

NECESIDAD DE TOMAS ARTICULARES PROXIMALES EN LAS CONTRACCIONES EXCÉNTRICAS. SU APLICACIÓN EN MIEMBRO INFERIOR.

Parte I

Iñaki Pastor

www.inakipastor.com

Profesor Internacional de RPG en patología cráneo-cervical

Profesor de formación base de RPG (Canadá)

(Zaragoza, España)

Introducción

La solicitud de las insistencias de un trabajo isométrico en la posición más excéntrica del músculo nudo, esto es, del músculo que mantiene la patología como un candado, es un ejercicio constante en las sesiones de RPG. Su indicación suele ser quitar el dolor, pero sobretodo, aumentar la eficacia del estiramiento y la corrección articular.

Normalmente estas contracciones vienen acompañadas de descompresión articular, con ello aumentamos la excentricidad del trabajo muscular e impedimos que la contracción muscular pueda comprimir aun más la articulación. Esta descompresión es especialmente necesaria cuando nos enfrentamos a la labor de eliminar el dolor y como medida de prevención cuando el paciente no es capaz de hacer una contracción pequeña. De hecho cuanto más fuerza realiza el paciente, la compresión es mayor y la descompresión es más necesaria. Todo esto es algo que todos conocemos desde la formación de base.

Aductores pubianos

El aspecto en que me gustaría profundizar es el lugar en el que se ponen las manos para resistir el movimiento y ofrecer, cuando es necesaria, la descompresión. Normalmente no es un aspecto que se cuide mucho. De hecho, ante un dolor en la cadera en una rana al suelo durante la primera parte de insistencia en aductores pubianos, apoyamos las manos en los muslos o en rodillas y pedimos la contracción a cerrar. Por supuesto, al final del suspiro (en apnea) y con corrección pélvica. Como vemos en la imagen siguiente en la figura 1a.



Fig. 1a

Esta foto muestra una maniobra conocida. Con la mano izquierda fijamos la pelvis para evitar las torsiones, pudiendo insistir el iliaco ipsi o contralateral. La mano derecha se presenta en la parte inferior del muslo sobre la cara interna con un interés de tracción para descomprimir. Se puede apreciar el pulgar y el índice en prensión y un apoyo contra el tórax para aumentar la capacidad de tracción. No parece mala toma en principio. De hecho la fijación en el interior del muslo nos da un brazo de palanca envidiable.

Pero tiene una posible falla. Un posible defecto biomecánico, la contracción de los aductores sobre la extremidad distal puede crear un aumento de compresión proximal en la articulación de la cadera. Una hiperpresión en el cótilo.

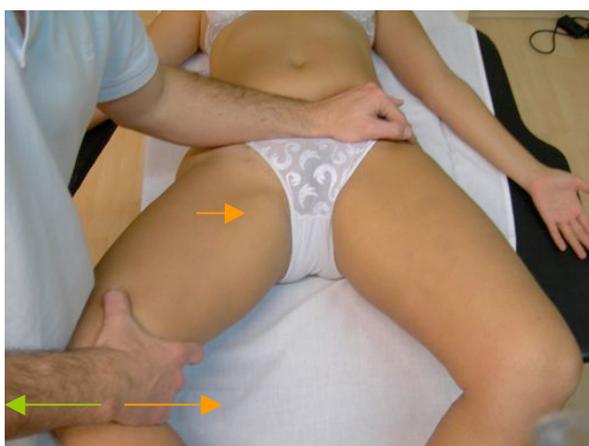


Fig. 1b

La contracción de los aductores va a provocar una aducción sobre todo lo que no esté fijado y la articulación no se encuentra fijada en esta toma. Por otro lado hemos de recordar que el cuello femoral hace que la descompresión de la cadera no sea longitudinal al fémur sino transversal.

Este pequeño problema en un caso en el que no haya una patología articular severa y nos encontremos simplemente ante una retracción de aductores puede no ser significativo. Pero si existe compresión o patología articular previa

debida a la cadena anterointerna (psoas y aductores), ya podemos intuir que será en coaptación directa y anteriorización de la cabeza del fémur. En este caso hemos de ofrecer una maniobra más cuidadosa donde podamos descomprimir y corregir articularmente al mismo tiempo que ganamos sobre los aductores en excéntrico. Una opción sería la siguiente (figura 1c) o también sería posible una opción más superior con la intención de descender la cabeza del fémur.

