



La Presse Médicale, 1956;64:2022

Liberación de la cadera previa a la reeducación lumbar

J-C Goussard

Rééducation Fonctionnelle, Hôtel-Dieu, Paris

Traducción : F. Colell (GBMOIM)

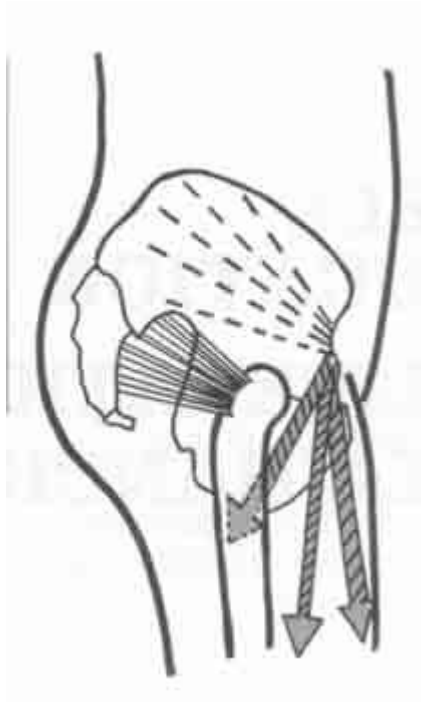
Los dolores asociados a la presencia de contracturas de los músculos pelvitrocantéreos se conocen suficientemente. A menudo aparecen con un episodio de lumbalgia o de lumbociática. Son menos conocidos los dolores lumbares, glúteos, o pelvi-femorales correspondientes a una afectación muscular consecutiva a la desarmonía funcional lumbo-pelvi-femoral.

¿Cual es la causa?

Nuestra forma de vida, demasiado a menudo en sedestación, se traduce al cabo del tiempo en una retracción de los flexores de cadera. Cuando ésta se hace demasiado importante es la responsable de la persistencia de una anteversión de la pelvis durante la bipedestación. Esta anteversión tiene dos consecuencias:

- Limita la extensión de la cadera, lo que implica una sollicitación excesiva en lordosis de la charnela lumbosacra durante la marcha y la bipedestación. Esta "hiperlordosis funcional" puede, por ella misma, ser fuente de lumbalgias originadas en las articulares posteriores, o de dolores glúteos por irradiaciones ciáticas.
- Los músculos pelvitrocantéreos, en particular el piramidal y el obturador interno, están en permanente contracción para luchar contra la anteversión de la pelvis (esquema).

Ello confirma la noción de «complejo funcional lumbo-pelvi-femoral».



Dib. 1: En bipedestación, la actividad tónica del par piramidal/obturador interno se opone a la anteversión de la pelvis provocada por el grupo anterior (ilíaco, recto anterior, tensor de la fascia lata).

Estas retracciones y contracturas deben ser estudiadas y tratadas antes de iniciar la kinesiterapia lumbar. Si no se hace este tratamiento, su presencia puede reducir a la nada la reeducación, ya que son un importante factor de recidivas o fallos.

Presentamos una manera de hacer más eficaz y duradera la reeducación lumbo-pélvica.

Nuestra experiencia en el tratamiento de numerosas lumbalgias y lumbo-radiculalgias nos ha permitido apreciar el correcto fundamento de estos como preámbulo a cualquier kinesiterapia lumbar.

Examen del paciente

Los resultados son determinantes para escoger las técnicas a aplicar. El examen debe ser bilateral y comparativo. El paciente describe un dolor glúteo uni o bilateral, permanente o intermitente, aislado o durante una lumbalgia o una radiculalgia.

Interrogatorio. Este dolor puede aumentar o provocarse en determinadas circunstancias:

- Durante la sedestación, obligando a veces al paciente a elevar el lado doloroso para calmar el dolor;
- En la marcha, con sensación de retención en la cadera al efectuar el paso;
- Al pasar de la sedestación a la bipedestación;
- Durante la anteversión máxima de la pelvis, por ejemplo cuando se solicita al paciente que se incline adelante con las piernas extendidas.

Puede existir una irradiación hacia la cara posterior o la externa del muslo, sin alcanzar nunca la zona bajo la rodilla. El dolor anterior, debido a contractura del recto anterior, es menos frecuente en nuestra experiencia.

Examen físico. Con el paciente en decúbito prono buscamos los signos siguientes:

- Una anteversión precoz de la pelvis durante la flexión pasiva de la pierna sobre el muslo, que traduce una retracción o un defecto de alargamiento de los músculos poliarticulares (principalmente el tensor de la fascia lata o el recto anterior, fig. 1)



Fig.1 – Recherche de la rétraction des muscles T.F.L et droit antérieur



Fig. 2 – Recherche d'une tension douloureuse au niveau du pyramidal.

Fig. 1: Búsqueda de la retracción del tensor de la fascia lata y recto anterior.

Fig. 2: Búsqueda de tensión dolorosa en el piramidal.

