

Visión osteopática de las pubalgias

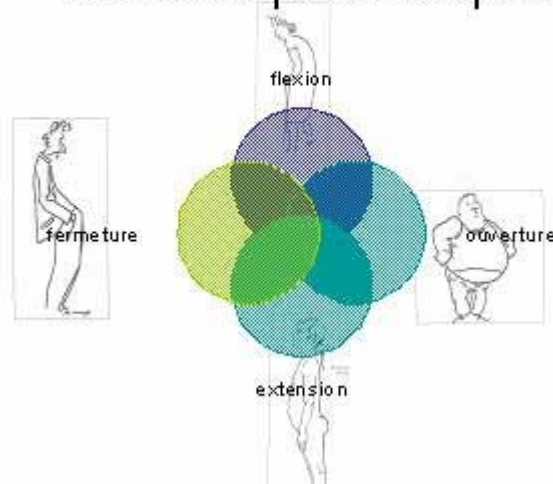
Alain CASSOURRA.

Profesor del DIU de Bobigny y Osteoformación

Traducción: Dr. F. Colell (GBMOIM)

Nuestra visión osteopática de las pubalgias, fiel a los principios fundacionales definidos por Still, se inscribe dentro de una visión global en la que los síntomas de la pubalgia se integran en la singularidad del cuadro clínico de cada individuo. Nuestro examen tendrá en cuenta los elementos posturales, buscará el conjunto de disfunciones, restricciones de movilidad con modificación de la densidad y tensión tisular; tanto osteo-articulares como de los tejidos blandos (piel, espacio subcutáneo, fascias, vísceras. En aras al espíritu provocador, podríamos avanzar que el tratamiento de una cervicalgia, de una lumbalgia, o el de una entorsis de tobillo, no difiere en mucho del tratamiento de la pubalgia. En todos los casos, la visión es global y el tratamiento se focaliza a las restricciones de movilidad reveladas por el examen clínico del paciente; y no por los síntomas que éste presenta. A pesar de ello relataremos los cuadros que nos parecen más frecuentes.

Selon Léopold Busquet



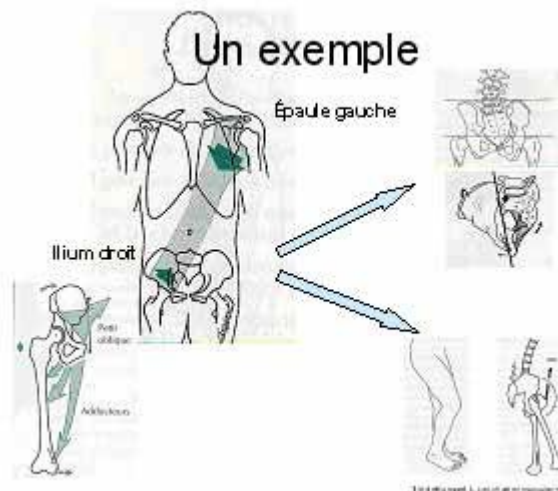
Después del examen postural clásico, apreciar las tensiones de las cadenas musculares (1) anteriores y posteriores, rectas o cruzadas; nos permitirá orientarnos más rápidamente hacia las regiones que presentan disfunciones.

(1) Cadena muscular: conjunto de principales músculos que, vista su continuidad de dirección y plano, participan en una misma función motriz

Ello nos llevará a testar con más atención los miembros inferiores, la pelvis, la charnela dorsolumbar. En el plano osteoarticular, conviene buscar una cabeza femoral anterior (2), una disfunción ilíaca (anterior o posterior), una disfunción del sacro (las torsiones sacras posteriores son particularmente patógenas), o de la sínfisis púbica (superior, inferior o en compresión).

(2) Cabeza femoral anterior: en la definición de la disfunción la anterioridad significa que la cabeza femoral no retrocederá durante la sollicitación mecánica de posteriorización que efectúe el examinador. Igualmente una disfunción de la rodilla en rotación externa se corresponde a una rodilla que puede hacer la rotación externa pero no la rotación interna cuando se la sollicita.

