

Técnicas miofasciales avanzadas

VOLUMEN 1

Hombro, pelvis, pierna y pie

Til Luchau

Técnicas miofasciales avanzadas

VOLUMEN **1**

Hombro, pelvis, pierna y pie

EDICIONES
journal

Luchau, Til

Técnicas miofasciales avanzadas: Hombro, pelvis, pierna y pie, Volumen 1 / Til Luchau.-
1a ed.- Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Journal, 2019.

191 p.; 25 x 25 cm.

ISBN obra completa: 978-987-4922-09-0

ISBN volumen 1: 978-987-4922-12-0

1. Kinesiología. I. Título.

CDD 615.822

Este libro fue publicado originalmente en idioma inglés bajo el título de: Advanced Myofascial Techniques: Shoulder, pelvis, leg and foot. Volume 1. Til Luchau. ISBN: 978-1-909-14-1162. La presente edición ha sido traducida y publicada por Ediciones Journal en acuerdo con Handspring Publishing Limited, Escocia.

© Handspring Publishing Limited, MMXV

© Til Luchau, MMXV

Video copyright © MMXVI, www.Advanced-Trainings.com

© 2019, Ediciones Journal S.A.

Viamonte 2146 1 "A" (C1056ABH) CABA, Argentina

ediciones@journal.com.ar | www.edicionesjournal.com

Producción editorial: Ediciones Journal S.A.

Diagramación: Diego Stegmann

Traducción: Jorgelina Taveira

Revisión científica: Carolina Marchuk. Lic. en Kinesiología y Fisioterapia. Osteópata D.O. Directora y docente, Posgrado de Osteopatía, Centro de Estudio de Terapias Manuales (CETM). Docente, Universidad del Salvador. Buenos Aires, Argentina.

Importante: se ha puesto especial cuidado en confirmar la exactitud de la información brindada y en describir las prácticas aceptadas por la mayoría de la comunidad médica. No obstante, los autores, traductores, correctores y editores no son responsables por errores u omisiones ni por las consecuencias que puedan derivar de poner en práctica la información contenida en esta obra y, por lo tanto, no garantizan de ningún modo, ni expresa ni tácitamente, que esta sea vigente, íntegra o exacta. La puesta en práctica de dicha información en situaciones particulares queda bajo la responsabilidad profesional de cada médico.

Los autores, traductores, correctores y editores han hecho todo lo que está a su alcance para asegurarse de que los fármacos recomendados en esta obra, al igual que la pauta posológica de cada uno de ellos, coinciden con las recomendaciones y prácticas vigentes al momento de publicación. Sin embargo, puesto que la investigación sigue en constante avance, las normas gubernamentales cambian y hay un constante flujo de información respecto de tratamientos farmacológicos y reacciones adversas, se insta al lector a verificar el prospecto que acompaña a cada fármaco a fin de cotejar cambios en las indicaciones y la pauta posológica y nuevas advertencias y precauciones.

Esta precaución es particularmente importante en los casos de fármacos que se utilizan con muy poca frecuencia o de aquellos de reciente lanzamiento al mercado.

Quedan reservados todos los derechos. No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de Ediciones Journal S.A. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446.

Libro de edición argentina

Impreso en India – Printed in India, 11/2018.

Replika Press Pvt Ltd, Haryana, 131028

Queda hecho el depósito que establece la Ley 11.723

Se imprimieron 1500 ejemplares

Prólogo	VII
Prefacio	IX
Agradecimientos	XIII
Revisores	XV
Índice de videos	XVI
Fundamentos	
1 Hueso	3
2 Fascia: comprensión de las alteraciones de las fascias	13
3 Fascia: herramientas y técnicas fasciales	25
Miembro inferior	
4 Restricciones del tobillo de tipo 1 y fascitis plantar	39
5 Restricciones de tipo 2 y mortaja del tobillo	47
6 Lesiones del tobillo y el peroné	55
7 Dedos martillo	65
8 Pie de loto	79
9 Lesiones de los músculos isquiotibiales	89
Cintura pelviana	
10 Movilidad de la cadera	99
11 Dolor ciático	107
12 El ligamento sacrotuberoso	127
13 Las articulaciones sacroilíacas	135
14 El ilion	145
Miembro superior	
15 La muñeca y los huesos del carpo	155
16 La eminencia tenar	163
17 Hombro congelado: la articulación glenohumeral	171
18 Hombro congelado: el manguito rotador	179
Índice de términos	187
Guías de estudio: respuestas	191

Se han escrito numerosos libros acerca de abordajes miofasciales para la terapia manual. Al igual que este libro, muchos de aquellos provienen de un largo linaje de metodologías fasciales que incluyen la integración estructural de Ida Rolf y sus influencias osteopáticas, y se remontan a los escritos de fines del siglo XIX de Andrew T. Still sobre las fascias. Lo mismo que este libro, muchos otros aprovechan nuestro conocimiento más reciente acerca de las fascias para perfeccionar y enriquecer esta larga tradición.