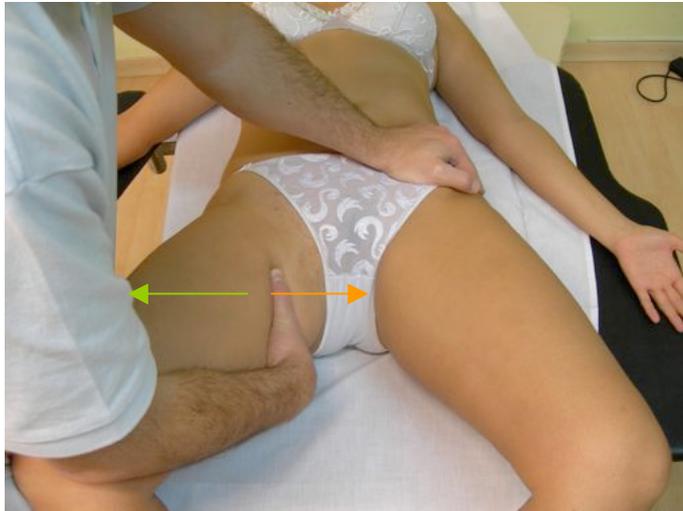


Fig. 1c

En este caso la fijación es más proximal y la descompresión más transversa. Vemos la flecha verde más grande porque ganamos en la decoaptación con un trabajo articular más fino. La contracción de los aductores en este caso no sólo no provocan la compresión sino que además conseguimos la misma corrección articular. El codo derecho está ampliando el brazo de palanca y la mano izquierda puede fijar cualquiera de las alas iliacas o situarse como en la foto 1b, fijando toda la pelvis. El resultado es un alivio del dolor de la cadera mucho más rápido y más efectividad articular.

Lo mismo sería aplicable a todas las fijaciones y tomas en las sollicitaciones de trabajo excéntrico. Haremos un repaso de las insistencias más habituales para distintos grupos musculares y distintas articulaciones.

Tibial Anterior

En el segundo tiempo de la rana al suelo, podemos ejercer un trabajo más eficaz sobre el tibial anterior. En este momento podemos apreciar las compensaciones más frecuentes fruto del acortamiento del tibial anterior: cierre en aducción de cadera, separación de los pies, apertura en libro de los pies, etc. En este momento podemos solicitar la contracción del tibial anterior manteniendo las correcciones. El trabajo habitual que suele verse es el siguiente (figura 2a).

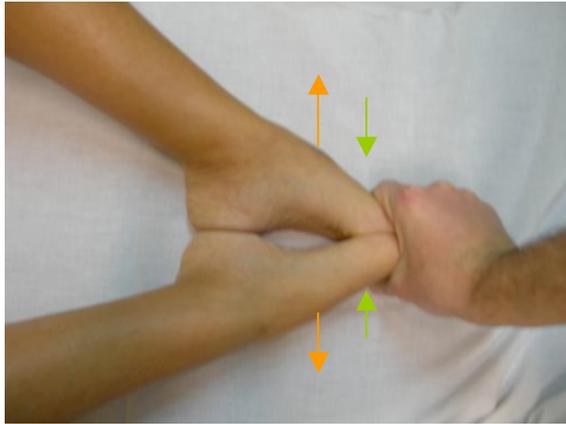


Fig. 2a

Fijando el extremo de los pies pedimos que separe las puntas. Este trabajo presenta una duda razonable sobre la acción del tibial anterior sobre la primera cuña, donde se inserta. La acción del tibial anterior, al situar la resistencia más distal a su inserción va a tender a levantar la primera cuña deslizándola sobre el primer meta y a comprimir la situación del escafoides. Un milímetro de ascenso de la cuña perjudica el trabajo excéntrico. La duda se refuerza cuando una de las patologías articulares más típicas en el pie es la rigidificación del arco interno por la situación es ascenso de la primera cuña, debido a la retracción del tibial anterior.

Una toma más interesante sería fijar justo la inserción del tibial anterior e insistir en descender la cuña y/o mantener el escafoides. (Previamente se puede explorar el bloqueo articular del arco interno). Tenemos para ello la toma siguiente (figura 2b).

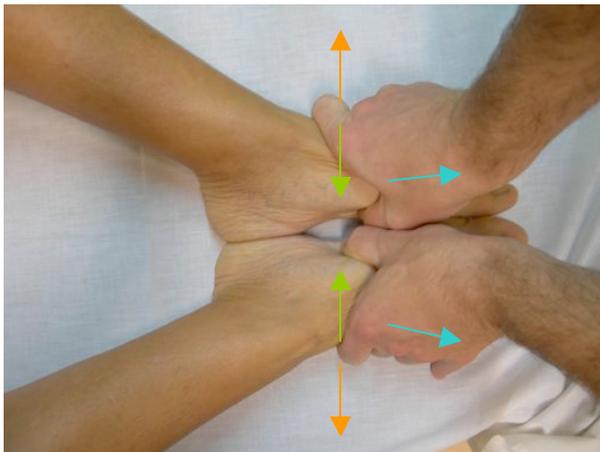


Fig 2b

En ella las fijaciones son más proximales, pudiendo elegir el lugar de fijación: primera cuña o escafoides. Además hay una ligera decoaptación mostrada en la flecha azul. Realizando junto a la contracción un trabajo articular. Se puede realizar sólo sobre un pie en decoaptación mayor, aplicando las dos manos sobre un solo pie.

