



SDMES DESFILADEROS ESCÁPULO-TORÁCCICOS

Presentación y enfoque osteopático

LESIÓN OSTEOPÁTICA, DISFUNCIÓN SOMÁTICA Y FACILITACIÓN MEDULAR

Lesión osteopática: Término definido por AT Still en 1874 como un “cambio en el tejido” que determina una Disfunción de movilidad que participará en la aparición de enfermedades.

Disfunción somática: concepto acuñado por Denslow en 1947 que se define como un problema tridimensional de movilidad de etiología traumática, degenerativa, fibrótica y que se asocia a un estado de facilitación nerviosa medular.

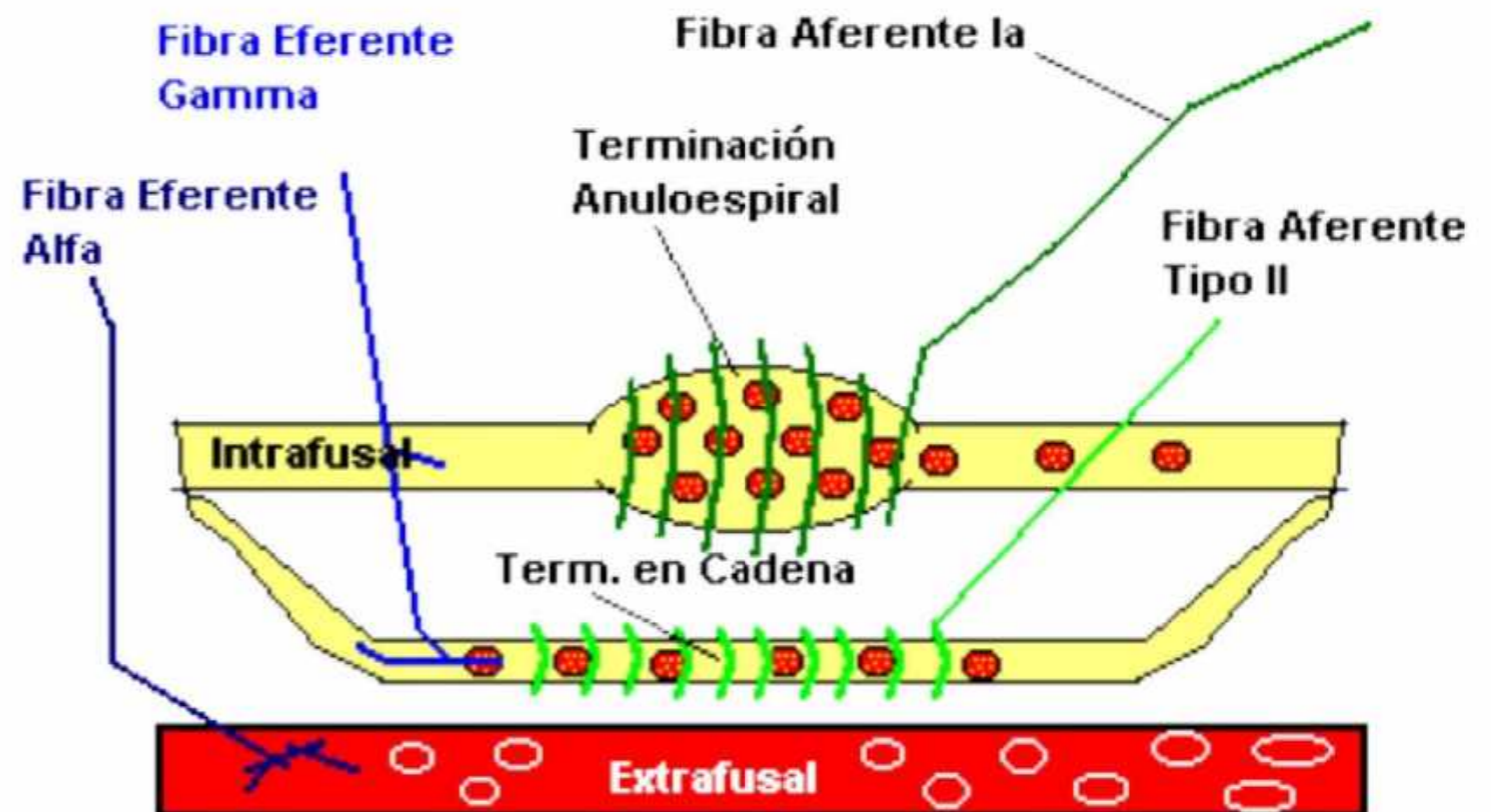
Facilitación nerviosa medular o “hipersensibilidad metamérica”, es el mantenimiento de un aumento del estado basal de excitación neuronal (entre 3-18 mV) de uno o varios segmentos medulares. Irvin Korr entre 1958-1979, habló de sus repercusiones, del papel de los propioceptores musculares y de la hiperactividad gamma. La facilitación no es dolorosa.

FACILITACIÓN MEDULAR Y HIPERACTIVIDAD GAMMA

Reflejo miotático: el estiramiento pasivo de MECANORECEPTORES (fibras intrafusales anuloespirales, órganos de Golgi tendón, Pacinni en ligamentos y cápsulas, Ruffini en fascias) provoca un arco medular reflejo que aumenta la actividad Gamma que contrae la musculatura. (POSTURA)

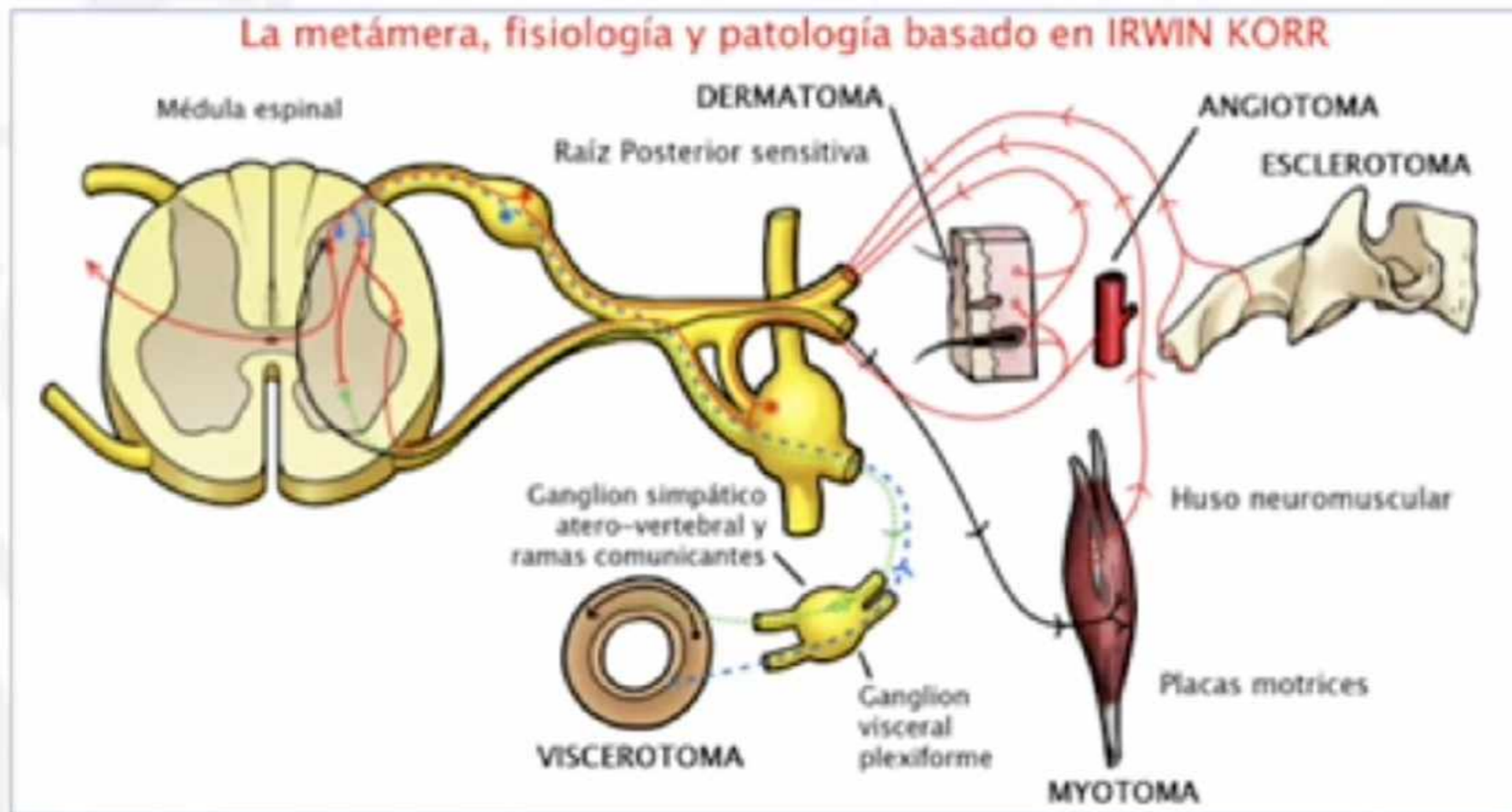
LA FACILITACIÓN
MEDULAR POR
DISFUNCIÓN
SOMÁTICA PROVOCA
UNA HIPERACTIVIDAD
GAMMA QUE
MANTIENE EL
AUMENTO DEL TONO
MUSCULAR

HUSO MUSCULAR



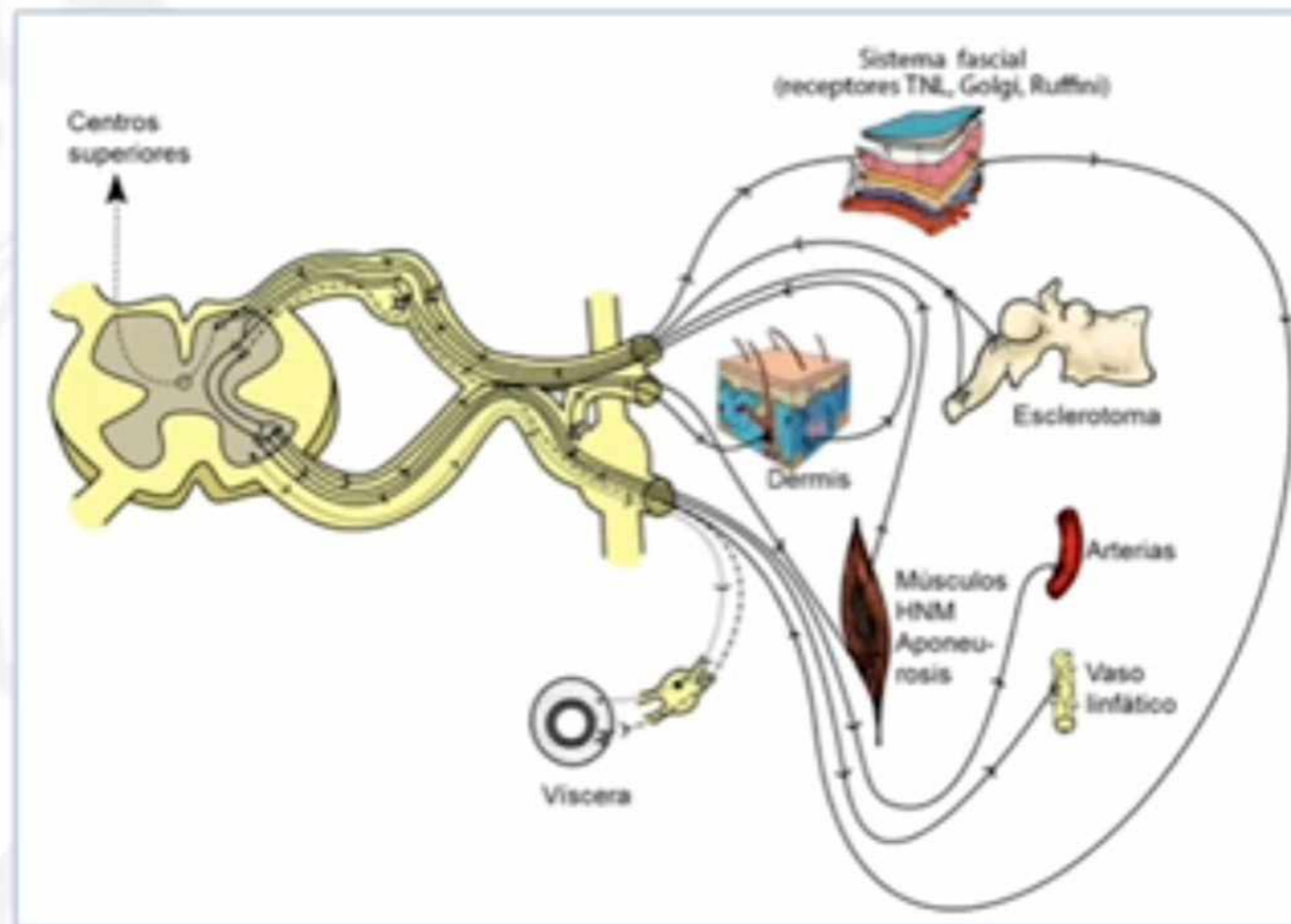
FACILITACIÓN MEDULAR Y HIPERACTIVIDAD GAMMA

EL MODELO DE KORR (1979)



FACILITACIÓN MEDULAR Y HIPERACTIVIDAD GAMMA

MECANORECEPTORES DE LAS FASCIAS EN LA DISFUNCIÓN SOMÁTICA Y SU IMPACTO SOBRE LA FACILITACIÓN MEDULAR Y LA SENSIBILIZACIÓN



EFECTOS DE LA FACILITACIÓN MEDULAR

La facilitación medular comporta una facilitación ortosimpática.

La simpaticotonia provoca una vasoconstricción o angioespasmo cutáneo y una facilitación de los elementos de la METÁMERA:

- **ESCLEROTOMA**: espinosa o apofisis articular dolorosa a la palpación.
- **DERMATOMA**: Dermalgia refleja al pinzado rodado.
- **MIOTOMA**: cordón miálgico T-E y ↑ de tono músculos de la metámera.
- **ANGIOTOMA**: angioespasmo.
- **VISCEROTOMA**: perturbaciones de la motricidad visceral.

El objetivo de la **MANIPULACIÓN** es un reflejo neurovascular a través del SNA que provocará una descongestión activa que tiende a normalizar la facilitación medular: **interrumpe el arco reflejo de hiperactividad gamma** y normaliza la facilitación ortosimpática.

DISFUNCIONES ARTICULARES

- 5 art. del hombro
- Codo
- Muñeca y mano

DISFUNCIONES A DISTANCIA

Pelvis: D.Ancho
Cráneo: ARP (XI),
ATM : Ms. Omohioideo

ESCLEROTOMA + C4 a T1

SÍNDROMES DE LOS DESFILADEROS ESCÁPULO-TORÁCCICOS
y atrapamientos nerviosos ramos terminales
Plexo Braquial

DOLOR EN EL BRAZO
excepto: traumas directos, reumatismo, tumor, infección

HERNIA DISCAL C4 a T1
(NCB - dermatoma +

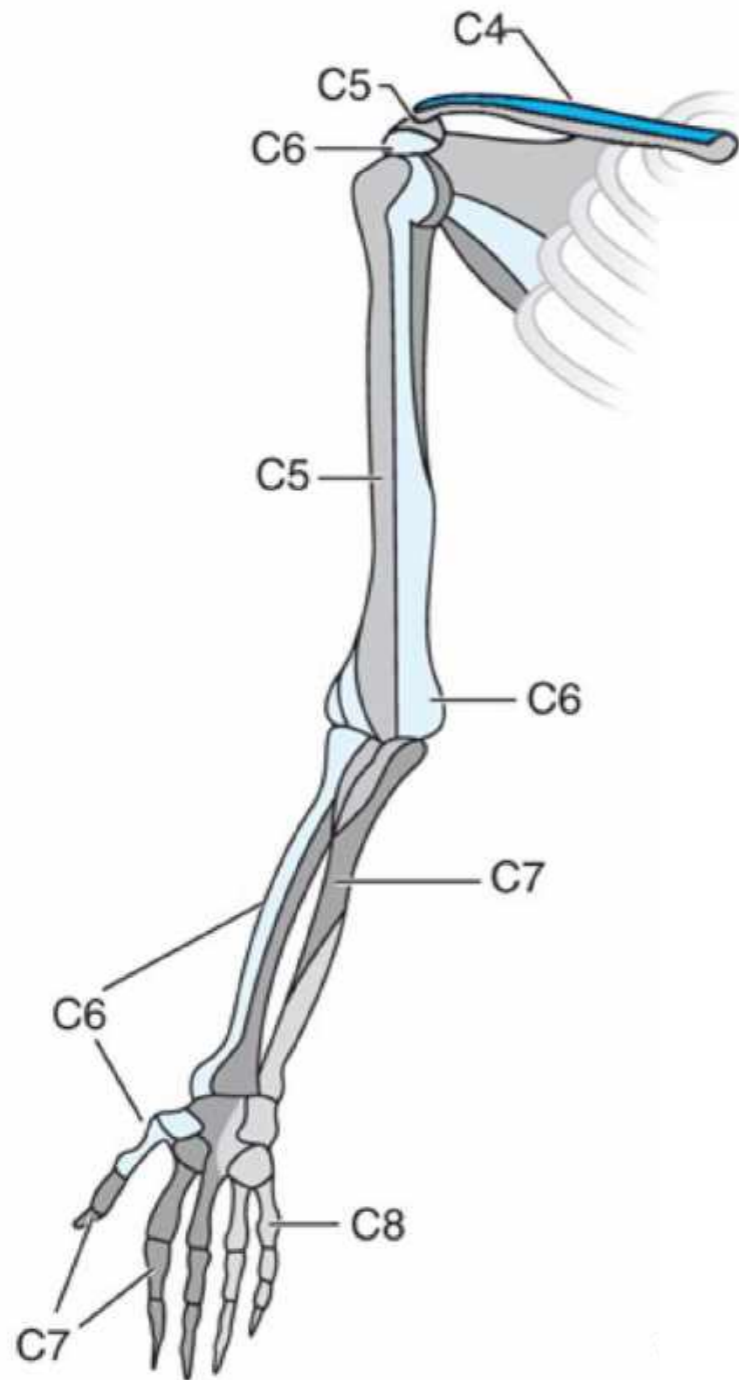
VISCEROTOMA +
Corazón
Hígado/vesícula biliar
Estómago
Intestinos
Tiroides

PATOLOGÍA MUSCULAR
Dolor referido de los PUNTOS GATILLO

ANGIOTOMA +

- 1a neurona: asta lateral medular T1 a T8
- 2a neurona: gangli estrellat (C7-T1-1a costilla)

ESCLEROTOMA FACILITADO



El esclerotoma facilitado corresponde a una disfunción somática vertebral.