Sin embargo, el abordaje focalizado en un conjunto selecto de motivos de consulta frecuente en los pacientes y la provisión de herramientas y sugerencias prácticas dirigidos a los profesionales para poner en práctica inmediatamente, hacen del libro de Til Luchau un texto único. Los profesionales experimentados encontrarán conceptos y detalles que los harán reflexionar, citas bibliográficas relevantes que los ayudarán a llevar su conocimiento y creatividad a un nivel aún mayor. Al mismo tiempo, los profesionales principiantes apreciarán la claridad y la accesibilidad de las instrucciones, así como la progresión paso a paso de las técnicas.

La claridad y la simplicidad no deben confundirse con una falta de contenido o de sofisticación. Durante los más de veinte años que hace que conozco a Til Luchau como colega del Rolf Institute of Structural Integration, he aprendido mucho dando clases junto a él e intercambiando información. Su particular habilidad para brindar herramientas valiosas, tanto para profesionales experimentados como para principiantes, se remonta a sus primeros trabajos en el Rolf Institute en Boulder, Colorado, Estados Unidos. A principios de la década de 1990, cuando Til Luchau era el coordinador del programa Foundations of Rolfing Structural Integration de ese instituto, se le encargó desarrollar un currículo para enseñar las habilidades básicas de la terapia manual necesarias para la integración estructural. El plan de estudio “Toque habilidoso” aún se utiliza hoy en día (y se sigue ampliando) en la facultad del Rolf Institute de Estados Unidos. Unos años después, la administración de dicha institución le solicitó ofrecer seminarios de formación continua para profesionales de campos relacionados, a quienes introdujo en las ideas de integración estructural brindándoles herramientas para su utilización inmediata e inspirando su posterior aprendizaje. Su serie de talleres “Técnicas miofasciales avanzadas” adquirió popularidad de inmediato entre masajistas, fisioterapeutas, masoterapeutas, profesionales de la integración estructural, quiroprácticos y otros especialistas del trabajo manual, y aunque la afiliación oficial con el Rolf Institute finalizó en términos cordiales en 2010, en la actualidad la serie de seminarios “Técnicas miofasciales avanzadas” tiene miles de alumnos en todo el mundo. Este libro es muy esperado y sin lugar a dudas será bienvenido por los muchos profesionales que han recibido las particulares enseñanzas de Til Luchau, sus escritos, videos y presentaciones. El lector podrá notar la enorme cantidad de años de perfeccionamiento evolutivo que subyacen a las ideas y las instrucciones comprendidas en este texto.

Este no es un libro sobre el método Rolfing, ni siquiera sobre integración estructural *per se*; el método Rolfing no solo es una marca registrada, sino que es mucho más que un conjunto de técnicas y se enfoca menos en el motivo de consulta del paciente que en la relación general entre el cuerpo y la gravedad. Hay muchas otras influencias en el material de este libro, además de la integración estructural, incluida la terapia craneosacra, los fundamentos osteopáticos, los abordajes ortopédicos y las influencias eclécticas sobre el trabajo corporal de la época en que Til trabajó en el Esalen Institute, en la década de 1980.

Sus técnicas implican mucho más que un abordaje. Un punto de vista silencioso pero omnipresente subyace al lenguaje anatómico, los gráficos fascinantes, las citas de investigación y las instrucciones prácticas detalladas en los contenidos de este libro. Si observa con detenimiento, verá que la experiencia de Til Luchau en psicología somática y grupal (habiendo trabajado durante muchos años como psicoterapeuta somático y líder grupal) se manifiesta de forma silenciosa, casi invisible. Esta perspectiva casi oculta resalta los elementos humanos e interactivos del trabajo manual y encontrará resonancia en muchos profesionales que sienten que trabajar *con* sus pacientes brinda resultados más satisfactorios que trabajar *sobre* ellos.

Esta conciencia de la interacción entre el profesional y el paciente, en combinación con la atención en los aspectos técnicos y físicos de la terapia manual, tiene paralelismos con nuestra cambiante perspectiva del sistema del tejido conectivo en sí mismo. Por ejemplo, estamos aprendiendo que no son solo interesantes las propiedades mecánicas de la fascia las que explican su sorprendente plasticidad. Es cada vez más evidente que la inervación de las aponeurosis y el resultado de su sensibilidad cumplen un rol muy importante. Los efectos beneficiosos que observan los profesionales de la terapia manual pueden deberse tanto a esta sensibilidad de las fascias como a sus propiedades puramente físicas (si no aún más).

Por supuesto que las asombrosas imágenes de Primal Pictures (y otros) son una gran parte del mensaje de este libro. Mientras admiramos la sencillez y la belleza de estas imágenes, recordemos que en el cuerpo real las estructuras miofasciales no están claramente separadas en estructuras independientes; es la interconexión desorganizada y compleja de las fascias lo que mejor las caracteriza.

Ningún libro, sin importar qué tan lujosamente ilustrado o cuidadosamente redactado esté, puede sustituir el aprendizaje que se produce en un contexto personal. Muchos profesionales en este campo aprenden experimentando, sintiendo y haciendo. Con demasiada frecuencia los libros se limitan solo al pensamiento. La utilidad de este libro en un amplio rango de contextos clínicos y educativos, y el valor duradero para los profesionales, es que incluye todas estas dimensiones.