Psoas

La sollicitación del psoas llega en el último tiempo de la rana al suelo. Allí se suele intentar ganar en la extensión de cadera con una toma al final del muslo. Es habitual esta toma porque hay mejor brazo de palanca para hacer frente a la contracción de un músculo tan potente. Vemos en la foto 3a la opción bilateral y en la foto 3b la opción unilateral con mejor control de las compensaciones del iliaco en anteversión.

Pero la toma distal a la zona de inserción tiene el peligro de producir una anteriorización de la cabeza del fémur, una lesión articular por otra parte habitual. La distancia entre el punto de inserción del músculo y la toma de resistencia corre siempre estos riesgos.



Fig.3a



Fig.3b

A cambio, propongo la siguiente.



Fig. 3c

Recto Anterior del cuadriceps

El recto anterior se trabaja con en el tercer tiempo de la rana con las rodillas fuera de la camilla. El control para ganar en flexión se realiza habitualmente en la parte distal de la tibia, el brazo de palanca mayor facilita nuestra acción. Pero una toma más proximal controla la rotación de la tibia y evita su anteriorización (figura 4a y 4b).



Fig.4a

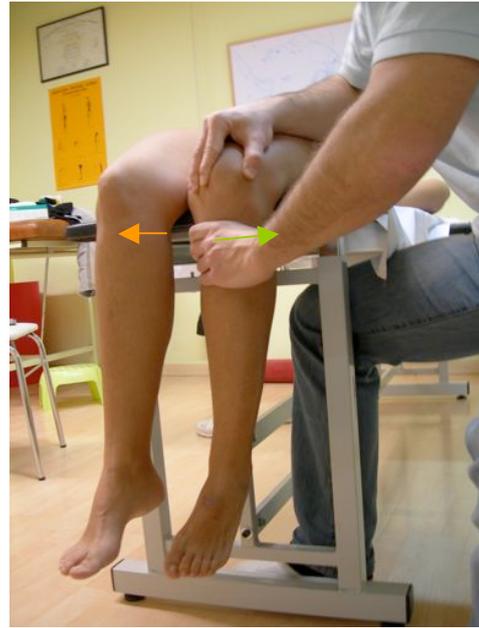


Fig.4b

Vemos la opción habitual en la figura 4a y mi propuesta en la figura 4b. En este caso la toma proximal es buena para la articulación pero deficiente para ganar en flexión, por lo que habría que añadir una toma baja que se podría realizar con la pierna del terapeuta. En ambas figuras la mano derecha corrige la rótula. Si este trabajo no es necesario, esta mano debería mantener unidos los dos muslos y ayuda a controlar la anteriorización de la pelvis.

Conclusiones

He presentado varios ejemplos de tomas en solicitaciones de trabajo excéntrico sobre grupos musculares de la cadena miofascial anterior en miembros inferiores. Todas ellas parte habitual del trabajo en RPG.

Pongo en cuestión las tomas de resistencia alejadas de la inserción muscular solicitada. Si bien estas están facilitadas por el brazo de palanca, no ejercen suficiente corrección a nivel micro, disminuyendo la eficacia de la contracción o cuando más, favoreciendo la fijación de la lesión articular.

En alguno de los casos presentados la eficacia es más que razonable, como en el caso de los aductores en el que la descompresión debería hacerse paralela al cuello del fémur y no tanto a la diáfisis.

En otros casos como el del recto anterior, la calidad de la acción articular resta fuerza a nuestra resistencia que podría ser fácilmente vencida si el paciente realiza una contracción mayor de lo deseable y/o no presentamos un complemento a la toma pero en mayor brazo de palanca.

Todos comprendemos la necesidad de decoaptación dentro de la sollicitación excéntrica, pero hay que señalar que la patología articular viene acompañada a menudo, no sólo de compresión, sino de una fijación de una de las piezas óseas en deslizamiento con respecto a la otra. Como en la cadera, el fémur se puede anteriorizar, en otras articulaciones el deslizamiento es particular.

Desarrollaré más este aspecto de la patología articular en otro trabajo más adelante.

Para finalizar, propongo un trabajo en RPG que aúne más la acción articular (o al menos el control articular) en cada maniobra incluso cuando los objetivos estén fijados sobre lo macro, sobre la morfología y sobre el aspecto más muscular.