- La extensión pasiva de la cadera, con la rodilla en extensión, da los mismos resultados en los casos de rigidez de los músculos monoarticulares y de los elementos pasivos anteriores de la articulación.

- Dolor glúteo, horizontal, descubierto por la rotación interna pasiva de la cadera. Esta maniobra tensa el piramidal y revela la contractura en el seno de este músculo (fig. 2).
- La palpación de las inserciones trocántreas del piramidal y de los obturadores puede revelar un dolor irradiado hacia la cara externa o posterior del muslo, idéntico al que siente el paciente.

La disminución o la desaparición del dolor glúteo y sus irradiaciones, junto a los buenos resultados obtenidos con el dolor lumbar tras la liberación de la cadera, son argumentos importantes en favor de una desarmonía funcional lumbo-pelvi-femoral de origen muscular.

Conducta de tratamiento

Paciente en decúbito prono, con un cojín plano y duro bajo las espinas ilíacas anterosuperiores para favorecer la retroversión. La pelvis sujeta por una cincha potente (utilizamos una cincha pélvica de tres correas, para que los ejercicios no provoquen hiperlordosis lumbosacra. Los músculos se trabajarán en las posiciones y modalidades en función de su fisiología.

- El estiramiento del tensor de la fascia lata se hará colocando el muslo en extensión-adducción-rotación externa (fig. 3).
- La extensión directa del muslo asociada a la flexión máxima de la pierna, provocará el estiramiento del recto anterior.
- Los músculos monoarticulares de la cadera y el plano capsulo-ligamentoso anterior se estiran con una prudente posición en extensión del muslo con la pierna también en extensión.
- El piramidal de la pelvis se estira progresivamente con ejercicios de «tensión-relajación» con contracciones débiles, para no provocar tensiones en la rodilla, preferentemente con posiciones en rotación interna del muslo (fig. 4).



Fig. 3 - Etirement du T.F.L. (pour mieux visualiser la manœuvre, le sanglage n'est pas représenté.)



Fig. 4 - Travail en "contracté-relâché" du piramidal du bassin. (Sanglage non représenté.)

Fig. 3 Estiramiento del tensor de la fascia lata (para mejor visualización se ha omitido la cincha).

Fig. 4 Trabajo en « contracción-relajación » del piramidal (cincha omitida).

El ejercicio no debe provocar dolor lumbar en ningún momento, y la progresión de los ejercicios ha de ser respetada cuidadosamente.

Resultados

En la mayoría de casos, la mejoría es neta desde la primera sesión y se completa en las 2 o 3 siguientes.

La reeducación de reprogramación lumbo-pélvica siguiente, será de duración variable según la antigüedad de los problemas.

Discusión

Interés del tratamiento. La relajación de los músculos poliarticulares de la cadera implicará la sedación de los dolores musculares del muslo (sobre todo los relativos a la contractura del tensor de la fascia lata y/o el recto anterior). Con la pelvis sin tensión ni anteversión, las tensiones en la charnela L5-S1 disminuirán, y en consecuencia los dolores que dependen de ésta.

Con el piramidal y el obturador interno sin contracción permanente para evitar la anteversión, hará disminuir o desaparecer el dolor glúteo. Podrán retomar su función de equilibradores pélvicos.

La reeducación personalizada lumbo-pélvica-femoral será más eficaz a largo plazo, al suprimir un factor de recidiva.

Inconvenientes. La técnica tiene un riesgo de agravación de la lumbalgia si el segmento lumbar no ha sido convenientemente protegido por el cojín y la cincha. El posicionamiento del paciente debe ser objeto de gran atención.

Estas técnicas de liberación de la articulación coxofemoral, anteriores a la reeducación lumbar, presentan el doble interés de hacer disminuir o eliminar una lumbalgia, una lumbociática, o un dolor glúteo, y preparar la región lumbar para la apropiada rehabilitación.

Muy eficaces si se aplican con prudencia, lamentablemente aún son poco conocidas, y merecen ser estudiadas en profundidad.

BIBLIOGRAFIA

- 1 DOLTO B. Le corps entre les mains. Hermann, Paris, 1976.
 - 2 GOUSSARD J.C. Les thérapeutiques manuelles dans les lombalgies. In lombalgies et médecine de rééducation, 1 vol, Masson 1983,213 217.
 - 3 MAIGNE R. Douleurs d'origine vertébrale et traitements par manipulations. 1 vol., Exp. Scient. Franc., Ed., Paris, 1977,3 Ed.
 - 4 MAIGNE R. Lombalgies et branches postérieures des nerfs rachidiens de la charnière dorso lombaire. Ann. Med. Phys., 1980,23,150 168.
 - 5 REVEL M. Traitement de la lumbalgie commune. Technique kinésithérapique. Ed. Lamane Poinat, 1 vol., 1981.
 - 6 SAMUEL J. Le massage. E.M.C., kinésithérapie, 3 22 09,16115 A 10 et 26120 A 10.
 - 7 TROISIER O. Les algies discales et ligamentaires du rachis. 1 vol., Masson, Paris, 1973.
-