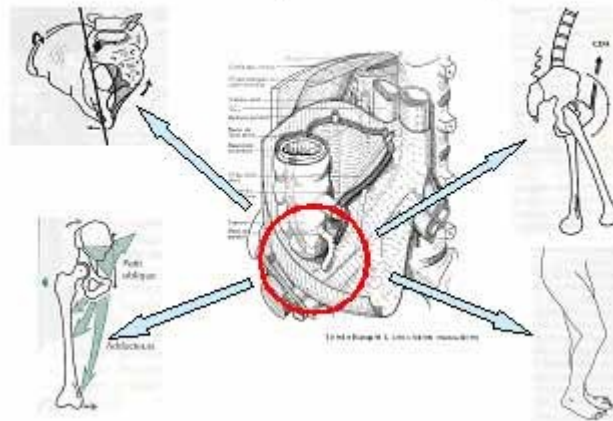
Con respecto a la sacroilíaca, recordamos que hacemos distinción entre las disfunciones del ilion sobre el sacro (disfunción del miembro inferior con respecto al tronco) y las del sacro sobre el ilion (disfunción del tronco sobre los miembros inferiores). Diferenciación que no es retórica y está basada en una semiología y unas técnicas de corrección específicas. Los tests efectuados son dinámicos, e incluso si los test de posición pueden orientar hacia un diagnóstico, es la sutil apreciación de la restricción en el movimiento la que define la disfunción. A veces la restricción del movimiento es ínfima; más que de una restricción de la movilidad se trata de una modificación de la reacción tisular a una sollicitación mecánica. Es el caso de las disfunciones cutáneas, fasciales, viscerales, en las que se aprecia la modificación de densidad y tensión tisular.



Concerniente a las pubalgias, tendremos especial atención a la zona suprapúbica, en la que habrá que apreciar las tensiones cutáneas y las musculares; más en profundidad las vísceras cecales, sigmoideas, intestino delgado, vejiga urinaria, y de los músculos ilíaco y psoas. En efecto, una disfunción de esta región por sobre-programación de una cadena muscular anterior, puede provocar una serie de adaptaciones compensatorias de las que la resultante tendrá consecuencias sobre la pelvis y los miembros inferiores. El cuadro clínico de psoitis es un ejemplo de ello. En circunstancias clínicas menos exuberantes se puede llegar a una situación similar con el transcurso del tiempo (3).

(3) Sobre-programación de una cadena cruzada.

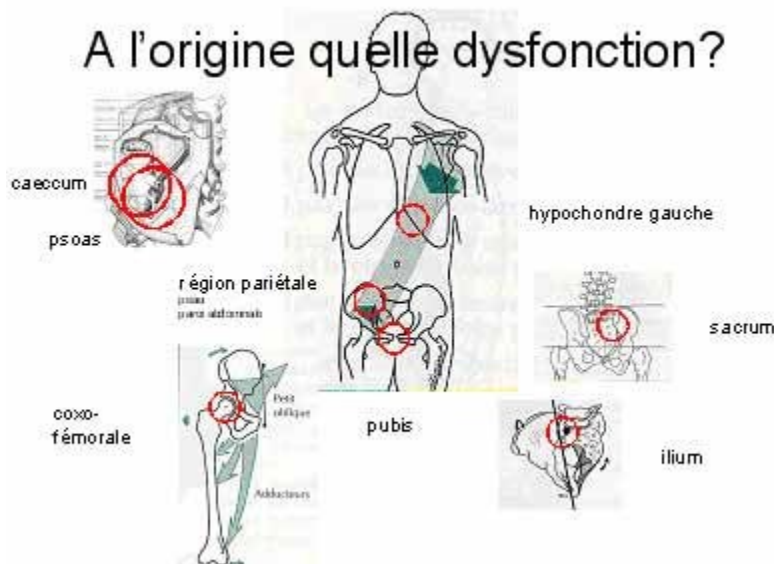
Un tableau proche du psoïtis



En la región infrapúbica, nos interesaremos por la membrana obturatriz, por los músculos del suelo pélvico y por el coxis.

Al final, la región diafragmática llamará nuestra atención, en particular las vísceras relacionadas directamente con la cúpula; estómago e hígado. Por medio de la pared abdominal por delante y los pilares diafragmáticos por detrás, puede perturbarse el buen funcionamiento de la pelvis. Al principio, el examen de todas estas regiones es largo y fastidioso, pero con el hábito la mano se deja guiar hacia las zonas de restricción de movilidad en las que solo hay que testar analíticamente las diferentes estructuras anatómicas. Una vez efectuado el tratamiento manual, un nuevo test confirma o deshecha la eficacia de éste..

A l'origine quelle dysfonction?



¿Qué decir del síntoma? Al final, por supuesto, será el paciente que juzgará la eficacia del tratamiento tras dos o tres sesiones espaciadas una o dos semanas entre ellas.

Al final de la sesión, el cuerpo está en un nuevo equilibrio dinámico, resultado de las informaciones propioceptivas que ha recibido. El éxito de nuestro trabajo

depende seguidamente de la capacidad de autocuración del organismo estimulado de esta manera. Inicialmente, no excluyente, puede asociarse a una kinesiterapia dirigida a los estiramientos y el trabajo de la faja abdominal ; ello conviene particularmente al deportista de alto nivel, siempre en busca del bienestar corporal y de las prestaciones.