Robert Schleip
Doctor en Biología Humana
Director del Fascia Research Group
Departamento de Neurofisiología
Universidad de Ulm, Alemania

La capacidad de aliviar el dolor ajeno es significativa de una manera muy particular. El dolor pide a gritos su alivio; desde el punto de vista biológico, hace que quien lo sufre detenga algo que lo lastima o que busque alivio. Cuando alguien con dolor acude a nosotros en busca de ayuda, somos mucho más que profesionales de una modalidad terapéutica; somos, en ese momento, el prójimo frente a alguien que se enfrenta a un problema biológico apremiante. Cuando podemos disminuir el dolor de quienes acuden en busca de nuestra ayuda, estamos satisfaciendo una necesidad que yace en el centro del funcionamiento biológico y social de nuestra especie. Pocas cosas nos brindan tanto sentido y propósito.

Por supuesto, nuestro trabajo no solo se trata de aliviar el dolor. No todos acuden a nosotros a causa del dolor. A veces, somos más efectivos cuando elevamos el nivel de funcionamiento de nuestros pacientes para extenderlo más allá de la simple ausencia de dolor o disfunción. E incluso cuando parece que no podemos aliviar el dolor físico de quienes han acudido a nosotros para su alivio, nuestro trabajo aún puede ser útil de muchas maneras significativas; de hecho, es en estos momentos cuando más se necesitan nuestro dominio técnico y nuestra sensibilidad.

Aun así, cuando podemos ayudar a aliviar el dolor, debemos hacerlo. Las técnicas descritas en estos libros representan algunas de las maneras más efectivas que he encontrado para lograrlo. De ninguna manera representan todo lo que nos compete; hay muchas formas diferentes de lograr objetivos similares y existen numerosas técnicas que no lograron incluirse en el texto simplemente porque no es posible realizar una descripción escrita.

Las técnicas aquí descritas son tomadas de una serie de talleres y cursos de video, "Técnicas miofasciales avanzadas", de Advanced-Trainings.com.* En sus cursos principales y de especialidad, esta serie de seminarios presenta un sistema extenso para trabajar con todo el cuerpo y en la actualidad comprende más de cuarenta secuencias de sesiones y más de 350 técnicas, pruebas y procedimientos. Las técnicas elegidas para este Volumen 1 (que se enfocan en los trastornos de las extremidades), así como aquellas seleccionadas para el Volumen 2 (para trastornos de la columna, las costillas, la cabeza y el cuello), representan un conjunto de herramientas efectivas y accesibles para algunos de los motivos de consulta más frecuentes por parte de los pacientes. Si bien pueden ser utilizadas como técnicas independientes, recomiendo aprender más acerca de este abordaje a través de otros formatos y medios de entrenamiento disponibles (muchos de los cuales son gratis y están en línea).

Objetivos del trabajo

Paradójicamente, aunque las técnicas aquí descritas suelen ser muy efectivas para abordar el dolor, su alivio solo es un beneficio secundario de esta forma de trabajar. Nuestros objetivos principales son los siguientes:

- Aumentar los rangos de movimiento.
- Afinar la sensibilidad propioceptiva.

* Nota del editor: para obtener información sobre los cursos de formación de Til Luchau visite www.Advanced-Trainings.com

El primer objetivo (aumentar los rangos de movimiento) incluye todos los grados de movimiento y movilidad, los cuales varían desde sutiles pulsaciones de micromovimientos hasta un amplio rango de movimiento. Esto significa que empleamos todo el espectro de profundidad y presión con nuestro tacto. Con frecuencia, nuestras técnicas utilizan presión directa para generar un cambio en la motilidad gruesa. A veces, una mayor movilidad no es posible hasta que se abordan los movimientos intrínsecos más pequeños y sutiles (como los movimientos de la terapia craneosacra, la manipulación visceral y demás). Por consiguiente, usted verá que en las técnicas aquí presentadas se utilizan tanto el tacto profundo y directo como el tacto leve receptivo.

El segundo objetivo (afinar la propiocepción) implica que queremos que nuestros pacientes sientan su cuerpo mejor de una manera nueva y como resultado de nuestro trabajo. La “propiocepción” incluye la sensación de la propia posición y movimiento del cuerpo y nuestro tacto, presión, y los movimientos que pedimos pueden evocar el aprendizaje propioceptivo. Las investigaciones recientes sobre la mecánica del cambio miofascial sugieren que hay un rol mucho más grande para la propiocepción de lo que se suponía antes (analizado en mayor detalle en el Capítulo 2, “Comprensión de las alteraciones de las fascias”). Cuando este sentido corporal se despierta, sienta las bases para una coordinación de movimientos más fina y más eficiente. También allana el camino para muchos otros beneficios, tales como el desarrollo de elecciones posturales más sostenibles en el tiempo.

De manera secundaria a estos objetivos, estas técnicas traen aparejadas otros beneficios. El dolor, el desempeño atlético, el bienestar, etc. tienden a mejorar cuando se abordan nuestros objetivos primarios. Sin embargo, los resultados finales son menos dolor, mejor desempeño y otros beneficios; los medios para esos fines son simplemente incrementar las opciones de movimiento de nuestros pacientes y lograr una propiocepción más refinada.

