



Terapias manuales en las contracturas musculares paravertebrales

Henri CARDIN, Hôtel-Dieu de Paris

Traducción F. Colell -GBMOIM

Los tratamientos manuales son una buena indicación en la contractura muscular, que es un componente frecuente de las lumbalgias y las dorsalgias.

El trabajo de los « tejidos blandos » (músculos, tendones, y también la piel y el subcutáneo) son parte integrante de estos tratamientos.

Es una condición previa a la manipulación ya que los distiende y los vuelve más extensibles. Por sí mismo también puede constituir un tratamiento, en particular cuando la manipulación parece estar contraindicada.

Su estudio debe ser preferente para aquellos que se inician en Medicina Manual, ya que constituye un excelente abordaje del paciente y una educación de la palpación, ambos indispensables para una buena práctica.

Proponemos aquí algunas técnicas simples de estiramiento de tejidos blandos para aplicar en las lumbalgias y las dorsalgias comunes, independientemente de su causa. Son técnicas de relajación y estiramiento muscular.

Tienen tanta posibilidad de eficacia si la lesión vertebral que las originó ha sido tratada con éxito como si está en vía de curación espontánea (ya que la contractura puede persistir por un simple mecanismo reflejo).

Técnica de estiramiento lumbar axial

Se trata de un estiramiento longitudinal del conjunto de los erectores del raquis lumbar.

La mano derecha del operador se apoya sobre el raquis y la cresta ilíaca, la mano izquierda en el raquis torácico superior. La dirección del apoyo es perpendicular en ambas. Los brazos del operador están extendidos, el busto inclinado hacia adelante para apoyar todo el peso y transmitirlo a las estructuras óseas. De esta forma se produce un efecto de separación de las estructuras vertebrales con una presión en flexión. Únicamente la mano superior efectúa una tracción, la mano inferior es un punto de apoyo fijo (Fig. 1).



Figura 1

Existe una variante más potente de esta técnica (Fig. 2 y 3).

Los brazos se cruzan, extendidos como en la técnica precedente, y las dos manos están en el mismo eje apoyándose en los extremos superior e inferior del raquis. El peso del cuerpo es el que separa las manos hacia arriba y hacia abajo.



Figura 2



Figura 3

Estas dos técnicas deben acompañarse con la respiración del operador.

El impulso se hace con la espiración.

Mantiene entonces todo el peso del empuje.

Permanece alrededor de 5 segundos y luego relaja la presión.

Se puede efectuar dos o tres veces en cada técnica.

Técnica “dedos cruzados”

No se trata de un estiramiento longitudinal sino que se parece a algunas técnicas de «rebutage».

Paciente en decúbito prono.

El práctico al lado de la camilla a su altura y hacia atrás.

Para estar a la altura correcta separa los brazos y cruza los dedos como se muestra en la imagen ^(Fig. 5). Luego las aplica sobre los músculos ^(Fig. 6).



Figura 5



Figura 6

El objetivo estriba en empujar los músculos paravertebrales con la palma de las dos manos.

Los codos del operador son los que bajan progresivamente para empujar el máximo de la masa muscular lumbar.

Los dos codos y las dos manos se acercan progresivamente para llevar a los músculos hacia la línea media y mantenerlos en esta posición durante 4-5 segundos.

El movimiento es comparable al de un cascanueces.

Se puede observar (Fig. 7 y 8) el trabajo de descenso progresivo de los codos.



Figura 7



Figura 8

Es el tronco el que baja para que desciendan los codos.

La maniobra acaba con el operador prácticamente sobre el paciente (Fig. 9).

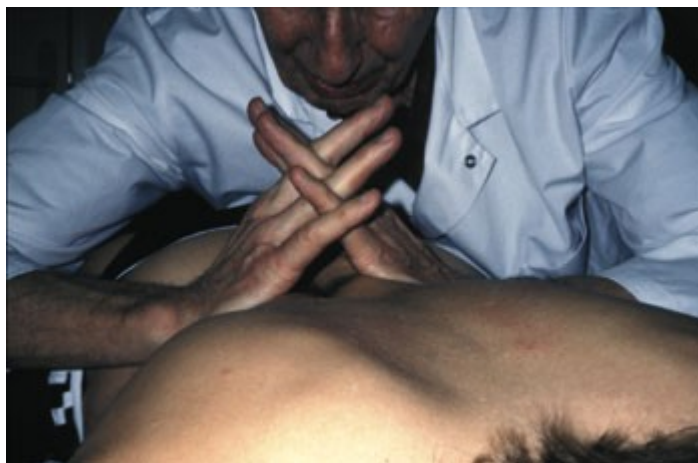


Figura 9

Es una técnica potente que le requiere un poco de esfuerzo al práctico.