Manipularemos el nivel facilitado, según la disfunción que presente, siempre que haya 3 elementos de la metámera facilitados (E,D,M).

C4: Espinosa C4, Clavícula.

C5: Espinosa C5, Acromioclavicular, Troquiter.

C6: Espinosa C6, Acromion, Epicondilo.

C7: Espinosa C7, Olecranon, Epitroclea.

C8: Cubito, LLI muñeca.

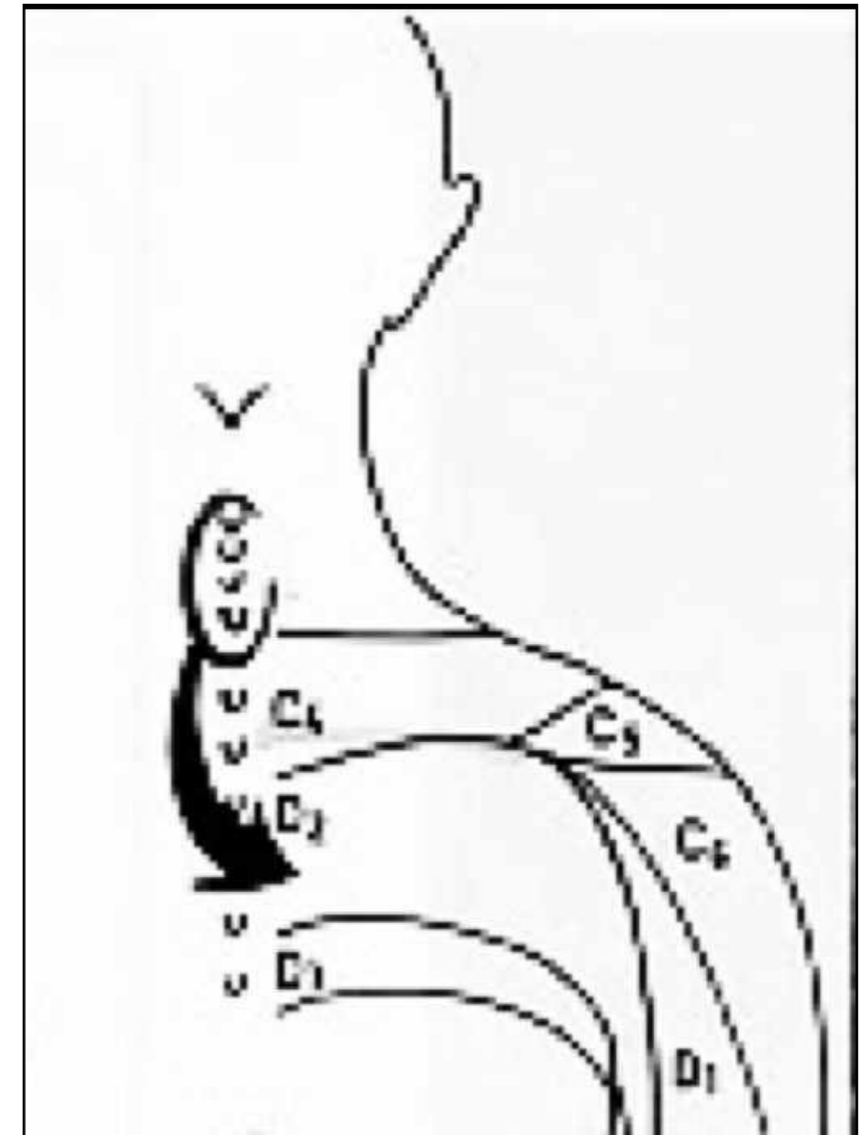
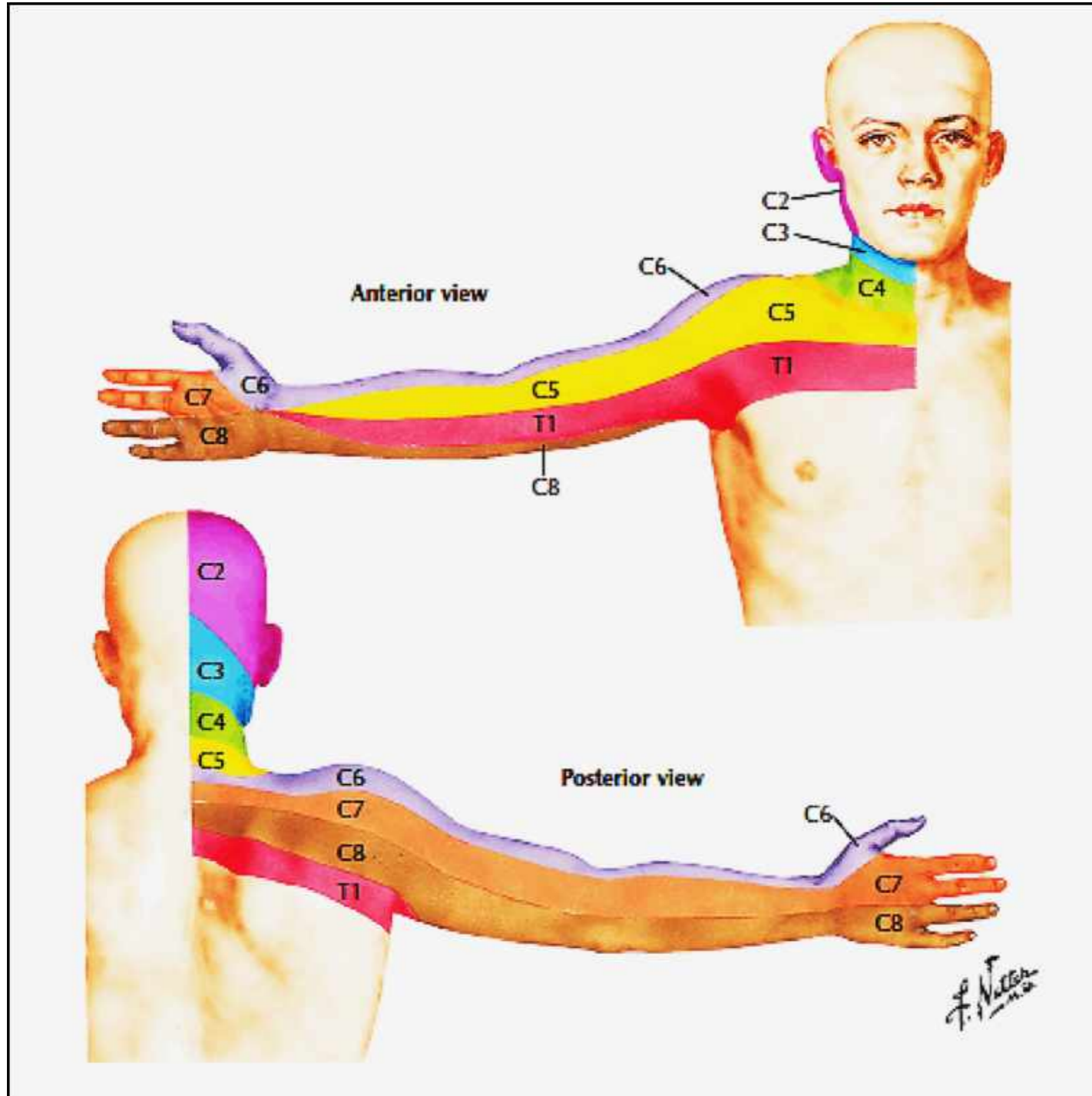
T1: Espinosa T1.

PALPACIÓN DE LAS ESPINOSAS (Dolor, hipomovilidad)



<i>Estudio</i>	<i>Sensibilidad</i>	<i>Especificad</i>	<i>LR+</i>	<i>LR-</i>	<i>QUADAS (0-14)</i>
<i>Jull et al.</i>	<i>100</i>	<i>100</i>	<i>NA</i>	<i>NA</i>	<i>9</i>
<i>Rey et al.(C2-C3)</i>	<i>88</i>	<i>39</i>	<i>1,4</i>	<i>0,30</i>	<i>5</i>
<i>Rey et al.(C5-C6)</i>	<i>89</i>	<i>50</i>	<i>1,8</i>	<i>0,22</i>	<i>5</i>

HERNIA DISCAL - DERMATOMA



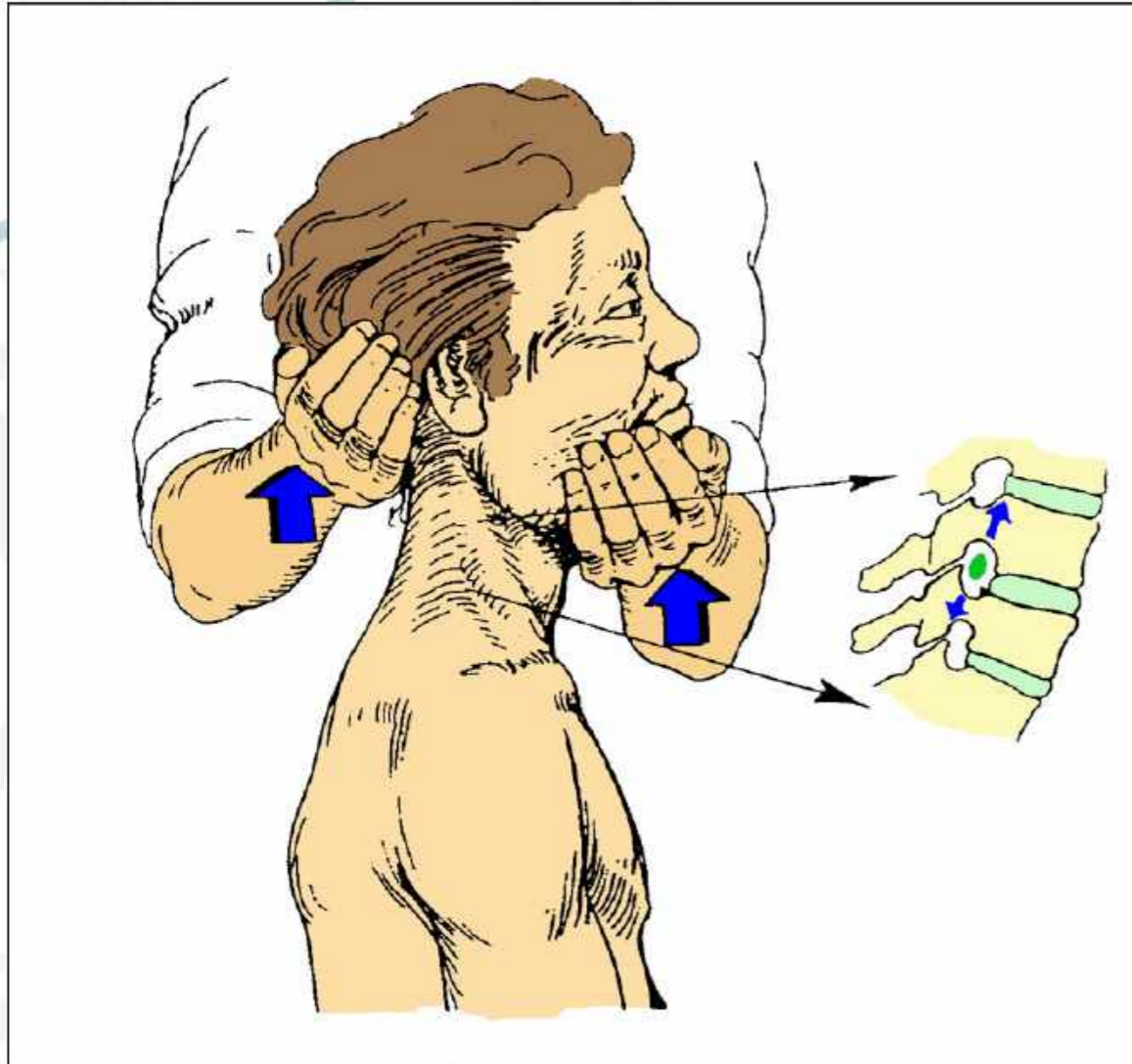
PLANOS CUTÁNEOS DE C5-T1
SEGÚN TONDURY

HERNIA DISCAL - TEST DE JACKSON



El test es positivo cuando desencadena dolor cervical o el dolor referido o irradiado habitual en el miembro superior

HERNIA DISCAL - TEST DE DISTRACCIÓN



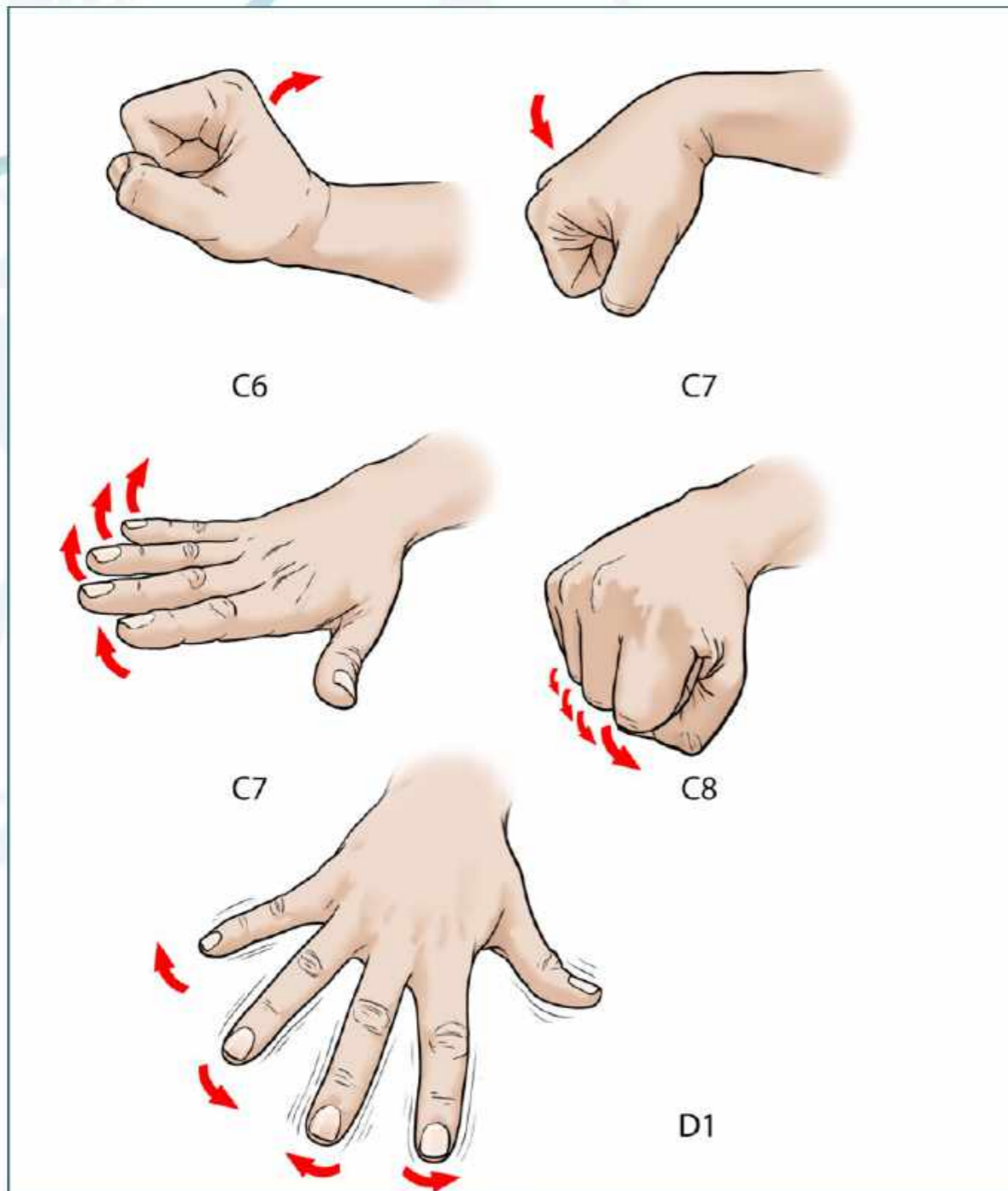
Prueba de distracción.

- Kappa 0.56 (Bertison)
- Sensibilidad 0.33 (VIIKARI-JUNTURA).
- Especificidad (VIIKARI-JUNTURA). 1.0

Fiabilidad en 70% para N.C.B., 54% para discopatias, test válido ($P < 0.05$) para detectar problemas de compresión radicular.

- Cortijo Sánchez CJ. En caso de Neuralgia cervicobraquial, el test de Jackson es patognomónico de patología discal; ¿Corresponde a la realidad? Revista científica de terapia manual y osteopatía 2002(14):12-15.