Por supuesto, se pueden alcanzar otros objetivos mediante las técnicas y las herramientas aquí descritas. Un profesional de la integración estructural puede descubrir aplicaciones para la mejora de la alineación y de la integración. De modo similar, los fisioterapeutas, los acupunturistas, los masoterapeutas, los especialistas en rehabilitación y otros profesionales detectarán maneras de utilizar estas herramientas para lograr los objetivos terapéuticos de sus especialidades. Pero la utilización de estos dos objetivos principales (más opciones de movimiento y propiocepción refinada) como puntos de referencia ayudará a simplificar, clarificar y enfocar el propósito y la aplicación de cada técnica.

El libro y sus supuestos

Este libro está destinado a profesionales de la terapia manual en su práctica profesional (tales como profesionales de la integración estructural, fisioterapeutas, asistentes de fisioterapeutas, masajistas, masoterapeutas, osteópatas, quiroprácticos, acupunturistas y otros profesionales del trabajo manual). También es adecuado para su uso por parte de estudiantes intermedios y avanzados de estas disciplinas que utilizan este texto dentro de un contexto de entrenamiento. En consecuencia, en este libro se asume que el lector está familiarizado con las consideraciones y las contraindicaciones del trabajo manual profundo. Allí donde son particularmente importantes, o donde no son obvias, estas consideraciones se describen en el texto, pero se supone que el lector tiene un nivel básico de entrenamiento y conocimiento.

Estas técnicas están pensadas como herramientas para ser utilizadas dentro del contexto más grande de una sesión o serie de sesiones. Los elementos de este mayor contexto pueden incluir la entrevista, la valoración, la preparación, la estrategia y la secuenciación, el balanceo, el cierre y la integración de vuelta con la vida diaria. Cada modalidad tiene sus propias maneras de lograr estas funciones y (aunque está planificado cierto análisis de la secuenciación para el Volumen 2) asumiré que el lector también tiene este entrenamiento.

Los libros como este pueden servir para estimular su imaginación, innovación y versatilidad. Sin embargo, asumo que el lector se dará cuenta de que realmente no se puede aprender de un libro todo lo que se necesita saber acerca de estas técnicas. En cierta medida, un video puede ayudar a cerrar el círculo y este libro incluye enlaces a videos para muchas de las técnicas descritas (v. Índice de videos en p. XVI).^{*} Sin embargo, los aspectos más importantes, que tienen que ver con las realidades cinestésicas y experienciales del toque y la sensación verdaderos, solo pueden adquirirse a través de la enseñanza y la retroalimentación en persona, así como recibiendo y experimentando verdaderamente el trabajo que se describe.

Por supuesto, este libro es solo un punto de partida. Si bien los métodos y los temas descritos en este texto son valiosos, llega un punto donde mejores técnicas y trucos simplemente no son la respuesta. Aliviar el dolor puede ser bastante simple; sin embargo, cuando el dolor no desaparece, se requiere de nuestra maestría y nuestra profunda humanidad. Es entonces que nos enfrentamos con la dicotomía del filósofo austriaco Martin Buber: podemos ver a los otros como objetos (como “pacientes” o problemas a solucionar) o como personas reales: seres únicos, multidimensionales y sensibles, al igual que nosotros.

Til Luchau

^{*} Nota del editor: los videos están narrados por el autor en idioma inglés.

Agradecimientos

Casi todos saben que escribir un libro lleva mucho trabajo. Lo que no es tan obvio es que un libro requiere el trabajo de muchas personas.

Un especial agradecimiento a mi colega, amigo y mentor, el Dr. Robert Schleip, por su aliento y por su ejemplo motivante de continua fascinación, aprendizaje y liderazgo facilitador dentro de nuestro campo y más allá. Al igual que un director de orquesta, él saca a relucir lo mejor de quienes están a su alrededor y todos nos beneficiamos con su talento.

Gracias a la Dra. Leslie Young, redactora en jefa de la revista *Massage & Bodywork*, por presentar la columna actual “Técnicas miofasciales”, donde aparecieron por primera vez muchas de estas ideas. Su equipo de especialistas, que incluye a Darren Buford, Amy Klein y otros, ayudó a moldear los primeros bocetos de este material. Anne Williams y Brian Halterman de la Associated Bodywork & Massage Professionals (ABMP) cumplieron un rol importante con el patrocinio y presentación de la serie de seminarios en línea “Técnicas miofasciales”.

Agradezco a Sarena Wolfaard, Andrew Stevenson, Bruce Hogarth de Handspring Publishing Limited por su paciencia, persistencia, flexibilidad y espíritu colaborativo. Ha sido un placer trabajar con ellos debido a su dedicación a la calidad y su pasión por este campo.

Mis estimados colegas de facultad en Advanced-Trainings.com han aportado continuamente ideas, críticas, diálogos, técnicas e inspiración. Entre ellos incluyo a Larry Koliha, Geroge Sullivan, Chris Pohowsky, Ellyn Vandenberg, Bethany Ward, así como muchos docentes adjuntos calificados y estudiantes en todo el mundo que son demasiados para nombrarlos a todos, pero que merecen el mismo reconocimiento.

