fregona, destornillar, pintar, lijar, usar el martillo o el uso del ratón del ordenador, hechos de manera repetitiva y continuada incitarán una epicondilitis. Esta enfermedad suele afectar tanto a hombres como a mujeres, sobre todo de entre 34-54 años, y en el lado de la mano dominante. Los síntomas principales de la epicondilitis son dolor en la cara externa de codo e impotencia funcional. El dolor suele ser descrito como constante y sordo, que mejora con el descanso y por la noche, que empeora con el movimiento (levantar un objeto, llenar un vaso sujetando la jarra...) y puede irradiar a antebrazo y muñeca. En cuanto a la impotencia funcional, los pacientes suelen



describir que por ejemplo no pueden coger una botella, o una taza, o que les cuesta hacer presa con la mano. El diagnóstico traumatológico es clínico, sugerido por la presentación y porque habrá dolor agudo a la palpación en la región del epicóndilo, a la presión o al solicitar al paciente ciertas maniobras que ponen en tensión la musculatura epicondilea. Las radiografías rara vez muestran algún cambio. El tratamiento médico recomendado incluye la aplicación de frío local, medicación antiinflamatoria no esteroidea oral en forma de comprimidos, o local en forma de geles y cremas, fisioterapia, infiltraciones, reeducación postural, ergonomía en el trabajo y cirugía en casos extremos. Es importante la prevención para evitar primeros síntomas o recidivas, mirando la ergonomía, cogiendo la mejor postura posible, dando descanso a los músculos a través de estiramientos y masaje, y conviene estudiar la necesidad del uso de ortesis o coderas.

Es importante mencionar, que la aplicación de frío en los casos de inflamación aguda empieza a estar cuestionado, ya que se sospecha, y empieza a haber estudios que así lo confirman, que frenar o parar la inflamación, que es el mecanismo de reparación del cuerpo, con frío, podría entorpecer la recuperación tisular y cronificar el problema. La osteopatía tiene una mirada más global sobre el cuerpo, y es importante para la solución de las epicondilitis no centrarse sólo en el antebrazo y la muñeca, y mirar a cómo de equilibrados, flexibles y libres están el hombro homolateral, la cintura escapular, la caja torácica y el resto del tronco y las extremidades inferiores. Des-

de mi experiencia puedo afirmar, que los casos de epicondilitis no se resuelven del todo sin este mirar más allá del problema. Como ya se ha dicho arriba, el ángulo de actuación óptima de estos músculos no es grande, y la postura del tronco superior y toda la cadena hacia las extremidades inferiores y superiores es esencial que esté trabajando bien para que esta musculatura y tendón no sufran.

El codo de Andrés

Andrés, de 42 años, diseñador gráfico freelance, vive en pareja y con un bebé de 4 meses, y vino a la consulta hace un tiempo, al poco de que le diagnosticaran una epicondilitis en el codo derecho. No muy amigo de la medicación que le había recetado su médico de cabecera, había buscado consejo entre familiares y conocidos, y por internet, y había decidido tratar su codo desde otro ángulo. Andrés por su trabajo pasaba más de 8 horas al día en el ordenador, sobre todo con el ratón, y aunque practicaba triatlón, desde el nacimiento del bebé no había podido dedicarse tanto al deporte, por lo que me relató que notaba el cuerpo entumecido y rígido en general, y dolor cada vez más intenso en el codo, que empeoraba según transcurría la semana y mejoraba durante y después del fin de semana. Contaba también que empezaba a costarle coger, por ejemplo, la botella de agua, para llenarse el vaso; y que el dolor empezaba a irradiar hacia la muñeca y hacia el hombro.

Diagnóstico

El interrogatorio de la historia clínica re-

veló además que hacía años que tenía digestiones pesadas y gases, aún cuidándose mucho la dieta. Por ejemplo hacía años que había visto que los lácteos y el gluten no le sentaban bien, y ya no los consumía en su dieta habitual. Andrés tenía a veces dolores de cabeza, que últimamente eran algo más frecuentes. En el pasado había tenido varias lesiones deportivas que en la actualidad no le daban ningún síntoma.

En la exploración visual pude ver que Andrés era de mediana estatura, de complexión delgada y de buen tono muscular. Los hombros estaban bilateralmente adelantados, lo que hacía que las extremidades superiores, en la posición de reposo de pie estuvieran girados hacia dentro. Las curvaturas lumbar y dorsales bajas estaban bien equilibradas, pero las dorsales altas estaban ligeramente hipercurvas (ligera exageración de la curvatura), y las cervicales también tenían exagerada la curva, de manera que la cabeza se apoyaba en exceso y estaba además rotada hacia la izquierda.