MIOTOMA FACILITADO



- *C5 - Abducción del hombro.*
- *C6 - Extensión de la muñeca.*
- *C7 - Flexión de la muñeca y extensión de los dedos .*
- *C8 - Flexión de los dedos.*
- *D1 - Abducción y aducción de los dedos.*

ANGIOTOMA FACILITADO

ANGIOTOMA es el conjunto de vasos sanguíneos y linfáticos cuya inervación ortosimpática depende de un misma región medular , es decir, de un mismo nivel metamerico vertebral.

El **ANGIOTOMA facilitado** provoca un dolor tipo isquémico o hipóxico en el territorio vascularizado por la metámera en disfunción.

: D.hipóxico es nocturno, en reposo, disminuye con ejercicio. Se produce por falta de circulación, acumulación electrolitos, hipooxigenación. Ej: tendinopatias, dolor ligamentario. El dolor isquémico aumenta a lo largo del día. Ej: degenerativos.

:

- ✍ 1a. Neurona : CENTRO MEDULAR ASTA LATERAL T1 a T9
- ✍ 2a. Neurona : CENTRO GANGLIONAR SIMPÁTICO: Ganglio estrellado

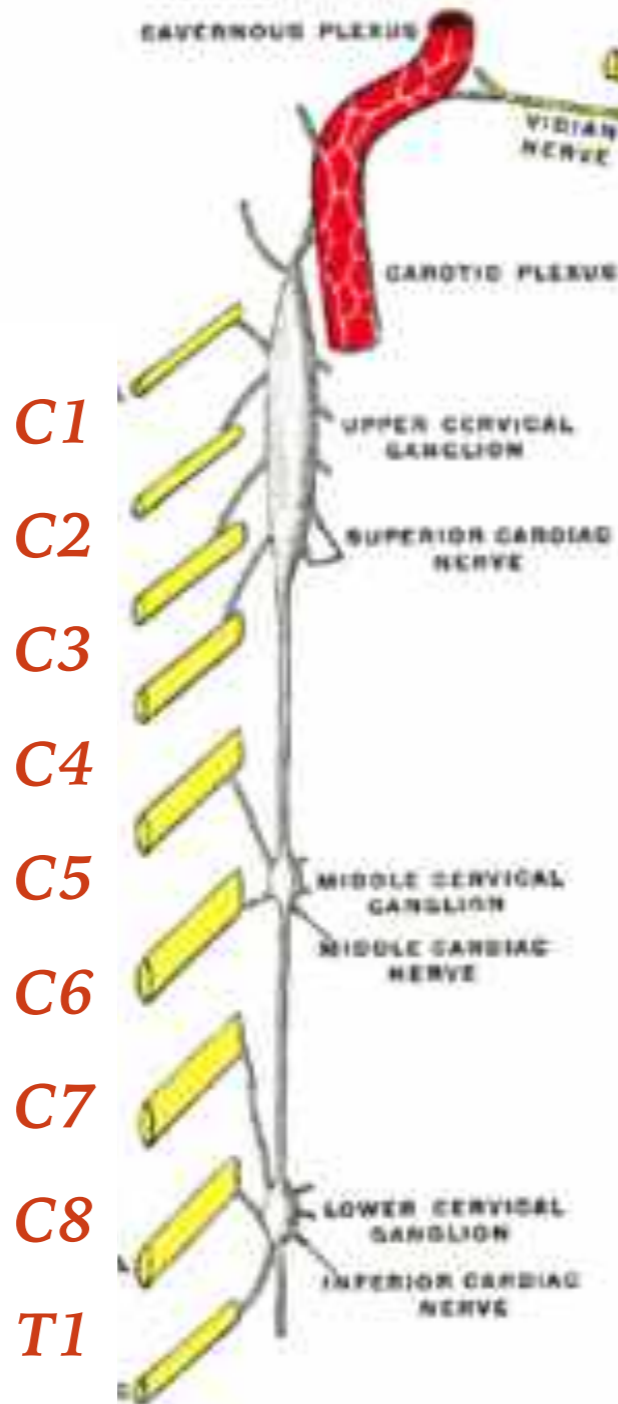
ANGIOTOMA FACILITADO

ORTOSIMPÁTICO		PARASIMPÁTICO
PREPARA AL CUERPO PARA UNA AMENAZA: LUCHA o HUIDA		REPARAR Y REGENERAR
Asta lateral de T1 a L2		Tronco encéfalo (ej:vago) S2 - S4
DIFUSO.	VISCERAL	VISCERAL ANTAGONISTA
Relacionado con la termorregulación: Vasos Gl.sudoríparas Gl.sebaceas Piloerección		

ANGIOTOMA FACILITADO

C1-C4
PLEXO
CERVICAL

C5-T1
PLEXO
BRAQUIAL



Los plexos están formados por las raíces anteriores de los nervios raquídeos.

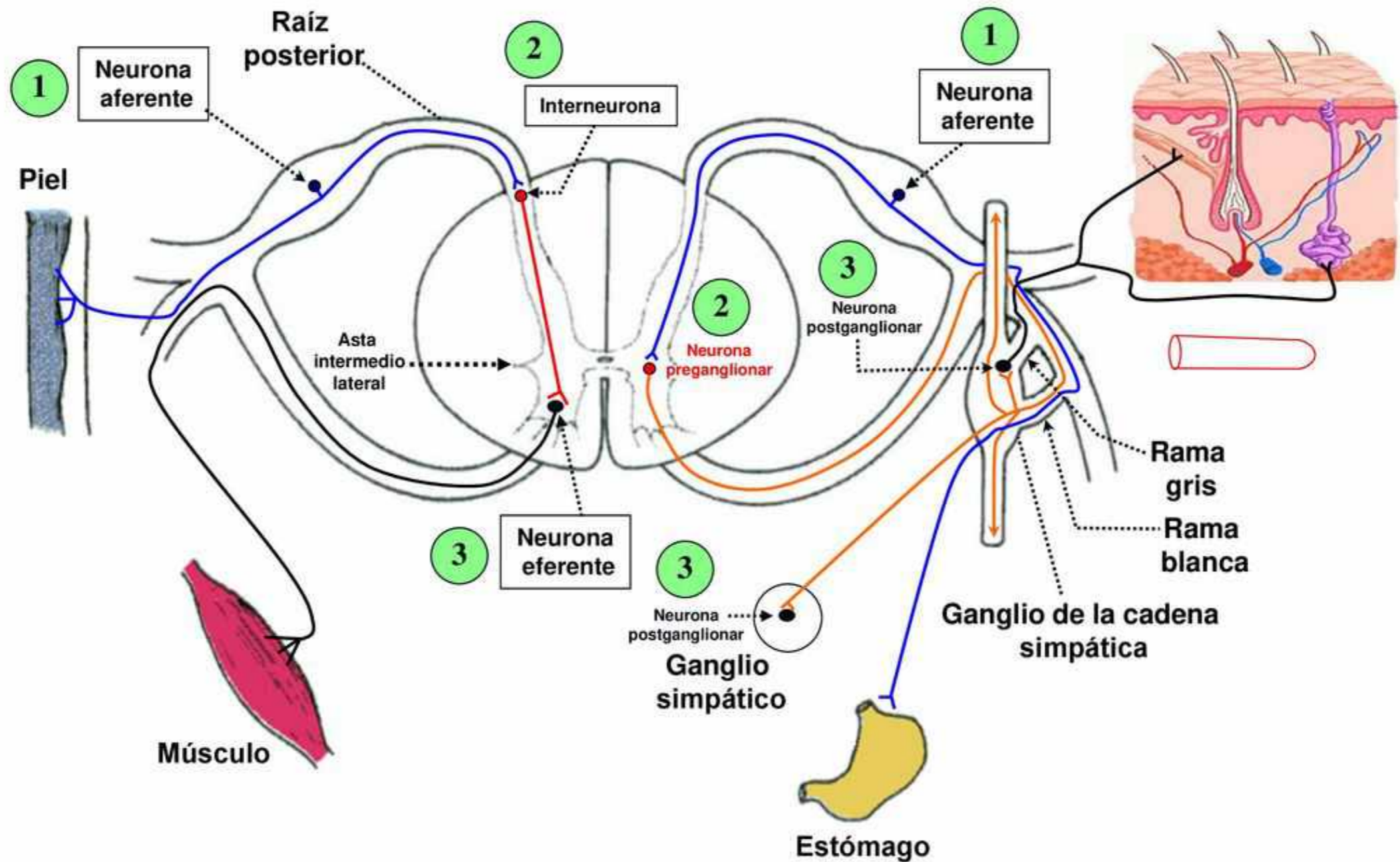
Llevan nervios sensitivos, motores y simpáticos.

A nivel cervical no existe asta lateral en la médula y “se lo presta” el nivel torácico de T1 a T8, donde encontramos la **1a neurona**.

La 1a neurona asciende por la cadena laterovertebral simpática hasta los ganglios cervicales: estrellado, cervical medio i cervical superior.

Allí hará sinapsis con la **2a neurona** y formará parte de los nervios raquídeo.

ANGIOTOMA FACILITADO





PUNTOS GATILLO QUE SIMULAN UNA NCB

PUNTOS GATILLO , según Travel y Simons, son puntos hipersensibles dentro de una banda tensa que provocan dolor referido (hormigueo, pinchazo, dolor claro o profundo). El dolor local no es necesario para su Dx.

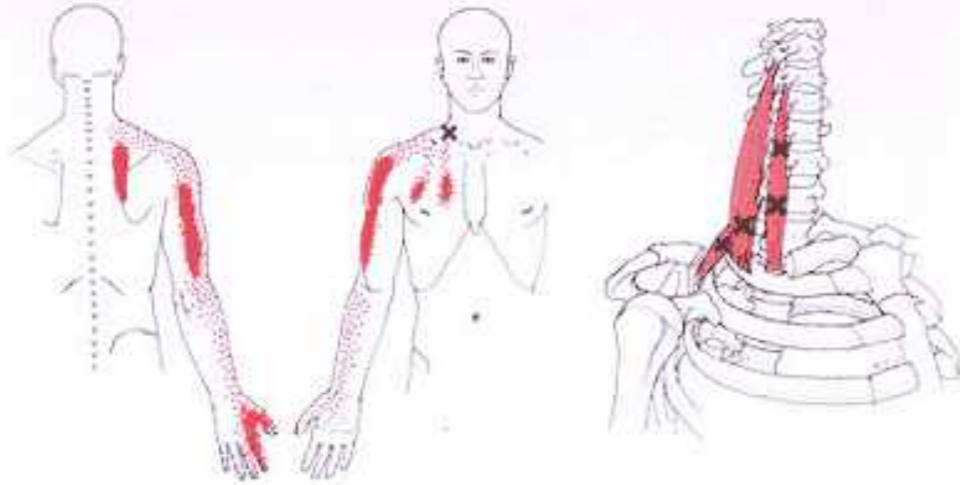
Qué hipótesis podrían explicar el fenómeno de los PG?

- Parece que una **sensibilización** o una **inflamación** del **nervi nervorum** podría estar relacionado con su aparición. El punto sensible se encontraría en el **área de hiperalgesia secundaria** de éste. (Bove et al. Pain Forum, 1997).
- También podría tratarse de **dolor referido de estructuras profundas** (ligamentos interespinosos, periostio, hueso esponjoso o músculos profundos), los cuales no tienen una buena representación somato sensorial.
- El PG podría ser un **punto de alodinia secundario**, reflejo de **mecanismos nociceptivos centrales alterados**. (Quinter et al. Rheumatology (Oxford), 2015)

Según Dorsher y Fleckenstein existe una coincidencia anatómica de hasta un **93% entre los PG y los puntos de acupuntura** y una coincidencia del 91% entre els patrones de Dolor característicos de los PG miofasciales y la trayectoria del meridiano del punto de acupuntura relacionado, por lo que reflejan los mismos fenómenos fisiológicos. (Revista de acupuntura, 2009)

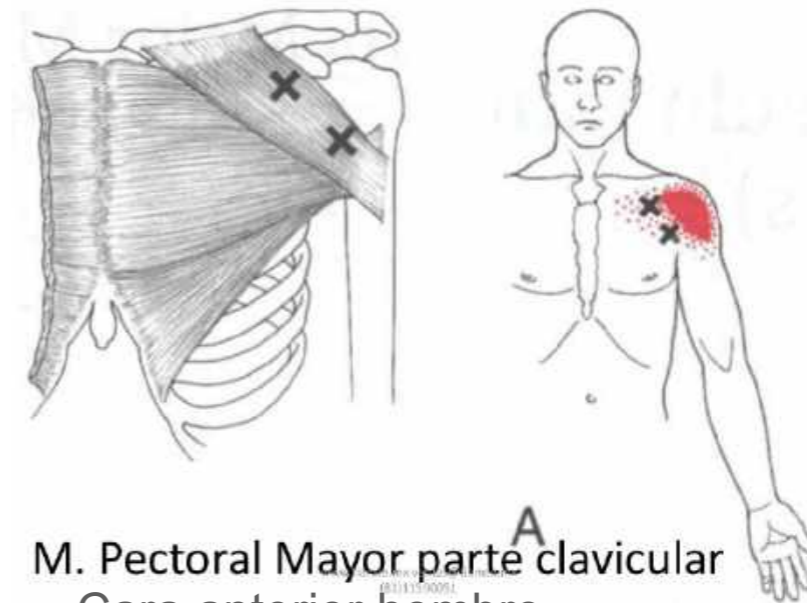
PATOLOGÍA MUSCULAR

PUNTOS GATILLO QUE SIMULAN UNA NCB



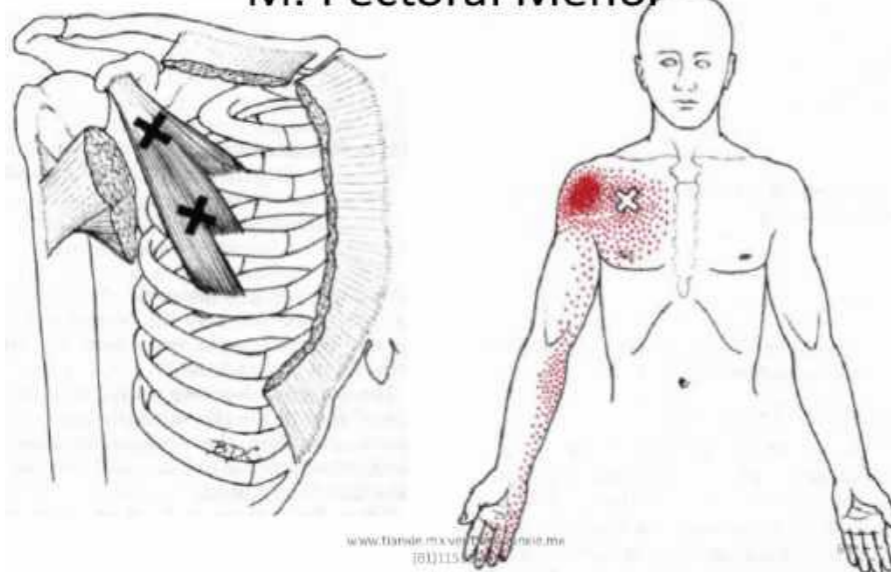
Escalenos

Hacia el pecho, zona C5, C6 hasta la mano.