Bethany Ward, la instructora de Advanced-Trainings.com, leyó cada una de las palabras que escribí e hizo sugerencias y correcciones expertas, a menudo frente a fechas de entrega ajustadas. Patrick Dorsey aportó incontables horas de trabajo en las preguntas de las guías de estudio del libro, al igual que otros becarios de redacción de preguntas. Gracias también a Christina Galucci y Daniel Glick, por su experta edición y por su apoyo.

Hace más de doce años, los gráficos de Primal Pictures me abrieron por primera vez los ojos a la belleza y el sorprendente aprendizaje que es posible cuando se puede visualizar, rotar y representar en capas tridimensionales la anatomía del cuerpo. Los modelos fotográficos Erin Trunck, Fika O'talora, David Videon y David Lowell, así como los fotógrafos Kit Hedman y Rick Cummings, contribuyeron a la estética de este proyecto. Un agradecimiento de todo corazón a los muchos artistas e investigadores que autorizaron y brindaron permisos de reutilización para las imágenes de este libro. Están mencionados en los créditos de las figuras.

Por supuesto que mis mentores y colegas en el Rolf Institute han influido profundamente el material aquí presentado. Estoy agradecido por la influencia y el respaldo de Jan Sultan, Pedro Prado, Thomas Myers, Art Riggs, Bibiana Badenes, Erik Dalton y muchos otros. Durante treinta años, los pacientes de mi consultorio privado han sido algunos de los mejores docentes, al igual que los profesionales que acercan sus casos difíciles para supervisión, para nuestro mutuo aprendizaje.

También corresponde un cálido agradecimiento a las muchas personas que, de manera generosa, brindaron su incansable hospitalidad al ofrecer un ambiente tranquilo para escribir este libro: Anna Maria Gregorini en Zurich; Lynn Phillipon y Nikki Gillespie en el sudoeste de Colorado; K'lea Andreas en Victor, Idaho; Roberta Gajdoš en Praga; Paula Earp y la comunidad de profesionales de Faribanks, Alaska; y muchos, muchos otros.

Y a mi hijo, Ansel Luchau, y especialmente a mi esposa, Loretta Carridan Luchau, quienes me han apoyado con mucha paciencia en el largo proceso de escribir un primer libro. Este libro está dedicado a ellos con amor.

Revisores

Bibiana Badenes

Terapeuta física, Certified Advanced Rolfer™. Docente, Certified Rolf Movement™. Directora, Kinesis Center and Movement Therapy. Presidenta, Bodywisdom Foundation España. Benicasim, España.

Erik Dalton

Autor, Certified Advanced Rolfer™. Director ejecutivo, Freedom from Pain Institute Oklahoma City. Oklahoma, Estados Unidos.

Rachel Fairweather

Directora, Jing Advanced Massage Training. Autora. Brighton, Reino Unido.

Cheryl LoCicero

Docente, Certified Advanced Rolfer™ y Certified Rolf Movement™. Consultora sobre los abordajes, Fascial Integration: Structural Visceral, Center for Complementary and Alternative Research and Education, Universidad de Alberta. Edmonton, Alberta, Canadá.

Budiman Minasny

Investigador, Universidad de Sydney. Sydney, Australia.

Peter B. Pruett

Médico certificado en medicina de emergencias. Delta County Memorial Hospital, United States Air Force Academy, Universidad de Colorado. Denver, Hotchkiss, Colorado, Estados Unidos.

Art Riggs

Certified Advanced Rolfer™. Autor. Director, Art Riggs Deep Tissue and Manual Therapy Educational Systems. Berkeley, California, Estados Unidos.

Susan G. Salvo

Autora, educadora, terapeuta masajista. Elsevier Health Science, Louisiana Institute of Massage Therapy. Lake Charles, Louisiana, Estados Unidos.

Robert Schliep

Profesor visitante. Director, Fascia Research Group, Departamento de Neurofisiología, Universidad de Ulm. Ulm, Alemania.

Bethany M. Ward

Certified Advanced Rolfer™. Terapeuta Rolf Movement®, Facultad de integración estructural, Rolf Institute®. Asesora y expresidenta, Ida P. Rolf Research Foundation. Directora, ActionPotential, Inc. Durham, Carolina del Norte, Estados Unidos.

Índice de videos

 Video 1 Técnica de motilidad respiratoria	 Video 10 Técnica del palo de escoba "A"
 Video 2 Técnica del punto central	 Video 11 Técnica del rotador (piriforme)
 Video 3 Técnica de flexión del antebrazo	 Video 12 Técnica del ligamento sacrotuberoso
 Video 4 Técnica de la fascia plantar	 Video 13 Técnica de liberación SI anterior y posterior
 Video 5 Técnica de la retináculo	 Video 14 Técnica de la rotación anterior
 Video 6 Técnica de la articulación tibioperonea distal	 Video 15 Técnica de la movilidad del carpo
 Video 7 Técnica del extensor corto de los dedos	 Video 16 Técnica de la eminencia tenar
 Video 8 Técnica intermetatarsiana	 Video 17 Técnica de la cápsula glenohumeral
 Video 9 Técnica de los músculos isquiotibiales	 Video 18 Técnica del subescapular



Figuras 6.9 y 6.10 Técnica de la cabeza del peroné. Verifique y libere la movilidad anterioposterior. Evite la presión sobre el nervio peroneo común (en color amarillo, v. también la Figura 6.9) en su ubicación por detrás de la cabeza del peroné. (El peroné se muestra en color verde; las bolsas sinoviales de la rodilla se muestran en color azul).

el extremo proximal debido a su estrecha asociación con el nervio peroneo.