Técnica de trabajo para los glúteos

Los glúteos son muy a menudo asiento de cordones miálgicos en caso de lumbalgia.

Estos cordones pueden ser responsables por sí mismos de los dolores proyectados en los miembros inferiores.

Su búsqueda forma parte del examen clínico. Pueden beneficiarse de un tratamiento específico como las técnicas de estiramiento.

La técnica ilustrada (Fig. 10) realiza un «amasamiento» apoyado que distiende muy bien al músculo.



Figura 10

También aquí los brazos están extendidos, las manos superpuestas, y el movimiento global es un movimiento circular.

El operador apoya todo el peso de su cuerpo.

Trabajo de los músculos internos del omóplato y del ilio-costal

Los músculos internos del omóplato (romboides, trapecios, elevador de la escápula), pero también el ilio-costal han de trabajarse en los cuadros de los dolores escápulo-dorsales (dorsalgias, algias escapulares, hombros congelados).

Presentamos algunas técnicas.

El paciente se coloca en decúbito lateral izquierdo para trabajar en el omóplato derecho. Su brazo izquierdo delante, el brazo derecho a lo largo del cuerpo.

El práctico flexibiliza la articulación escápulo-torácica movilizándola longitudinal y circularmente. Esto puede hacerse con el brazo del paciente por encima de la cabeza (Fig. 11) o en abducción (Fig. 12). En este último caso la movilización comporta un elemento de tracción sobre la gleno-humeral y una elevación del omoplato.



Figura 11



Figura 12

Terminada esta movilización y flexibilizada la articulación, el práctico se inclina hacia adelante para rechazar el omoplato hacia atrás y elevarlo respecto al tórax (Fig. 13).



Figura 13

Introduce dos o tres dedos bajo la punta del omoplato y continúa efectuando pequeños movimientos de circunducción.

Despegado convenientemente el ángulo inferior, el práctico introduce su mano derecha bajo el ángulo súpero-interno del omoplato y continúa con los movimientos de circunducción con ambas manos (Fig. 14).



Figura 14

Al final de la maniobra se efectúa un estiramiento sobre los músculos que fijan la escápula ayudado con las dos manos. Los dedos en posición de tracción, inicialmente cerca uno de otro. Se separan lentamente al principio para hacerlo con rapidez al final, como un latigazo (Fig. 15).

Este movimiento puede repetirse 1 o 2 veces como máximo ya que es muy potente.



Figura 15

Las figuras 16 y 17 muestran la variante de esta técnica con una sola mano, que sólo es posible efectuar en sujetos delgados.

Los dedos se introducen (Fig. 16) bajo la parte superior del borde espinal del omoplato. Penetran de 1 a 2 cm y efectúan un movimiento circular de movilización para terminar con un estiramiento y tracción hacia arriba.



Figura 16

La misma maniobra puede utilizarse en la parte inferior del omoplato (Fig. 17).

Aquí el dedo medio el que se introduce bajo el omoplato. Efectúa movimientos de circunducción para estirar después hacia abajo. El final del movimiento es muy rápido, como un latigazo.



Figura 17

Romboides e ilio-costal

El paciente en decúbito prono, el práctico en el lado opuesto al que se ha de tratar. Los músculos se atrapan con dos dedos de cada mano sin afectar al omoplato (Fig. 18). La maniobra tracciona hacia la línea de las espinosas manteniendo la tracción durante 4 a 5 segundos. Sólo los músculos se estiran hacia el interior.



Figura 18

Esta maniobra puede efectuarse con el pulgar de la siguiente manera:

El pulgar empuja los músculos superiores del omoplato (romboides superior, angular, y trapecio) (Fig. 19). Debe hundirse en profundidad. Los músculos se empujan perpendicularmente a su dirección. Después la mano superior refuerza esta presa. El pulgar mantiene la tracción máxima durante aproximadamente 5 a 6 segundos.



Figura 19

La relajación ha de ser brusca, como el soltar la cuerda de un arco (Fig. 20).



Figura 20