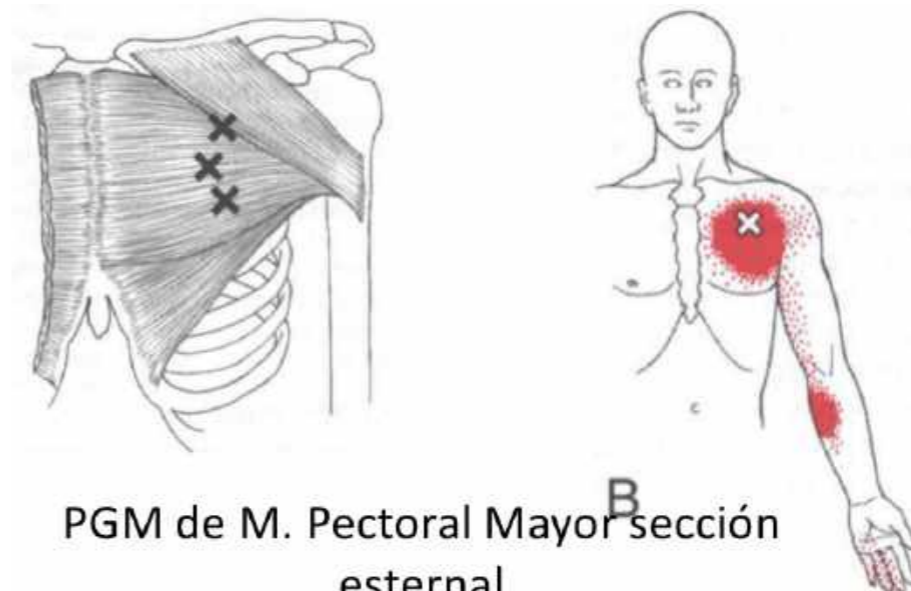


M. Pectoral Mayor parte ^Aclavicular
Cara anterior hombro

M. Pectoral Menor



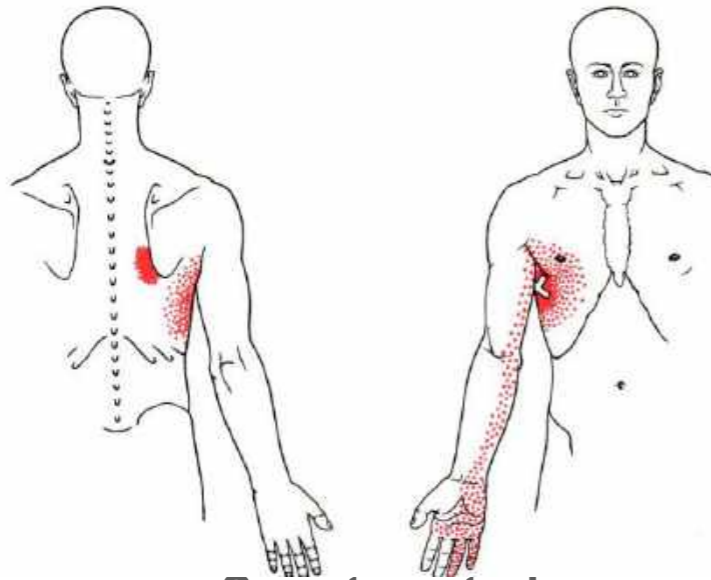
Cara anterior hombro y territorio C8



PGM de M. Pectoral Mayor ^Bsección
esternal

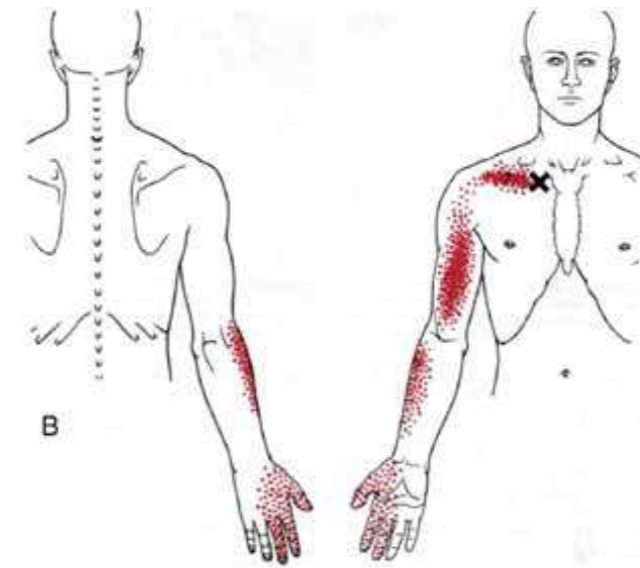
Sobre el pecho y hacia el brazo
hasta la mano, st epitrocleares

PUNTOS GATILLO QUE SIMULAN UNA NCB

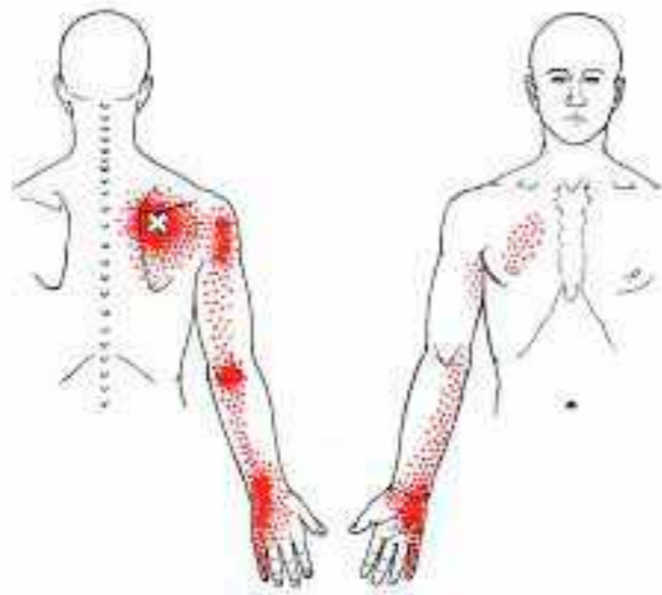


Serrato anterior

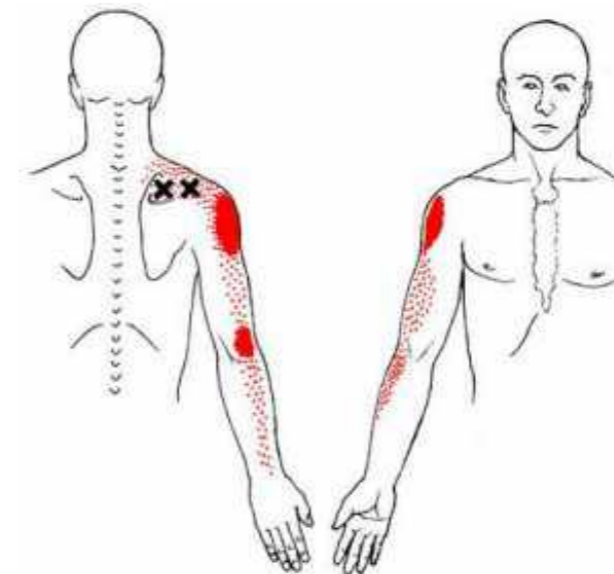
Zona axilar, hacia el brazo y territorio cubital



Subclavio



Serrato posterior superior

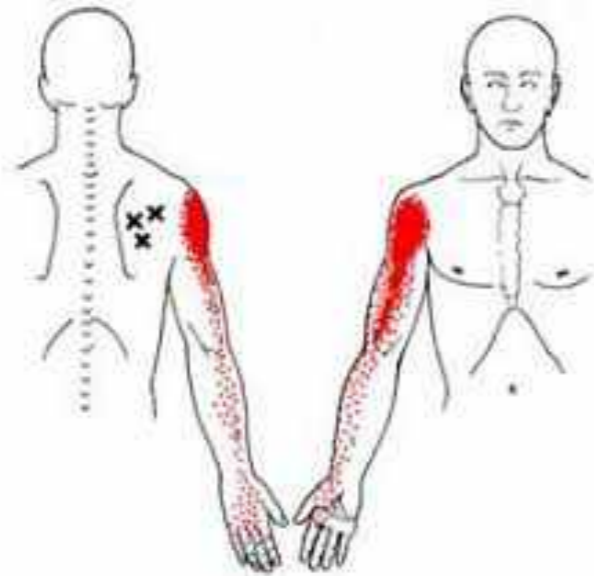


Supraespinoso

Zona C6 sin llegar a la mano

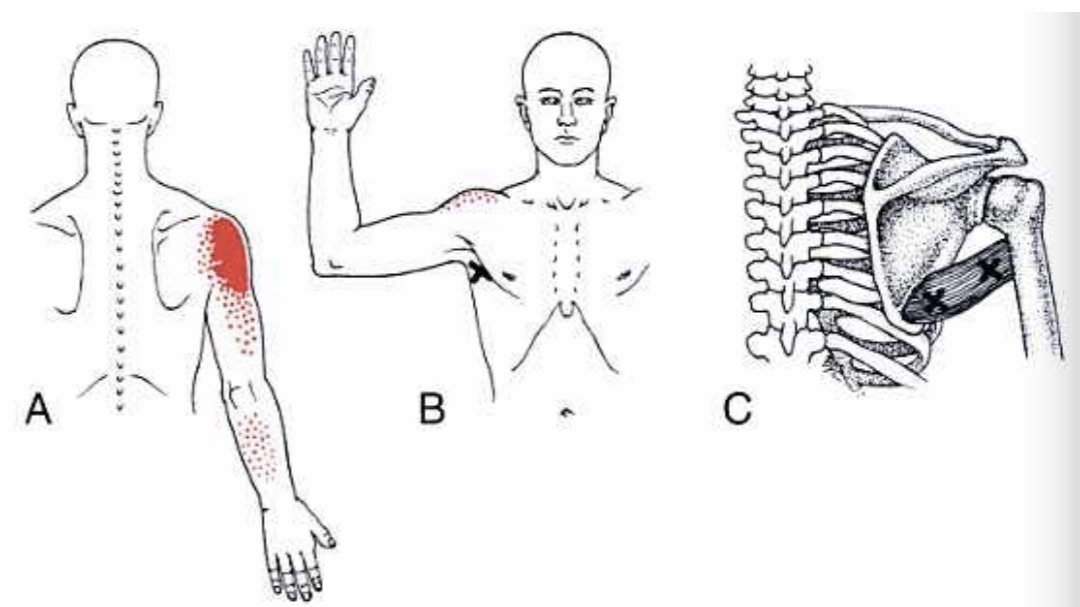
PATOLOGÍA MUSCULAR

PUNTOS GATILLO QUE SIMULAN UNA NCB



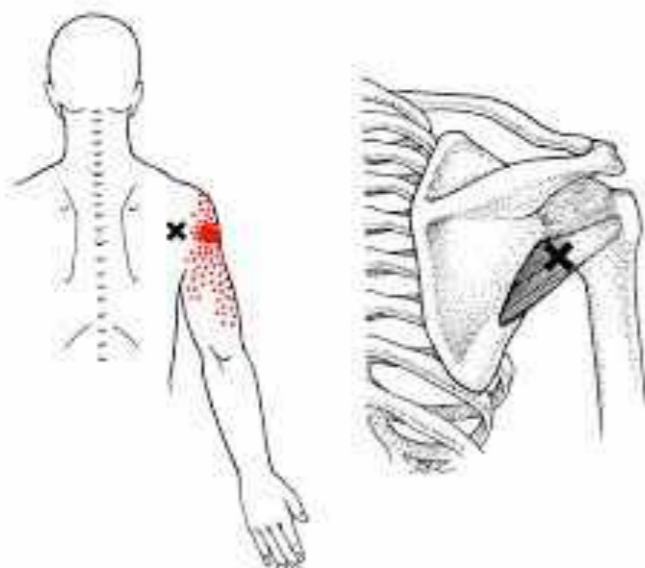
Infraespinoso

Cara anterior y posterior hombro y brazo hasta la manop.



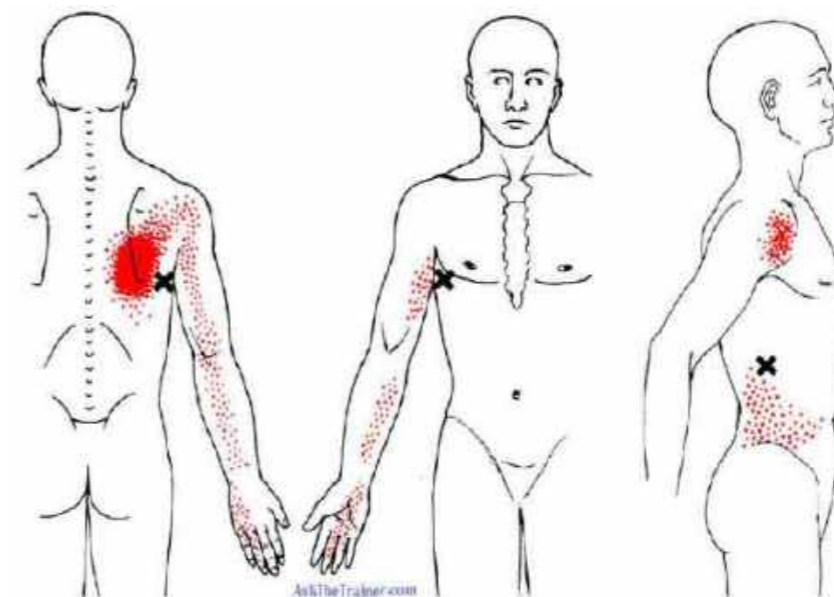
Redondo mayor

Cara posterior del brazo y antebrazo



Redondo menor

Cara posterior zona deltoidea

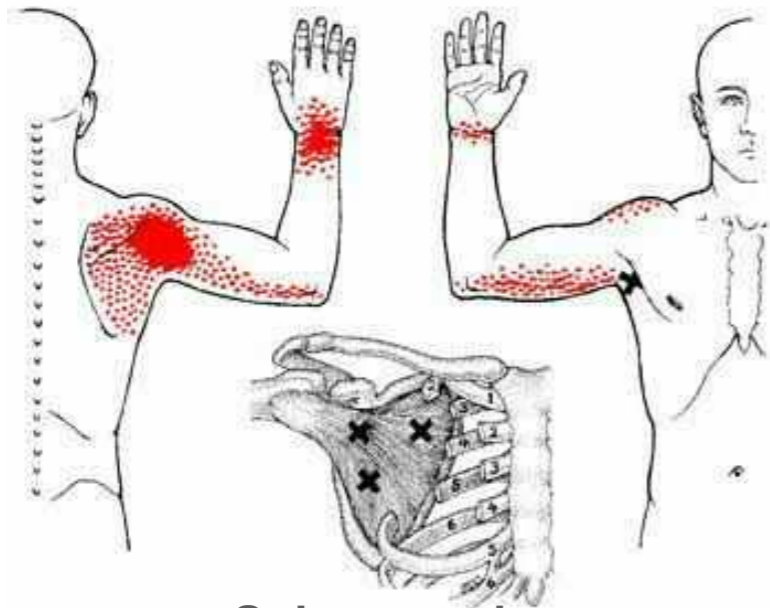


Dorsal Ancho

Ángulo inferior escápula y cara interna ant y post de toda la ES

PATOLOGÍA MUSCULAR

PUNTOS GATILLO QUE SIMULAN UNA NCB



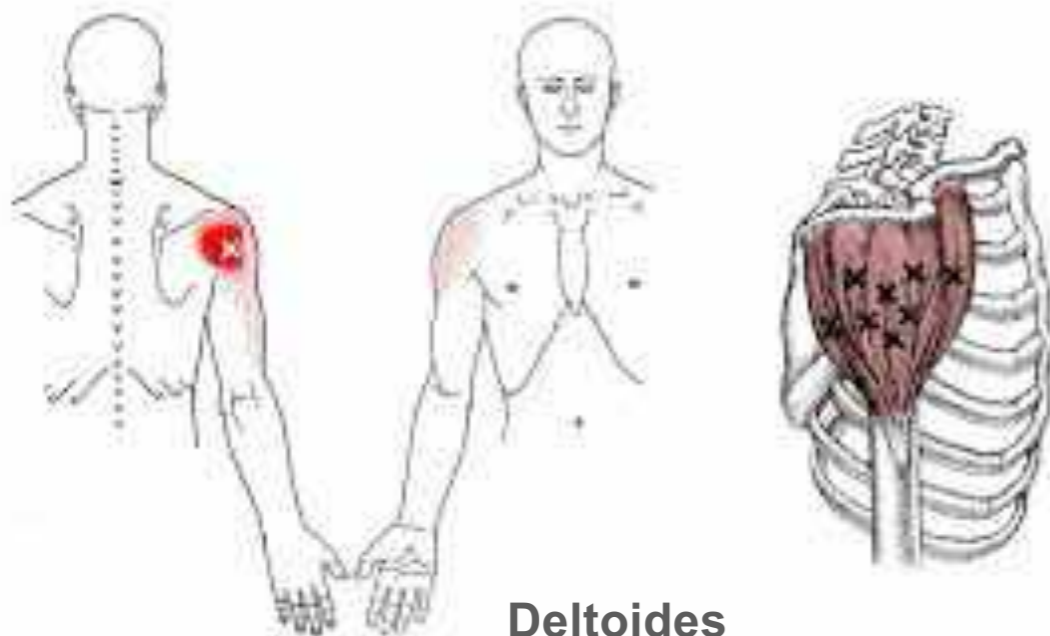
Subescapular

Zona posterior hombro y muñeca como una pulsera

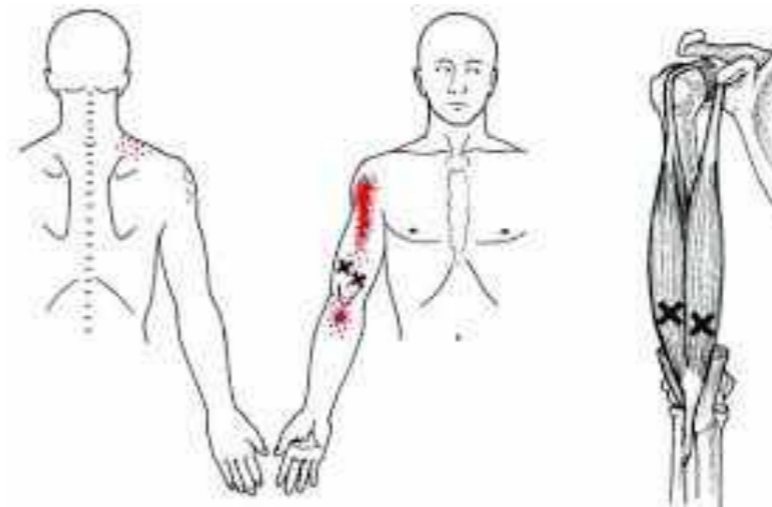


Coracobraquial

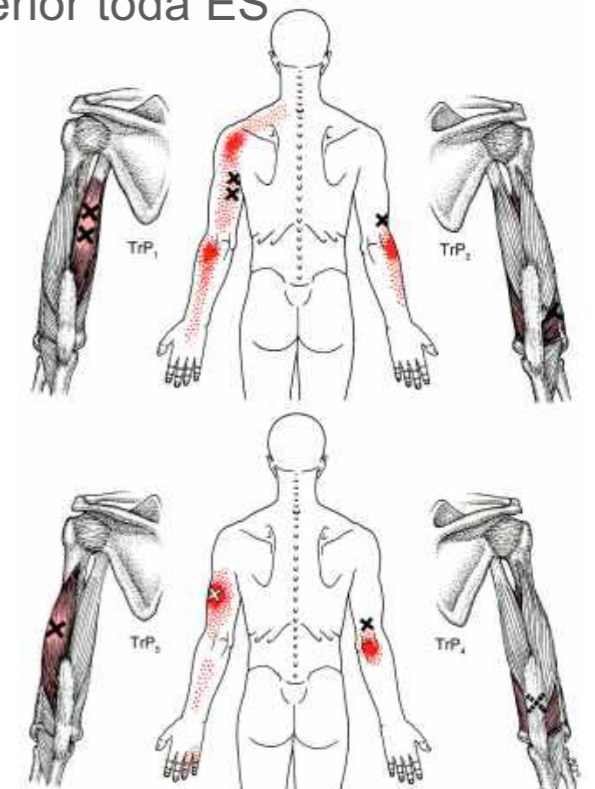
Cara anterior hombro y posterior toda ES