- El peroné no se articula con el fémur, por lo que tiene una relación funcional mucho mayor con el tobillo que con la rodilla (por lo menos en los seres humanos). En algunos animales, el peroné no se articula con los huesos del pie ni con el fémur, por lo que el peroné está libre en ambos extremos. En los caballos, la tibia y el peroné forman un solo hueso.

Como con cualquier parte del cuerpo, el trabajo con el peroné forma parte de un marco mayor. Por ejemplo, es una buena idea prepararse para las técnicas descritas en este capítulo con la evaluación de las restricciones relacionadas con la tensión de un gastrocnemio o sóleo (Capítulo 4), lo cual sería un cumplido lógico a lo descrito en este capítulo. La pronación y la supinación del tobillo, la alineación de la cadera, la rodilla y el tobillo, la rotación del fémur y de la cadera (v. Capítulo 10, “Movilidad de la cadera”) son aspectos adicionales a considerar y evaluar como parte del trabajo global con el tobillo y la pierna.

Bibliografía

- American Academy of Orthopaedic. AOSSM Sports Tips Ankle Sprains: How To Speed <http://www.sportsmed.org/uploadedFiles/Content/Patient/Sports_Tips/ST%20Ankle%20Sprains%2008.pdf> [Consulta: noviembre de 2013].
- American Academy of Orthopaedic Surgeons. Sprains and Strains: What’s the Difference? <<http://orthoinfo.aaos.org/topic.cfm?topic=A00111>> [Consulta: noviembre de 2013].
- Margo KL. Review: many adults still have pain and subjective instability at 1 year after acute lateral ankle sprain. *Evid Based Med* 2008; 13 (6): 187.
- Hartzell D, Shimmel M. Don’t Ice that Ankle Sprain! Ohio: Jump Stretch, Inc, 2006.
- Kaminski WT, et al. National Athletic Trainer’s Association Position Statement: Conservative Management and Prevention of Ankle Sprains in Athletes. *Journal of Athletic Training* 2013; 48 (4): 528-545.
- Kaminski, 2013 (ibid).
- Kapandji IA. *Physiology of the Joints. Volumen II.* Filadelfia: Elsevier, 1987; p. 164.
- Kapandji, 1987 (ibid).
- Bozkurt M, et al. Axial rotation and mediolateral translation of the fibula during passive plantar flexion. *Foot Ankle Int* 2008; 29 (5): 502-7 PMID 18510904.

El dolor ciático axial presenta uno o más de estos signos:

- Dolor en la región lumbar acompañado de dolor en los glúteos o en el muslo, que por lo general no va más allá de la rodilla (a menos que tenga componentes de dolor apendicular).**
- “Escoliosis ciática”: reticencia a cargar peso del lado afectado, lo que resulta en la inclinación hacia el lado contrario del afectado para minimizar el dolor.
- Resultado positivo (por ejemplo, con dolor) de la prueba de la pierna extendida.

Prueba de la pierna extendida

La prueba de la pierna extendida (PPE), o prueba de Lasègue, es un método de evaluación que se utiliza con frecuencia, y relativamente fiable, para identificar la compresión de las raíces nerviosas lumbares. Con el paciente sentado en el borde de una silla, pídale que extienda una pierna hasta la altura de la cadera (es decir, con extensión total de la rodilla). La prueba de la pierna extendida es positiva (esto significa que indica compresión de la raíz nerviosa) si es posible reproducir el dolor ciático con los movimientos descritos en el epígrafe de la Figura 11.3. El dolor en la otra pierna (la de sostén) puede deberse a una herniación de disco más grave y es motivo de derivación al especialista.

¿Por qué la dorsiflexión del tobillo, la flexión del tronco y la flexión del cuello pueden aumentar el dolor ciático en la PPE cuando hay compresión de la raíz nerviosa? Estos tres movimientos elongan aún más los tejidos nerviosos, agregando tensión al pinzamiento, por pequeño que sea. La flexión de tronco y cuello también tira hacia arriba (en sentido cefálico) del tubo dural dentro del canal raquídeo. El tubo dural emite proyecciones que rodean las raíces nerviosas y recubren cada foramen (v. Figura 11.2), de manera que las restricciones pueden ser una causa de dolor ciático axial. Si este fuera el caso, la prueba de contracción (*slump test*) puede constituir un autotratamiento en sí misma, ya que elonga levemente