A la palpación y al testar la movilidad de los tejidos, localmente la zona del epicóndilo estaba inflamada y era dolorosa y la cabeza del radio estaba bloqueada, y la muñeca y varios huesos del carpo también. En un plano más global, el diafragma estaba claramente bloqueado, las fascias profundas de tórax estaban en una torsión hacia abajo y hacia el lado derecho, lo que limitaba la calidad del movimiento del hombro derecho y por consiguiente de la extremidad entera. Pelvis y cervicales-cabeza estaban compensando y adaptando esta tensión primaria, y el estómago y el hígado no estaban del todo libres bajo el diafragma oprimido. Por la calidad de las tensiones, me dio la impresión de que llevaban instauradas un tiempo largo, y que en el cierre del diafragma había un componente emocional. Después de explicarle mis hallazgos, le dije que creía que, sobre un patrón tensional antiguo, que ya le daba síntomas digestivos, se habían añadido nuevos estreses como el aumento de trabajo, el bebé, la falta de sueño y de ejercicio, que habían roto el 'equilibrio' y estaban generando los nuevos síntomas.

Tratamiento

El tratamiento de aquella primera sesión consistió en liberar la mano, muñeca y antebrazo, para lo que usé técnicas fasciales, durante las cuales varias articulaciones se repositionaron y la musculatura se relajó. Y después trabajamos el diafragma y las fascias profundas del tórax. Después le aconsejé varios estiramientos locales que tendría que hacer varias veces a lo largo del día, y un par globales que ayudarían a soltar el entumecimiento de las horas que pasaba sentado y la falta de ejercicio. Cuando Andrés volvió una semana después, me contó como después de la sesión y al día siguiente había notado un aumento ligero del malestar en el codo, pero que luego había estado mejor. Incluso se había sentido más energético y descansado, "como más feliz y tranquilo". Esa segunda sesión fue parecida a la primera. En la tercera sesión, dos semanas más tarde, priorizamos más el trabajo en el tórax y el diafragma, el estómago y el hígado, acompañando después la lumbares-pelvis y cervicales-cabeza a que se adaptaran al cambio. La cuarta sesión fue un mes más tarde, y el codo ya estaba un 90% mejor. Después de hablar de prevención acordamos vernos varias veces más para trabajar sobre el patrón lesional antiguo, para mejorar aún más las digestiones y las cefaleas.

AINHOA GOENAGA ALZURI
FISIOTERAPEUTA, OSTEÓPATA Y TERAPEUTA SISTÉMICA
DE INTEGRAL CENTRE MÈDIC I DE SALUT.

**ASISTENCIA SANITARIA
ESPECIALIZADA EN
MEDICINA ALTERNATIVA
O NO CONVENCIONAL**



- MEDICINA NATURISTA**
- MEDICINA HOMEOPÁTICA**
- MEDICINA TRADICIONAL CHINA-ACUPUNTURA**
- GINECOLOGÍA Y MEDICINA DE LA MUJER**
- PSICOLOGÍA Y DESARROLLO PERSONAL**
- OSTEOPATÍA**
- FISIOTERAPIA GLOBAL ACTIVA**
- QUIROMASAJE**
- DRENAJE LINFÁTICO**
- REFLEJOTERAPIA PODAL**
- SHIATSU**
- ESTÉTICA NATURAL**
- SOFROLOGÍA**
- ASESORAMIENTO SOCIO-FAMILIAR**
- MÉTODO TOMATIS®**
- TRATAMIENTOS CON FANGO SULPHATHERM**
- AYURVEDA Y TERAPIA CUERPO-MENTE**

OSTEOPATÍA

Louise Barrow

Osteópata.
Especializada en osteopatía tisular, fascial, somato-emocional y bio-dinámica para niños y adultos.

Ainhoa Goenaga

Osteópata. Consteladora. Fisioterapeuta.
Osteopatía sistémica para niños y adultos.

Diego Potes

Osteópata. Fisioterapeuta.
Osteopatía funcional para niños y adultos.
Fisioterapia respiratoria para niños.



PARA AMPLIAR INFORMACIÓN:

www.integralcentremedic.com

Teléfono: 934 677 420

C/ Diputación, 321, 1º 1º. 08009 Barcelona

info@integralcentremedic.com