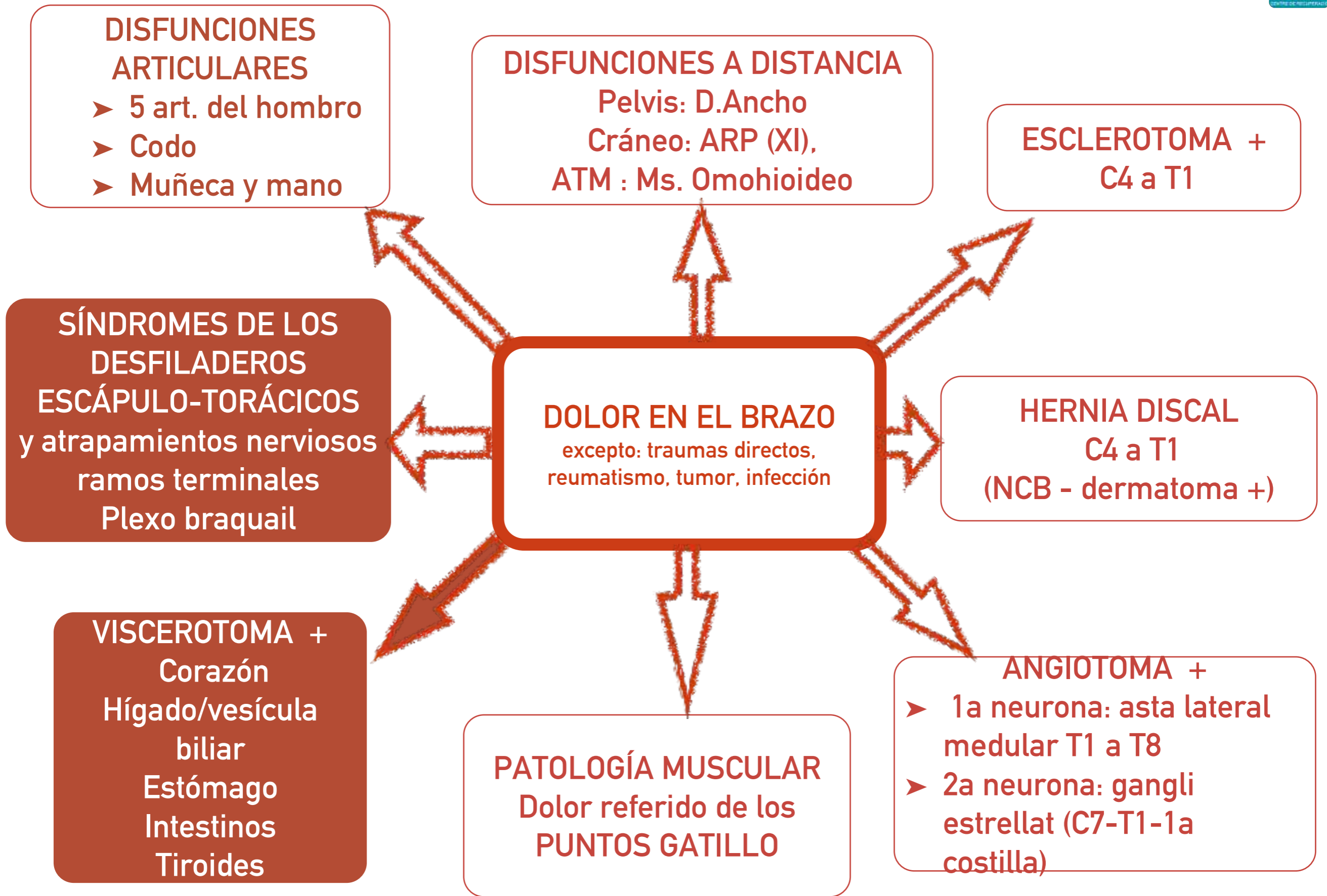


Deltoides



Bíceps y Tríceps Braquial





VISCEROTOMA FACILITADO

Cuando el víscerotoma está facilitado la fisiología de la víscera se acompaña de dolor referido a distancia.

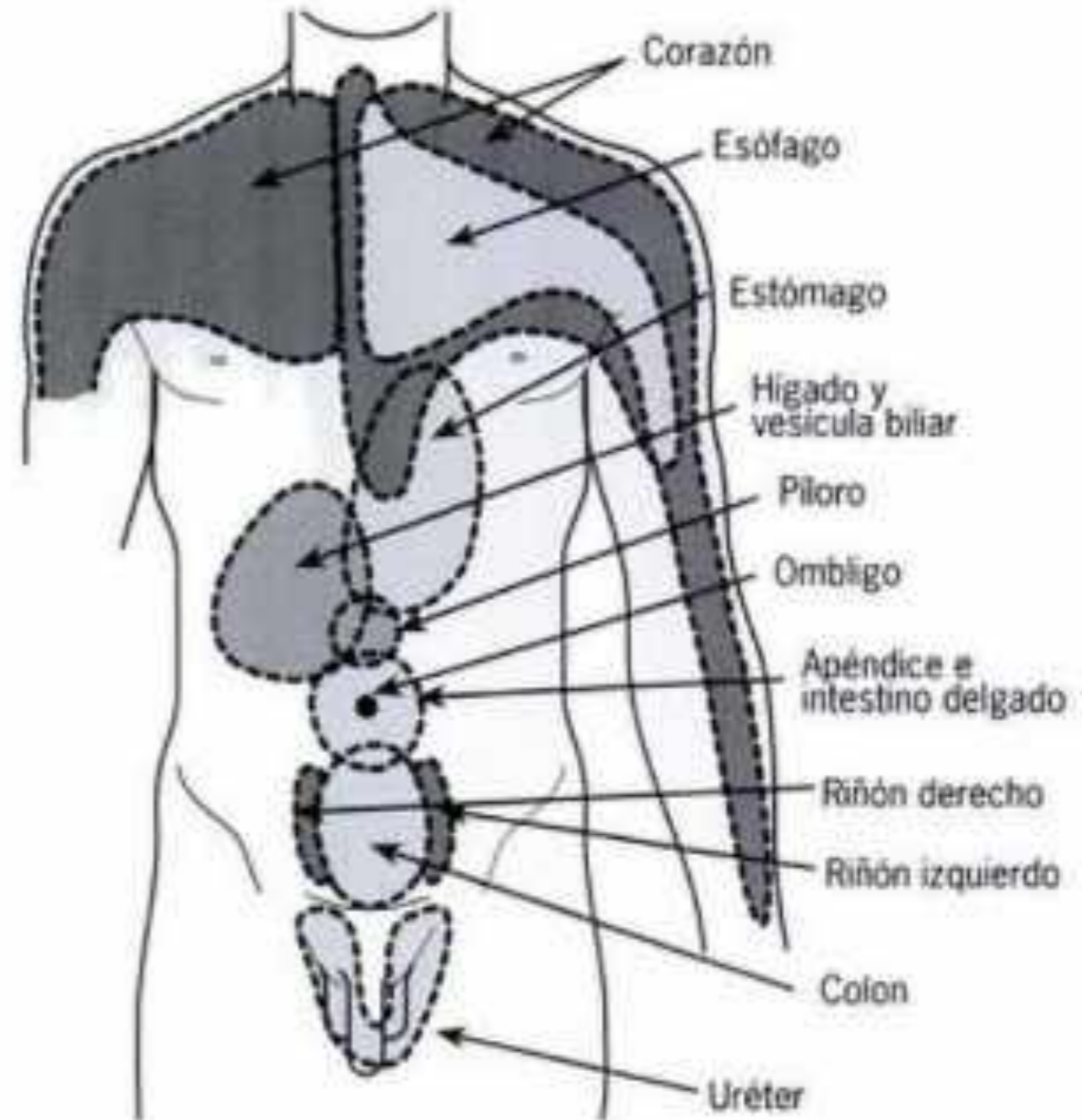
La topografía del dolor se explica por la utilización de las vías neurológicas periféricas.

Las vísceras que dan más dolor referido al brazo son:

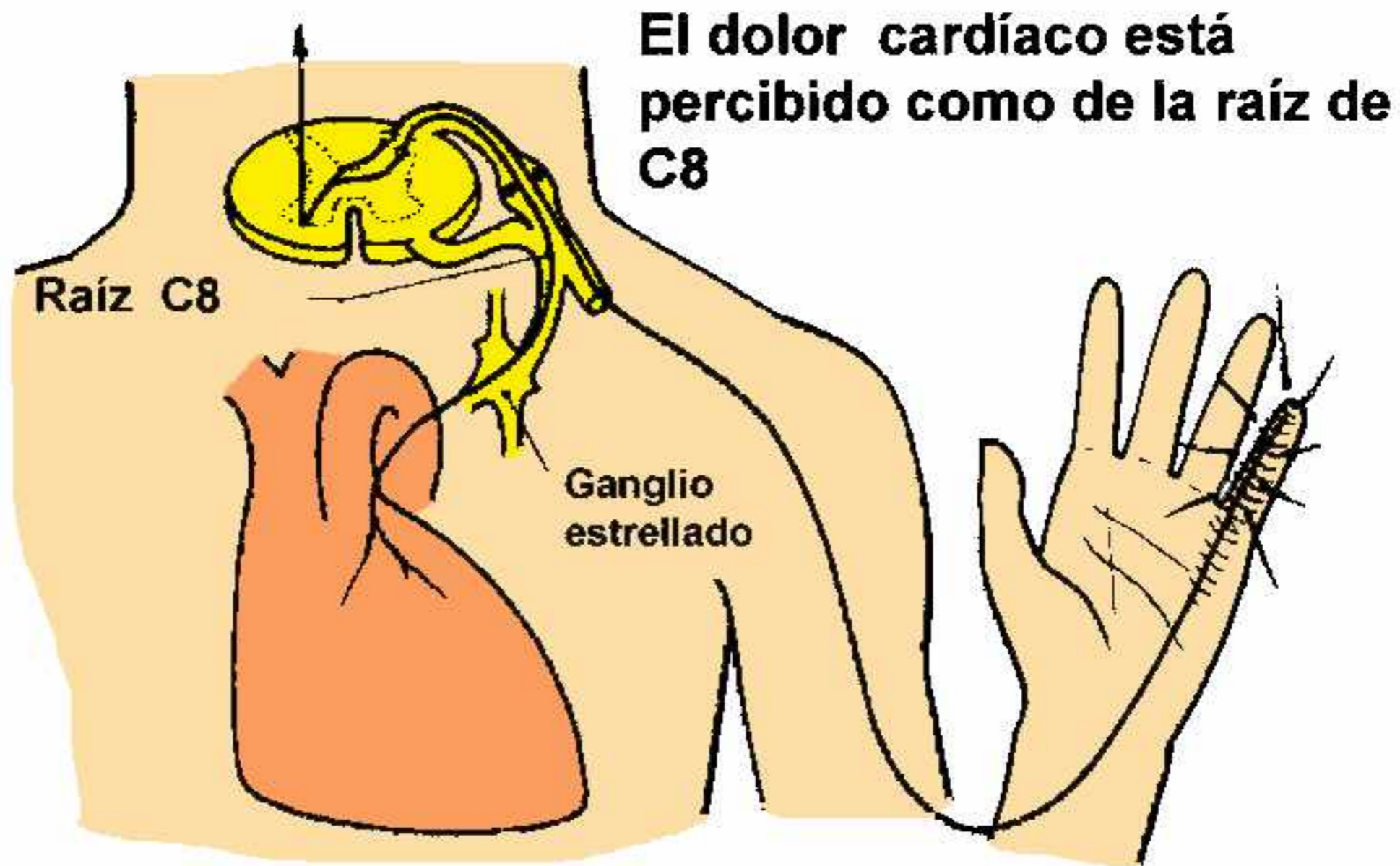


Corazón +++
Hígado/vesícula biliar
Estómago
Intestinos
Tiroides

El “lift test” disminuye o suprime el dolor referido visceral.



VISCEROTOMA FACILITADO



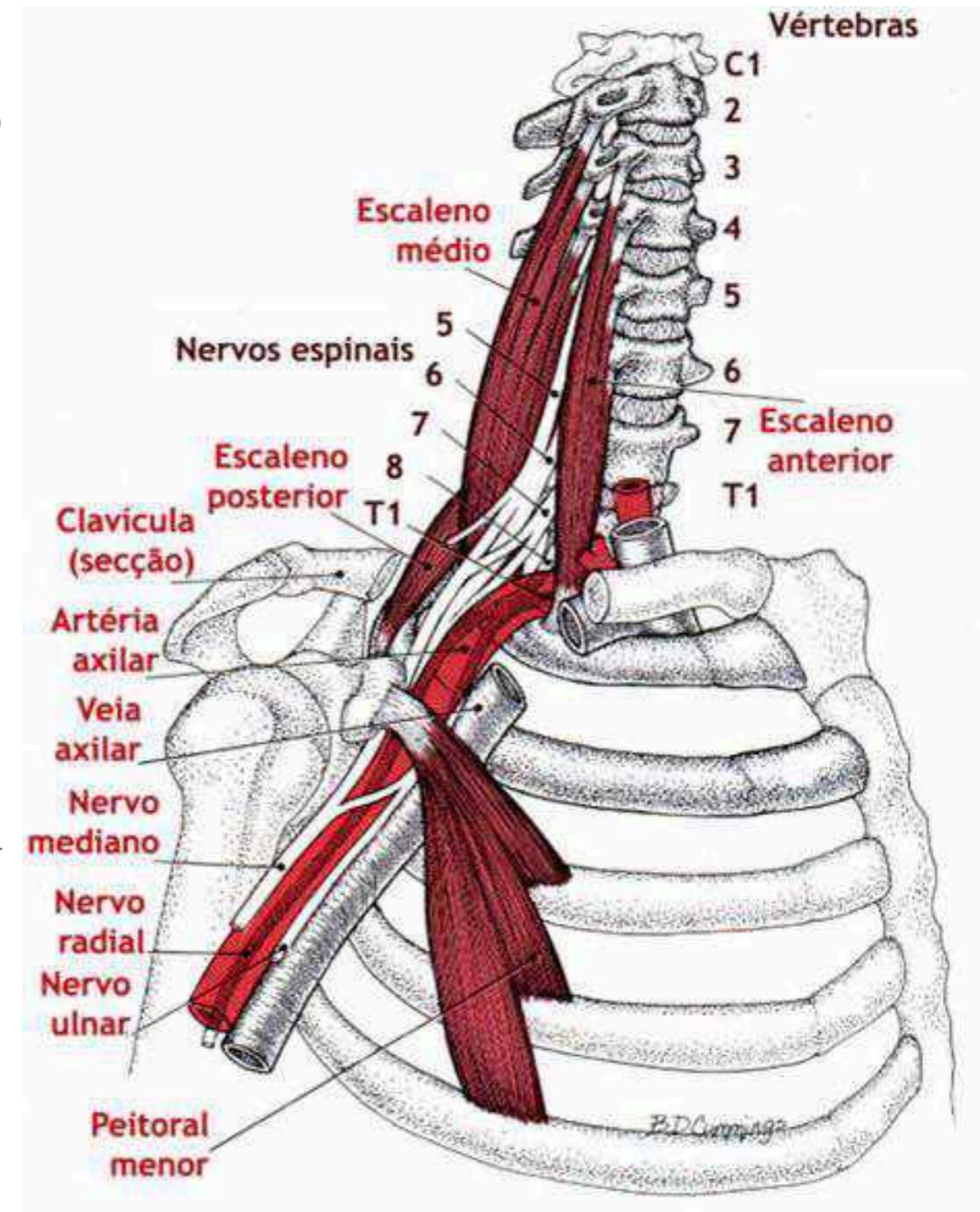


Son manifestaciones clínicas por la compresión del plexo braquial (90-92%) y de los vasos subclavios (8-10%), dentro de los desfiladeros:

1. **INTER-ESCALÉNICO:** en el *triángulo supraclavicular*, entre E.anterior y medio. Solo aa subclavia y Plexo.
2. **COSTO-CLAVICULAR:** entre clavícula y 1a costilla.
3. **INFRAPECTORAL:** por debajo del ms Pectoral menor.