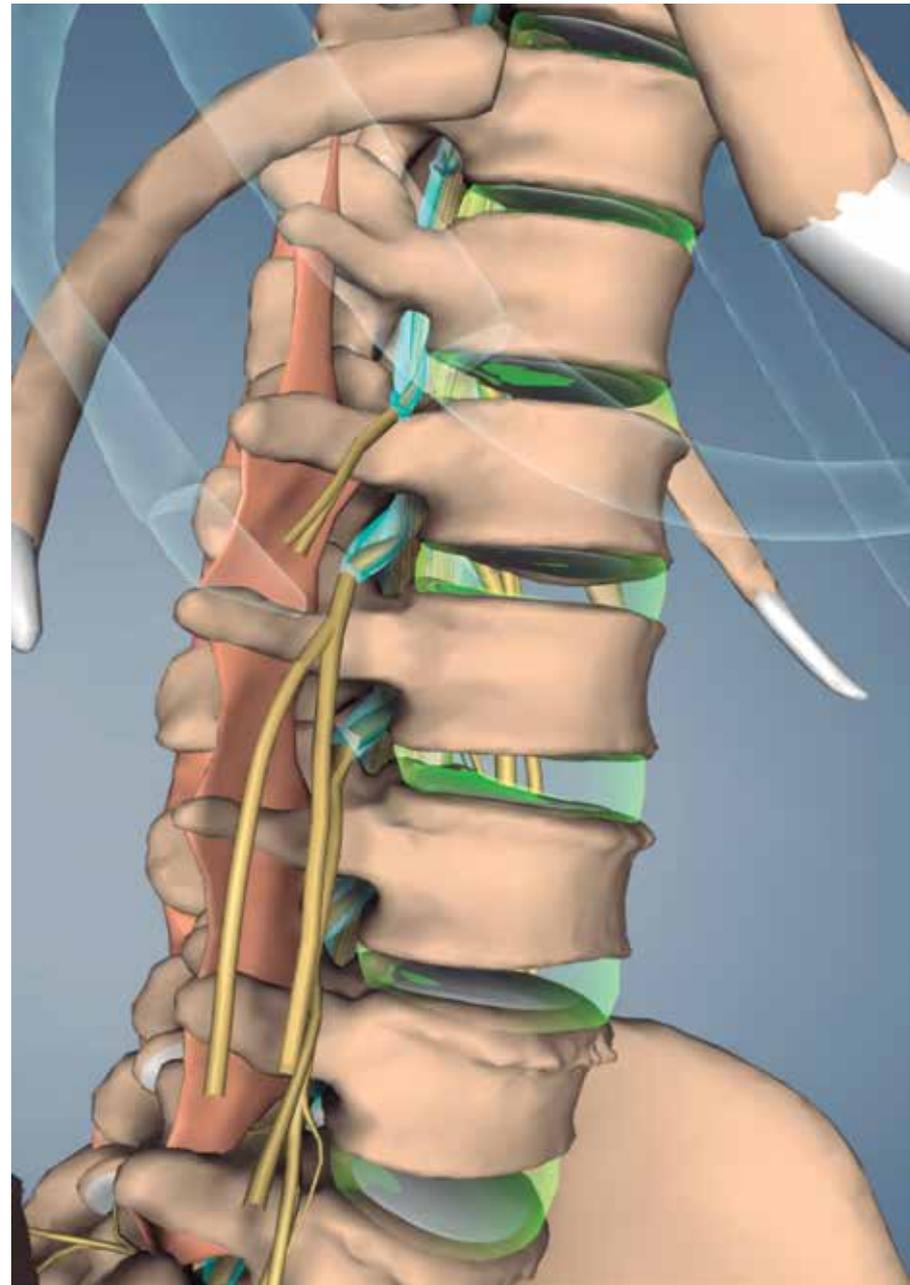


Figura 11.2 Los discos intervertebrales protruidos o degenerados (en color verde) pueden pinzar las raíces nerviosas cuando salen del canal raquídeo y causar dolor ciático axial.

**Si bien algunos sistemas pueden enseñar que el dolor por debajo de la rodilla es indicador de pinzamiento de la raíz nerviosa (p. ej., por dolor ciático axial), “el único dolor que pudo reproducirse experimentalmente mediante la estimulación de la raíz nerviosa es un dolor punzante con distribución en banda. No existe evidencia fisiológica que indique que el dolor constante y profundo en la pierna (debajo de la rodilla) puede ser consecuencia de la irritación de la raíz nerviosa”.⁵ Según mi experiencia, el dolor por debajo de la rodilla suele estar acompañado de otros signos (como una prueba del piriforme positiva o inestabilidad dolorosa del sacro) que sugiere causas apendiculares, aun en presencia de componentes axiales.

Algunos pacientes tienen dificultades para relajar la pierna y dejarla colgar. Tenga paciencia y, en forma gradual, lleve la cadera hacia el movimiento deseado. Si encuentra rigidez que no se puede liberar, puede intentar con técnicas más directas como la secuencia del “palo de escoba”, descrita en el Capítulo 10, “Movilidad de la cadera”.

Esta evaluación preparatoria tiene sus fundamentos en el enfoque del pionero del entrenamiento físico, Milton Trager (1908-1997), y es muy útil antes de trabajar en la cadera o en la pelvis.

Técnica de la rotación anterior

Una vez que ha evaluado y tratado el tono en reposo de la cadera, puede evaluar y liberar con mayor facilidad las restricciones más profundas a la rotación anterior del coxal.