SÍNTOMAS:

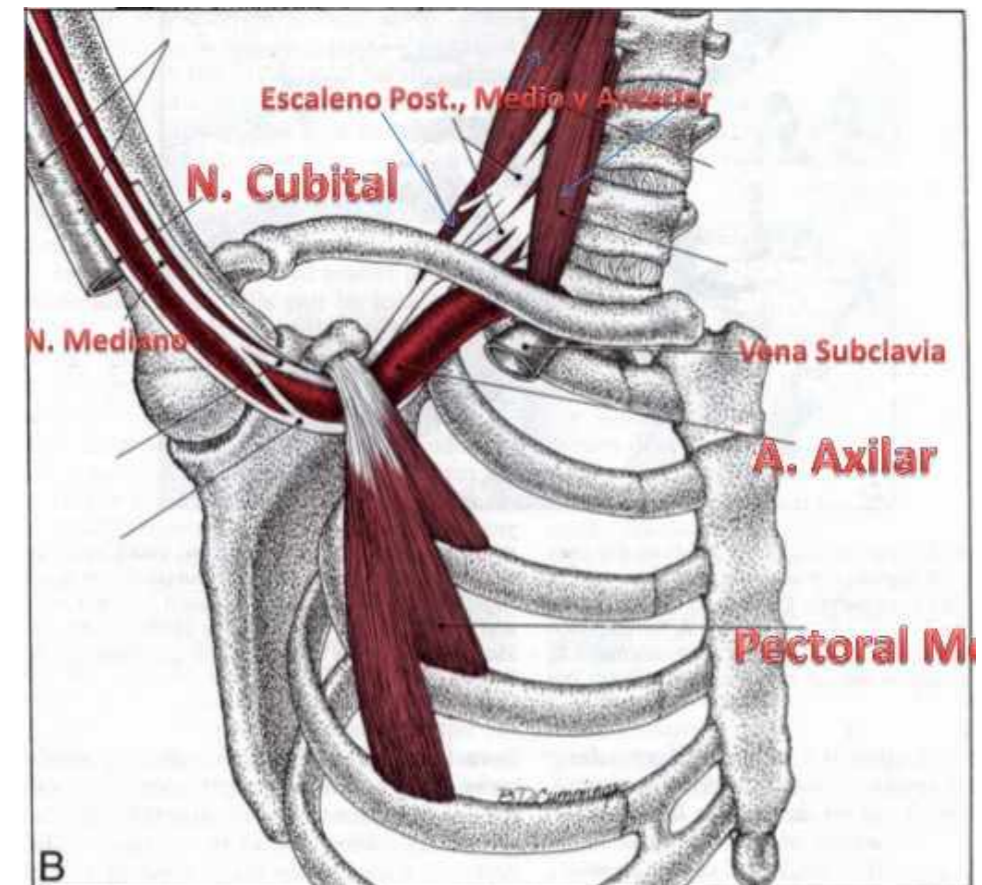
- **Neurológicos 90%:** parestesias, hormigueo, dolor en brazo y posibles trastornos motores periféricos.
- **Arteriales:** dedos adormecidos y fríos, hipersudoración, dolores isquémicos.
- **Venosos** (más fr. que la arterial): pesadez del brazo, edema, cianosis, dilatación venosa superficial.



- **Transtornos posturales** que impliquen que la glena y la clavícula vayan a anterior: cifosis, cabeza anterior, hombros anteriorizados, clavícula anterior por espasmo ms. Subclavio.
- **Whiplash:** disfunciones anteriores vertebrales cervicales.
- **Callo vicioso de clavícula.**
- **Lesiones en superioridad de la 1a costilla.**
- **Malformaciones congénitas:** costilla cervical (parálisis de Klumpke, Sdme.Horner). mega-transversa C7,

intercambio de fibras entre los haces escalénicos.

- **Ms. Omo-hioideo:** en cabezas adelantadas tiene efecto guillotina.
- **Dx diferencial:** por la relación entre la raíz de T1 y la pleura, un cancer de pulmón (Pancoas) puede debutar con NCB T1.



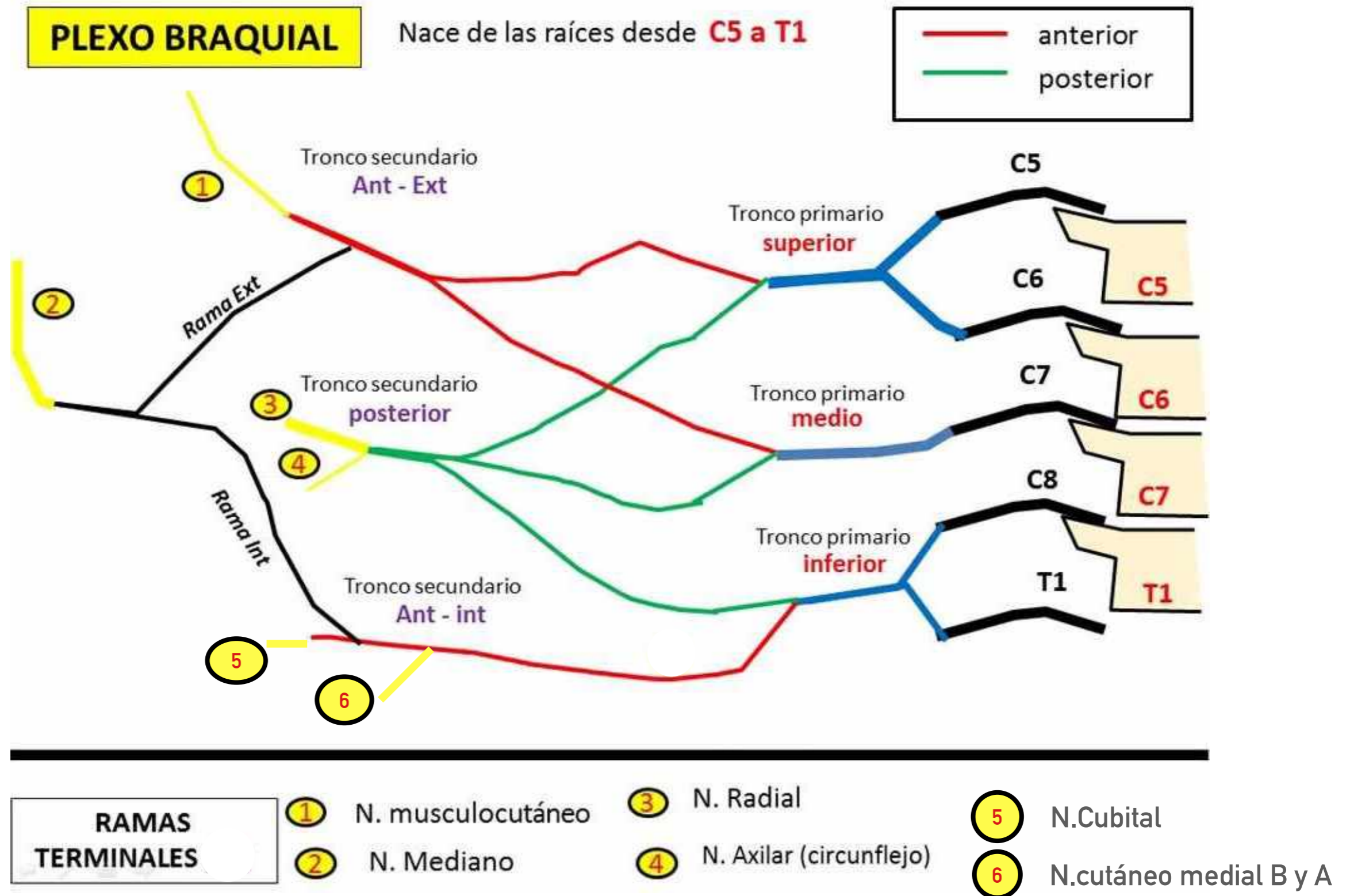
DOUBLE CRUSH SINDROME



Según Sutherland, cuando hay varias compresiones a lo largo de un nervio, la sintomatología más importante va a ser siempre distal.

SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

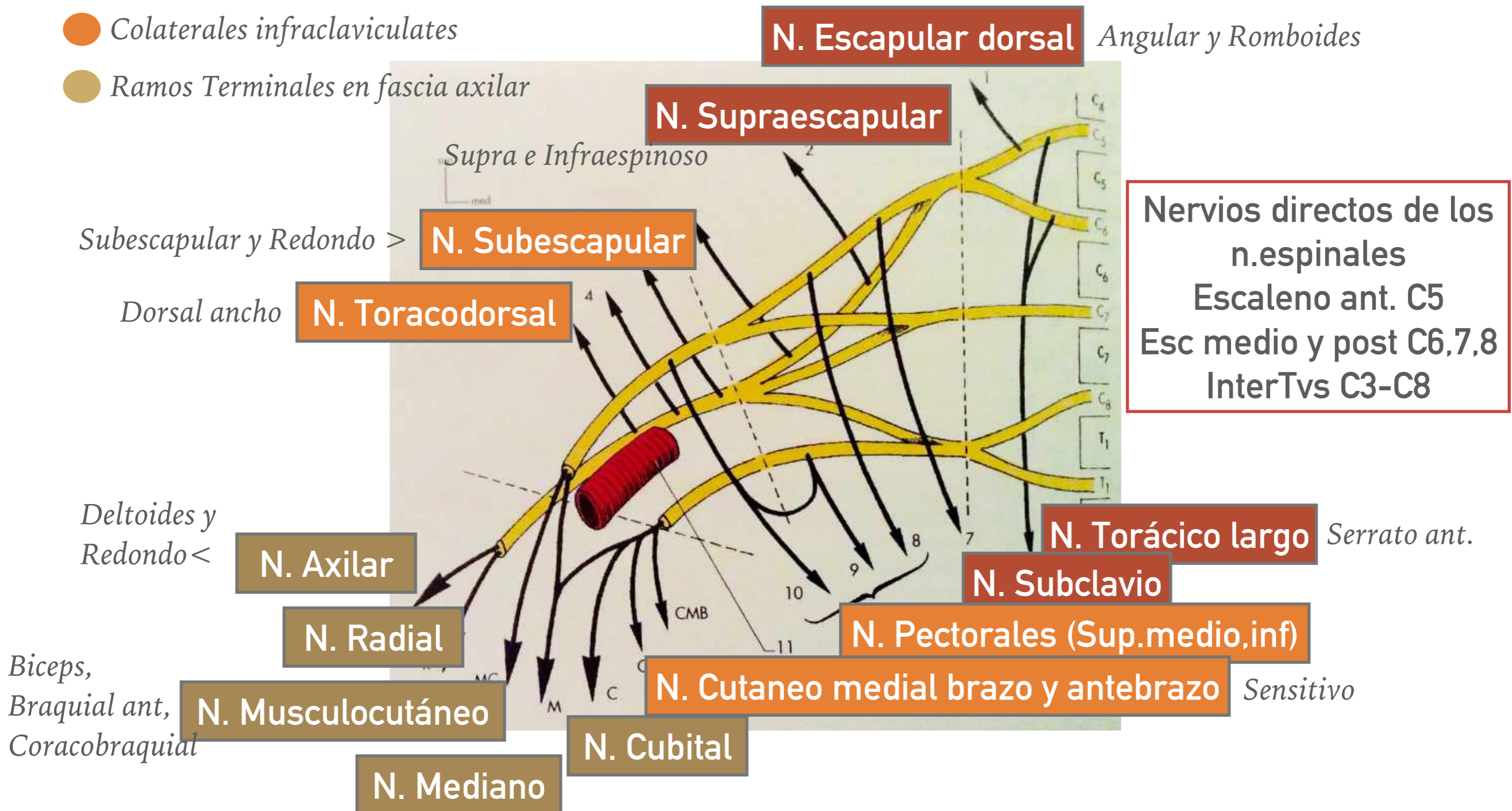
PLEXO BRAQUIAL



SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

PLEXO BRAQUIAL

- Colaterales en el cuello
- Colaterales infraclaviculares
- Ramos Terminales en fascia axilar



SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

RECUERDO ANATÓMICO ESCALENOS

Escaleno anterior

O: Tvs C3-C6

I: 1a costilla

Por el cabalga n.frenico

Escaleno medio

O: Tvs C1-C7

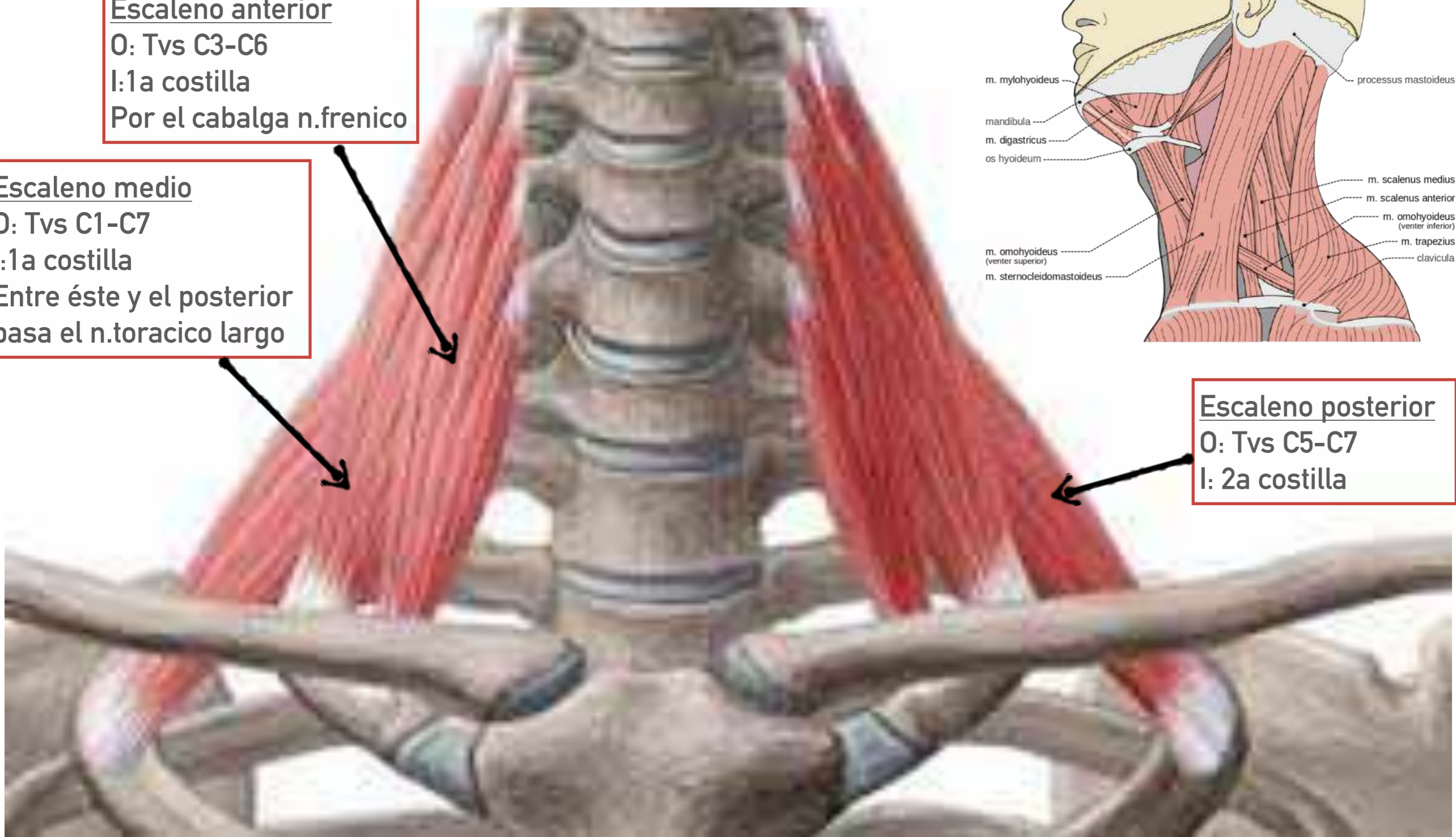
I: 1a costilla

Entre éste y el posterior
pasa el n.toracico largo

Escaleno posterior

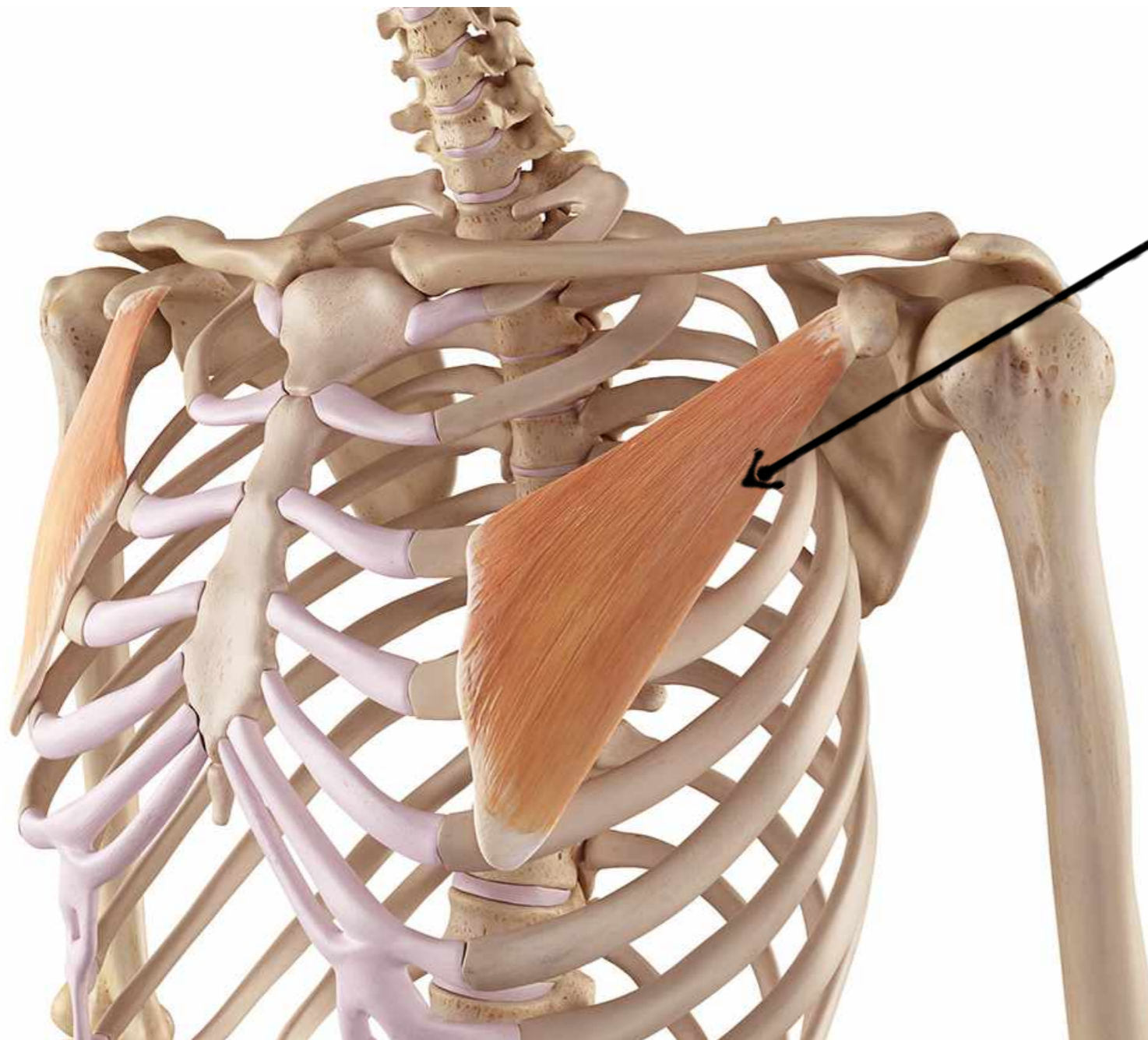
O: Tvs C5-C7

I: 2a costilla



SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

RECUERDO ANATÓMICO PECTORAL MENOR

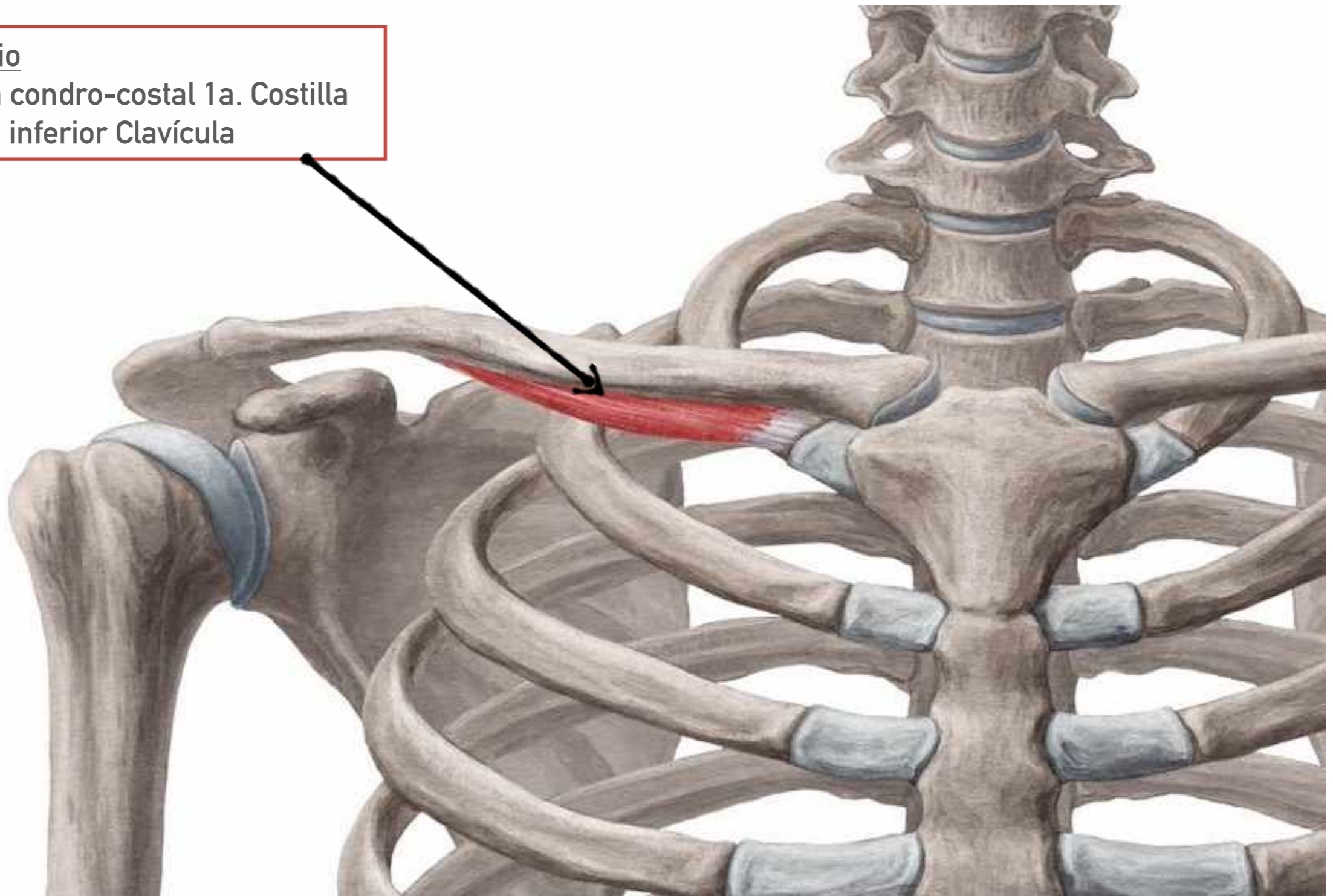


Pectoral menor
O: 3a, 4a y 5a costillas
I: Apófisis Coracoides

Subclavio

O: unión condro-costal 1a. Costilla

I: borde inferior Clavícula



SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

RECUERDO ANATÓMICO

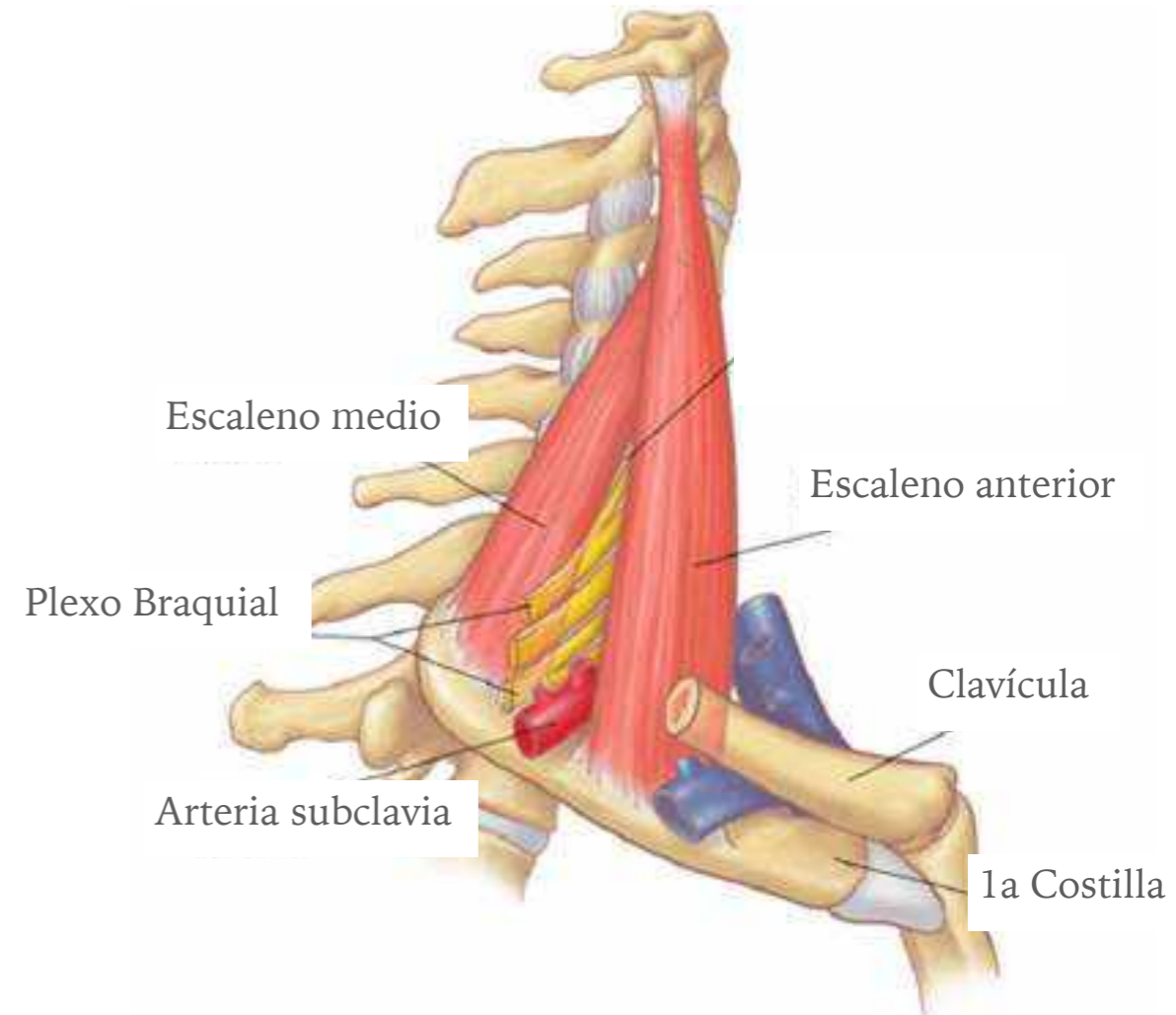


Compresión de la artéria Subclavia y el plexo Braquial entre ESCALENO ANTERIOR y MEDIO. No de la vena subclavia.

Puede producir la compresión:

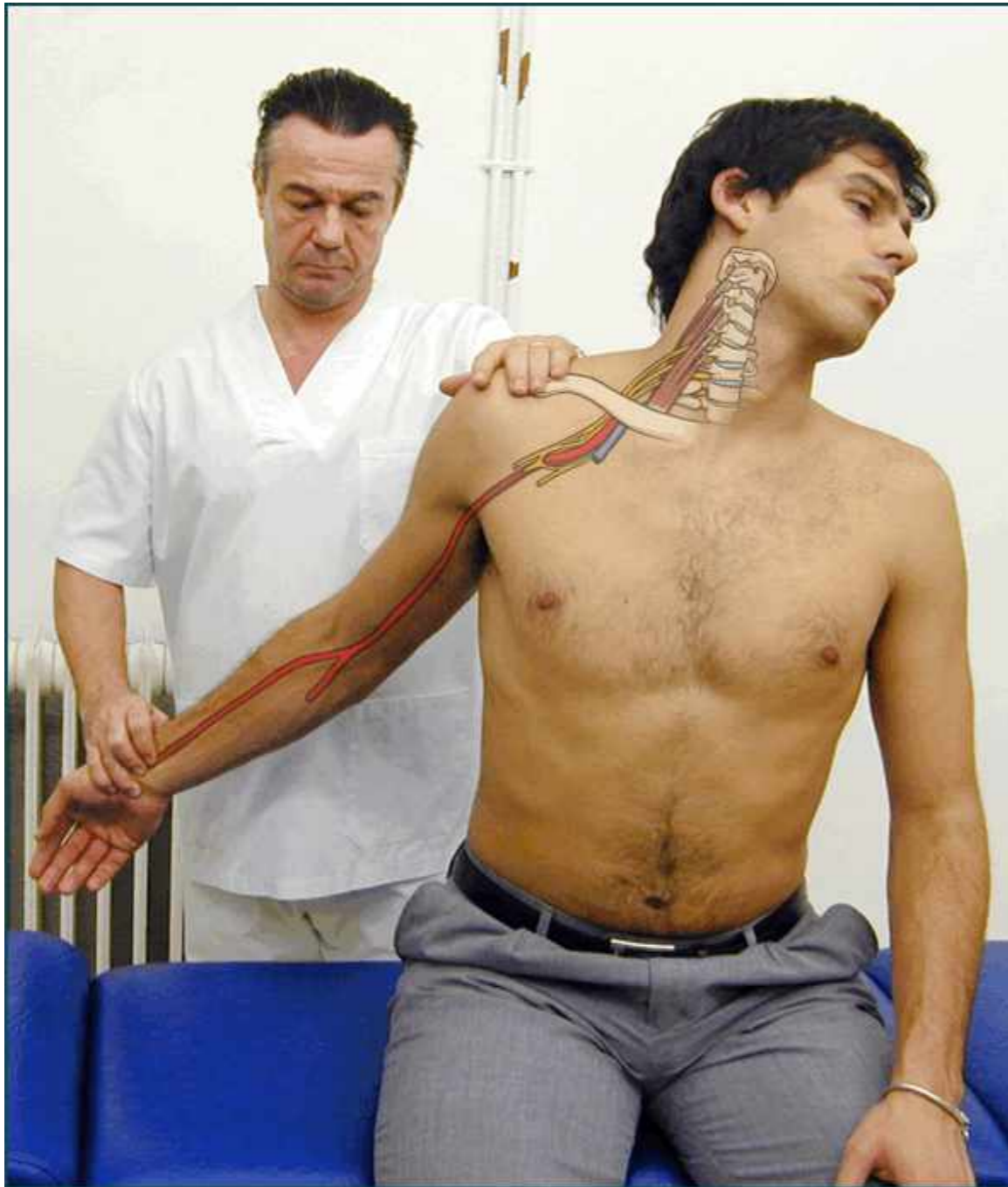
- ☞ costilla cervical,
- ☞ megatraversa C7,
- ☞ fibras interescalénicas,
- ☞ + desequilibrio postural.

Test Diagnóstico : TEST DE ADSON



SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

DESFILADERO INTERESCALENICO - TEST DE ADSON



Posición paciente: sedestación. Mano apoyada.

Posición fisio: detrás del paciente.

Realización del test:

- ☞ localizar el pulso de la aa Radial en la muñeca.
- ☞ Pedir inclinación + rotación contralateral + espiración.

Interpretación: el test es positivo si aparece radiculàlgia y/o abolición del pulso radial.

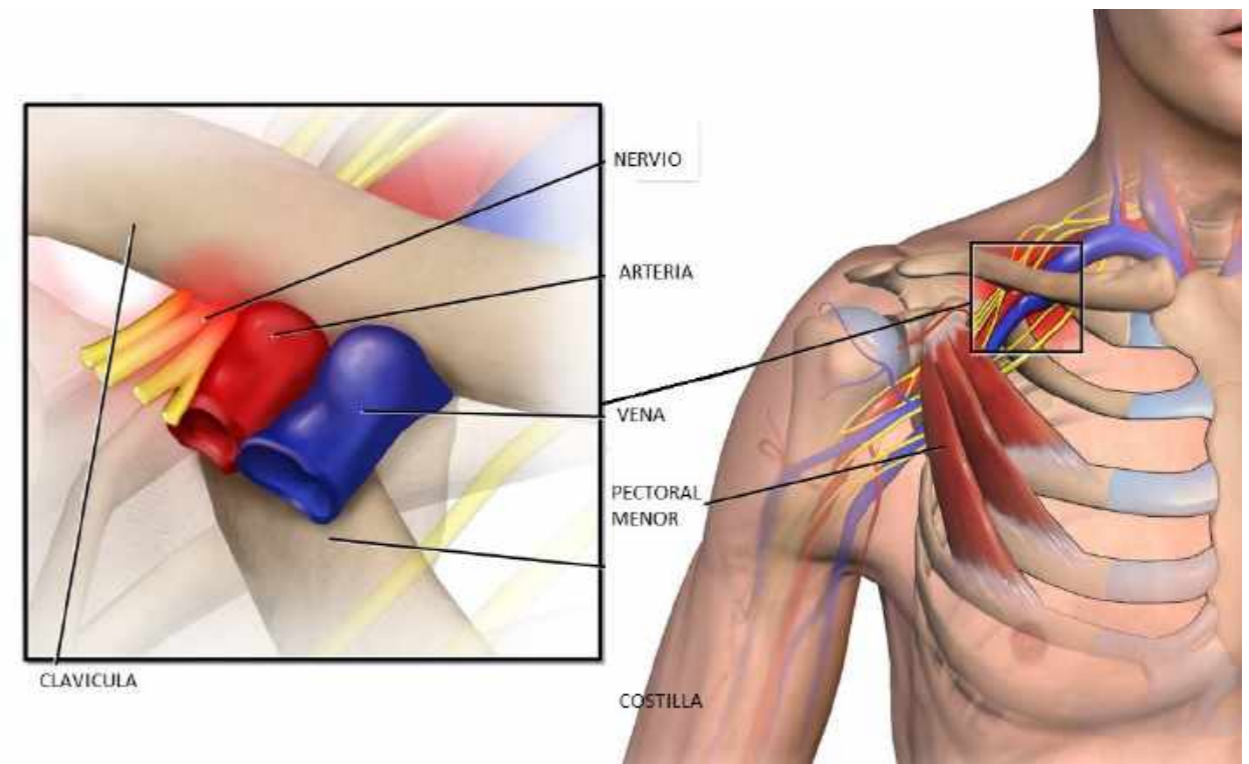
SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

DESFILADERO COSTO-CLAVICULAR

Compresión de la arteria y vena Subclavia y el plexo Braquial entre la clavícula y la 1a costilla en su camino a la axila. Es el más frecuente.

Puede producirse la compresión por:

- 👉 Disfunción de 1a costilla
- 👉 Disfunción de clavícula
- 👉 Callo vicioso de clavícula
- 👉 Espasmo del ms. Subclavio
- 👉 Existencia de costillas cervicales
- 👉 + un **desequilibrio postural**.



Test Diagnóstico: TEST DE EDEN

SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

DESFILADERO COSTO-CLAVICULAR - TEST DE EDEN



Posición paciente: sedestación. Mano apoyada.

Posición fisio: detrás del paciente.

Realización del test:

- localizar el pulso de la aa Radial en la muñeca.
- Presa sobre el hombro, mano en pronación. Descender el muñón del hombro.

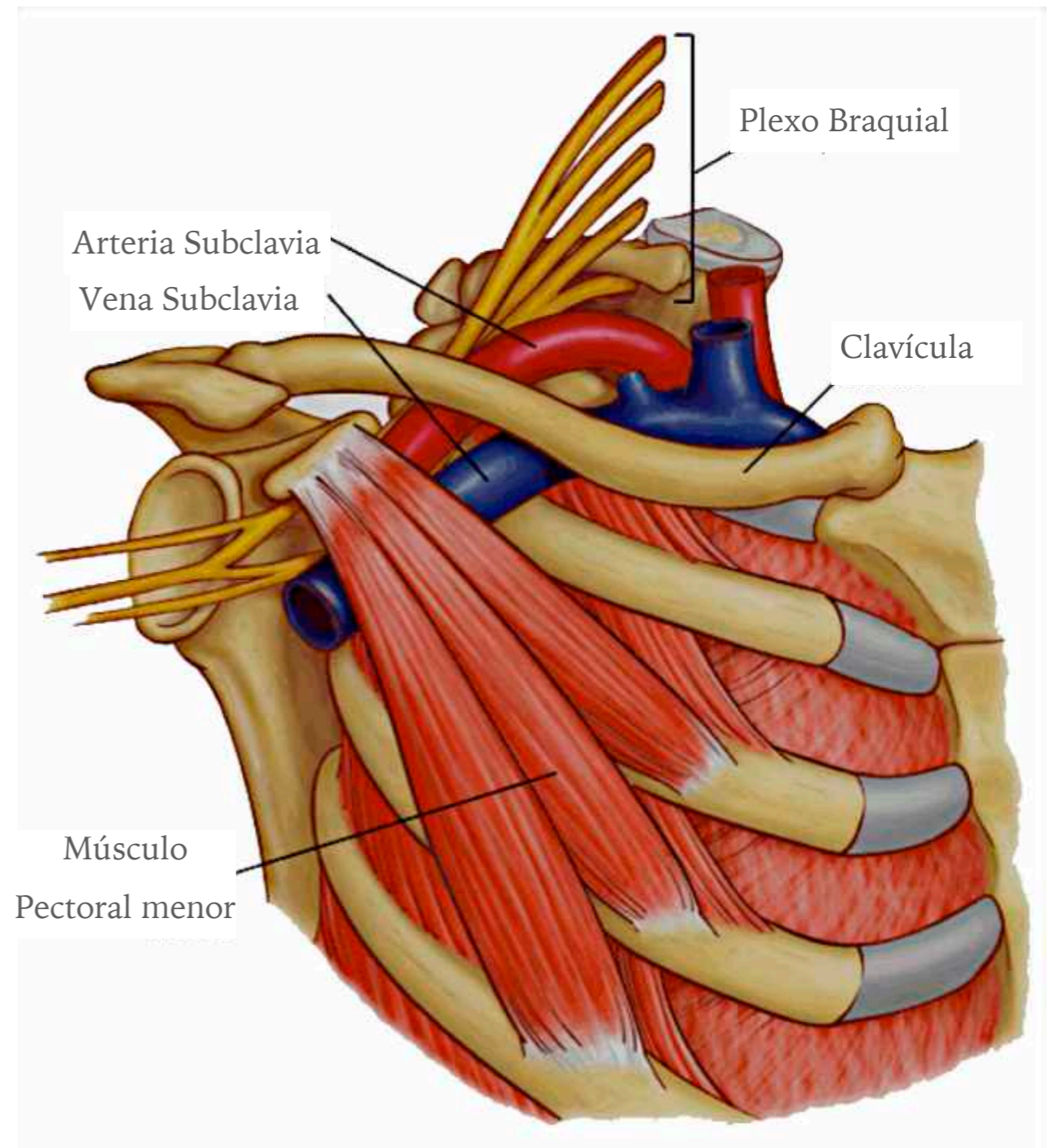
Interpretación: el test es positivo si aparece radiculàlgia y/o abolición del pulso radial.

Compresión de la arteria y vena Subclavia (después axilares) y el plexo Braquial por debajo del músculo PECTORAL MENOR, normalmente retraído en trastornos posturales:

- ✎ anterioridad cabeza humeral = antepulsión de hombros.
- ✎ posturas cifóticas.
- ✎ Embarazo.
- ✎ Clavícula anterior.

Aparecerá sintomatología en movimientos por encima de 90° o dormir con el brazo arriba.

Test Diagnóstico: TEST DE WRIGHT



SÍNDROME DESFILADEROS ESCAPULO-TORACICOS

DESFILADERO INFRAPECTORAL - TEST DE WRIGHT



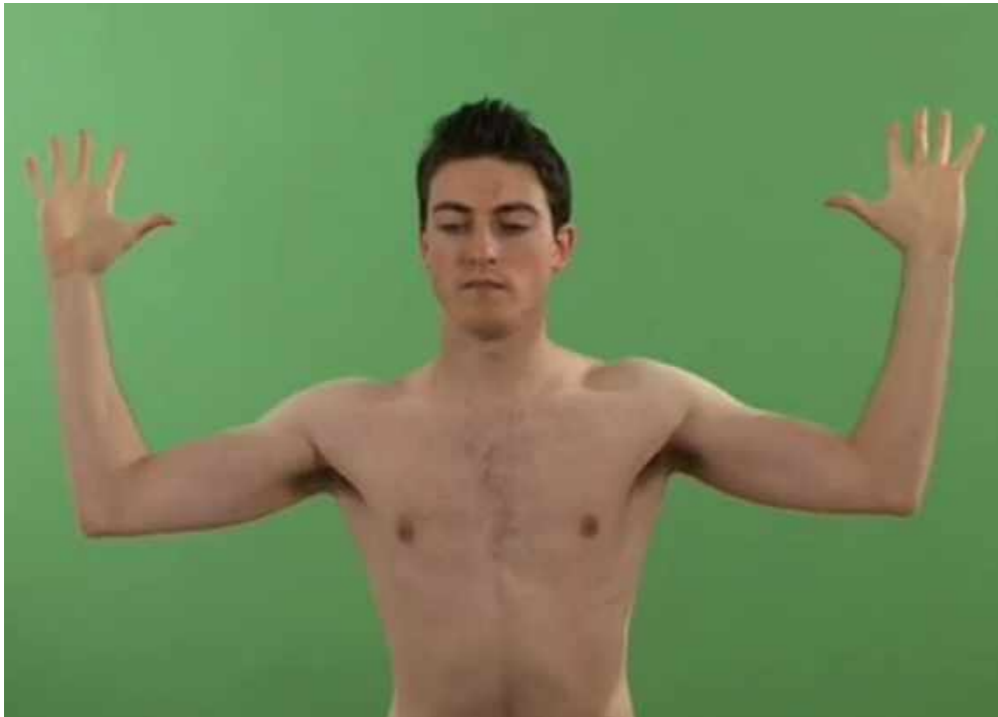
Posición paciente: sedestación.

Posición fisio: detrás del paciente.

Realización del test:

- ☞ Presa en muñeca para localizar el pulso de la aa Radial.
- ☞ Presa sobre el hombro manteniendo en ABD 90*, ligera ABD horizontal y Rotación Externa que provoca que el Pectoral menor se pegue a la parrilla costal y comprima el paquete vasculo-nervioso.
- ☞ Pedimos rotación cervical contraria.

Interpretación: el test es positivo si aparece radiculàlgia y/o abolición del pulso radial.



Posición paciente: sedestación, con ambos brazos en ABD de 90*, flexión de codos de 90* y rotación externa.

Realización del test: Manteniendo la postura, abrir y cerrar los puños durante 3 minutos.

Interpretación: el test es positivo si aparece radiculàlgia sin patrón dermatoma, pérdida de fuerza, fatiga, caída espontánea de los brazos.

Posición paciente: sedestación.

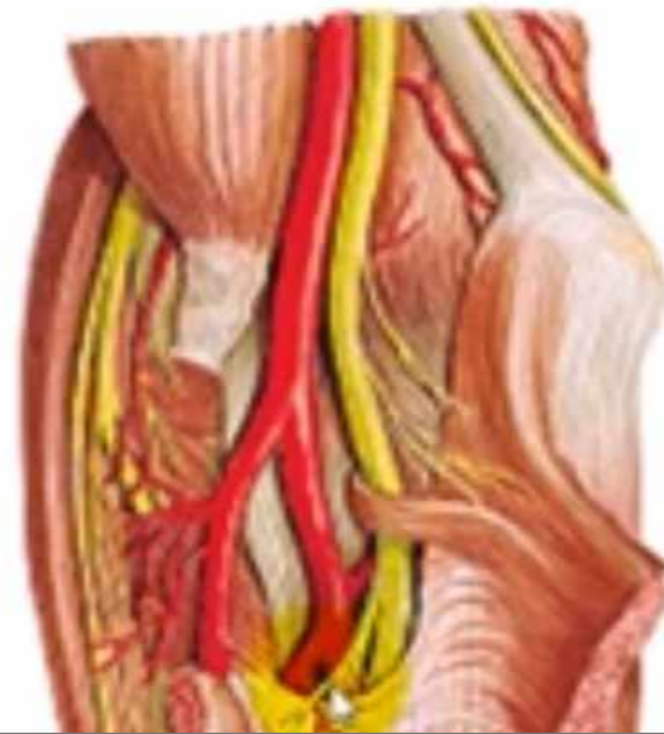
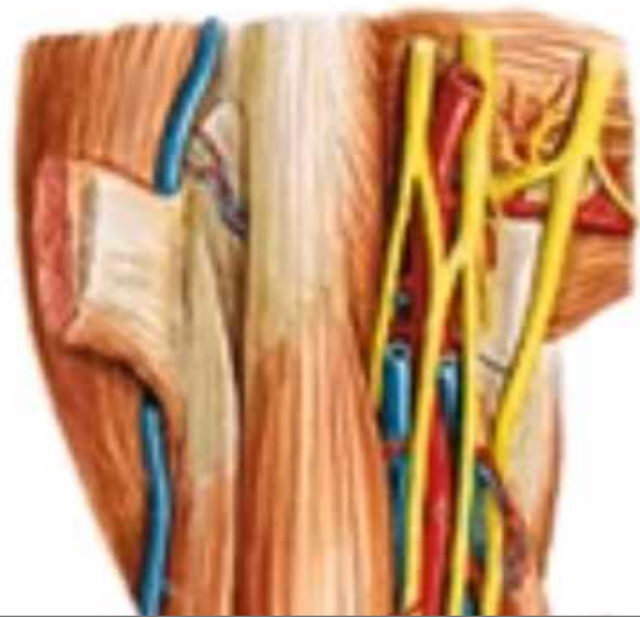
Posición fisio: detrás del paciente.

Realización del test: Presionando el plexo unos segundos a nivel supraclavicular pedir una inclinación contralateral.

Interpretación: el test es positivo si aparece radiculàlgia en hombro o brazo de tipo radicular. No solo local.



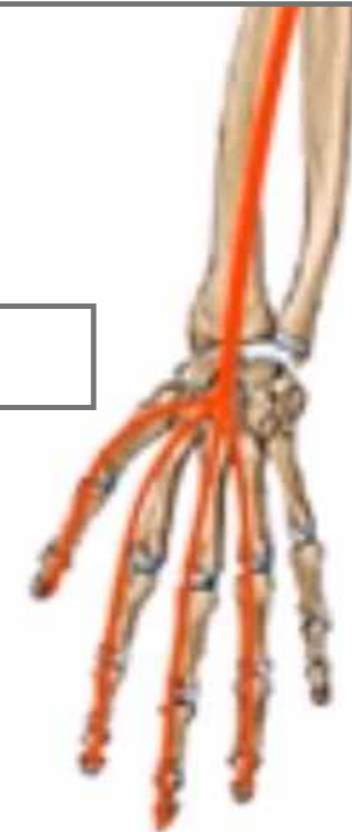
N. MEDIANO



Recorrido Ramas Terminales del Plexo Braquial



<https://youtu.be/sE4x6WWouio>



TEST COMPRESIÓN RAMAS TERMINALES

PLEXO BRAQUIAL



Test de Tinel - Corredera epitrocleo-olecraneana -N. Cubital



Test de Tinel - Pronador redondo - N. Mediano



Test de Tinel - Canal de Guyon - N. Cubital



British Test - Canal carpiano - N. Mediano



Test de Phalen - Canal carpiano - N. Mediano

SÍNDROME DESFILADEROS

TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO

MANIPULACIÓN DISFUNCIÓN
ESTRUCTURAL

+

PROTOCOLO MUSCULAR

1. Inervación : centro medular y trayecto
2. Vascularización: metamérica y ganglionar.
3. O: y I: , puntos de anclaje del músculo.
4. Músculo propiamente dicho
5. Técnicas de Fisioterapia: Tec. Neurodinámia, US, LÁSER, TECARTERAPIA, TNS,....

+

CORRECCIÓN POSTURAL

Ejemplo: costo clavicular

MANIPULACIÓN 1a COSTILLA
POSTERIOR Y ALTA

+

PROTOCOLO MUSCULAR ESCALENOS

1. Inervación : Disfunciones de C5 a C8
2. Vascularización: de T5 a T8 y ganglio estrellado (C7-T1-1a costilla).
3. O: I: cervicales de C1a C7 y 1a costilla.
4. Músculo stretching manual Escalenos, músculo energía según Sherrington Escalenos en DS
5. Técnicas de Fisioterapia: UPNT 1

+

CORRECCIÓN POSTURAL

Costilla izquierda

Posición paciente: sedestación.

Posición fisio: detrás del paciente estabilizando su tronco.

Contactos: contacto metacarpofalangica sobre el cuerpo de la costilla I y la otra mano contacto sobre cara lateral D de la cabeza.

Realización la manipulación: en la espiración profunda reducir el slack con la mano izq en dirección a la cadera D. Después buscar la puesta en tensión con la cabeza en lateroflexion izq y rotación derecha. Realizar en trust rápido y corto por contracción nuestro Pectoral izq.

Contraindicaciones: costilla cervicali megatransversa C7, HD.



Paco Bautista. Osteópata DO Profesor de la EOM

SÍNDROME DESFILADEROS

TÉCNICA ASHMORE



F. Ricard. Osteópata DO Director de la EOM

C3 en ERS izquierda

Posición paciente: sedestación.

Posición fisio: finta adelante del lado sano pegado al paciente.

Contactos: mano dcha contacto con 1 y 2 falange dedo mayor, previo tissue pull, pasando por delante del cuello del paciente, con la carilla articular izq de C3.

La eminencia tenar sobre la mandíbula para mantener ligera flexión y proteger aa vertebral. La otra mano contacto global lateral sobre la cabeza.

Realización la manipulación: parámetros de fleco-extensión, traslación anterior y lateral, lateroflexion homolateral hasta el contacto y rotacion contraria.

Codos pegados al cuerpo. Trust en rotación ligera con dedo manipulativo.

Contraindicaciones: consentimiento, HD, Klein +, Racurel +

SÍNDROME DESFILADEROS

DOG TECHNIC TORÁCICAS

DOG TECNIC en extensión

Posición paciente: DS. Brazos en V.

Posición fisio: finta adelante a la altura del raquis del paciente.

Contactos: mano interna sobre vértebra apex y mano externa sobre codos del paciente y sobre ella nuestro esternón.



Realización la manipulación: giramos al paciente para el contacto manipulativo y lo volvemos plano en la camilla.

Pedimos que coja aire y al soplar reducimos el slack hacia la cabeza y hacia el suelo. Al final de espiración, body-drop en el eje central del cuerpo del paciente hacia la cabeza.

Contraindicaciones: consentimiento, red flags.

SÍNDROME DESFILADEROS STRETCHING ESCALENOS



Posición paciente: DS.

Posición fisio: de pie al lado sano.

Contactos: mano caudal contacto global por debajo espinales. Mano craneal sobre frente del paciente.

Realización la técnica: se realiza par de fuerzas para producir un estiramiento por pases transversales a la musculatura lateral del cuello. Podemos introducir parámetros de extensión rotación adecuándonos al ritmo del tejido hasta modificar tono muscular.



Posición paciente: DS.

Posición fisio: de pie al lado sano.

Contactos: mano caudal contacto global sobre tórax contralateral. Mano craneal con índice reforzado o presa en “pico de pato”.

Realización la técnica: se realizan pases profundos y longitudinales, desde unión cóndor costal de 1a costilla hasta borde inferior de clavícula..



Posición paciente: DS.

Posición fisio: de pie al lado afecto.

Contactos: mano craneal presa en muñeca manteniendo la ES en flexión. Mano caudal con puño o 2a falange índice reforzada sobre Pectoral menor.

Realización la técnica: se realizan pases profundos y longitudinales, desde 3,4 y 5a costillas hasta apófisis coracoides.

SÍNDROME DESFILADEROS

STRETCHING SUBCLAVIO



Posición paciente: DL, lado a tratar arriba, mano sobre pecho.

Posición fisio: de pie detras del tórax del paciente.

Contactos: mano craneal sobre parrilla costal alta, por encima de su mano. Mano caudal con cara dorsal de 4 y 5 MTCTF sobre borde inferior y externo de clavícula.

Realización la técnica: separar los dos contactos llevando costilla a caudal u clavícula arriba y atrás.

SÍNDROME DESFILADEROS



Upper limb neural test 1 =
N. Mediano





*GRÀCIES PER LA VOSTRA ATENCIO
PER MES INFORMACIO US DEIXO 2 ENLLAÇOS*



<https://www.ivoox.com/31292882>



https://youtu.be/2qXNYF__n58

NÚRIA MALLEU MORROS

- FISIOTERAPEUTA col.1016
- OSTEÓPATA registro n.186
- Profesora adjunta EOM
(sede Zgza y BCN)
-  Centro propio en Cervera
de 1995: FISIOMED
-  @fisiomedcervera
-  @eom_zaragoza
-  FISIOMED/EOM_Zaragoza
-  fisiomed@fisioterapeutes.org