Con el paciente en decúbito ventral, eleve una rodilla para extender la cadera, como se observa en la Figura 14.7. Si el paciente es más robusto que usted, puede lograr el mismo efecto colocando la pierna en un apoyo firme, como una pila de sábanas (Figura 14.6). En esta posición de hiperextensión de la cadera, el empuje del cuádriceps lleva el coxal a la rotación anterior. Coloque la otra mano en el centro del sacro para cuidar la región lumbar de la sobreextensión y una lordosis incómoda. Coloque esta segunda mano en el centro del sacro y aplique presión firme en dirección caudal (hacia los pies) (Figura 14.8, flecha curva). Este movimiento del sacro (contranutación), junto con la extensión pasiva de la cadera, focaliza el movimiento del mismo lado de la ASI.

Espere en esta posición hasta que se adapten y liberen la miofascia y los ligamentos pelvianos. Lo usual es que demore entre cinco y ocho respiraciones lentas antes de sentir el deslizamiento que marca este cambio.

Movilice ambos coxales de esta manera. Como alternativa, antes de realizar esta técnica, puede comparar la movilidad izquierda y derecha mediante la evaluación



Video 14:
Técnica de
la rotación
anterior

Figuras 14.6 y 14.7 Técnica de la rotación anterior. Use la extensión pasiva de la cadera para llevar el coxal en dirección anterior. Use la otra mano para estabilizar y aplicar tracción en sentido caudal (hacia los pies) desde el sacro. Esto concentra el movimiento en la ASI y ayuda a liberar las restricciones de la rotación anterior del coxal. La extensión de la cadera se puede lograr con un soporte fijo (Figura 14.6) o con la elevación de la pierna (Figura 14.7).



Figura 15.6 Estimule la apertura lateral de las articulaciones intercarpianas dorsales. Trabaje en la dirección de las flechas, para sentir un cambio en la movilidad ósea, en lugar de simplemente deslizarse por la superficie.



Figura 15.7 Con la pelota aún en la mano del paciente, añada un movimiento pasivo de la muñeca con la técnica del arco transverso. Esto lo ayudará a estar seguro de que el dorso de la muñeca puede permanecer con el ancho suficiente en varias posiciones. Controle la flexión y extensión de la muñeca (en la figura), la desviación en sentido lateral y sus combinaciones.

esto aumenta la superficie de contacto con la pelota, pero también endurece la mano y congestiona el túnel carpiano. Nuestro objetivo es un arco transverso profundo que no esté demasiado rígido ni demasiado cerrado, por lo que debe pedirle al paciente que, en lugar de apretar la pelota, relaje la mano para lograr una mayor área de contacto con la pelota. Dele tiempo, si acompaña al paciente en la maniobra; este comenzará a notar que el área de contacto aumenta cada vez más. Puede ser de gran ayuda llevar la atención del paciente a la respuesta que tiene con el resto del cuerpo a este ejercicio: cuando la mano se relaja alrededor de la pelota, los hombros suelen caer, la respiración se hace más profunda, la mandíbula se relaja, etc. Inténtelo usted: ¿qué superficie de la pelota puede abarcar con la mano?

Este es un ejercicio útil para todos, pero si su paciente tiene síntomas del túnel carpiano, puede explicarle que relajar la mano y así lograr una mayor superficie de contacto con la mano lo ayudará a aliviar el congestiónamiento de la muñeca que causa el dolor, la debilidad y el entumecimiento de estos síntomas.²

Técnica manual

En la etapa manual de esta técnica, pídale al paciente que sostenga la pelota de manera relajada, como se explicó antes. Luego, use sus pulgares o los otros dedos para modelar la mano del paciente alrededor de la pelota; podrá ver o sentir el sitio en el cual la mano tiene mayor dificultad para relajarse en un arco transverso cóncavo. En particular, sienta una leve apertura o un ablandamiento entre los huesos del carpo en la cara dorsal o posterior de la muñeca. Trabaje con delicadeza los ligamentos de las articulaciones intercarpianas para lograr movilidad y mejorar la propiocepción de estos espacios importantes (Figura 15.6).

De la misma manera que en la técnica de “movilidad” del carpo, puede realizar una variante de la técnica del arco transverso si le agrega movilidad pasiva de la muñeca (Figura 15.7).

se requiere otro tipo de trabajo adicional (como el que se describe a continuación: “Técnica de la cápsula glenohumeral”).

Puntos clave: técnica de la traslación inferior del húmero

Indicaciones

- ❑ Dolor o restricción al movimiento en la articulación glenohumeral, incluido el “hombro congelado”.

Objetivo

- ❑ Evaluar y restaurar la traslación inferior normal del húmero.

Instrucciones

- ❑ Sienta cómo se desliza hacia abajo el tubérculo mayor del húmero con los primeros 2-5 cm del movimiento de abducción glenohumeral.
- ❑ Si la traslación inferior está disminuida, movilice el húmero con una presión directa pero delicada en el tubérculo mayor, con abducción pasiva del brazo. No provoque dolor, espere a la adaptación miofascial en las posiciones con restricciones o con rigidez al final del movimiento.
- ❑ Repita con la articulación glenohumeral en flexión y en extensión.

Movimientos

- ❑ Abducción pasiva del húmero.

Técnica de la cápsula glenohumeral

Si después de realizar la técnica de la traslación inferior aún hay restricción al movimiento del hombro, la técnica de la cápsula glenohumeral puede ayudarlo a realizar un trabajo más específico.

Con el paciente en decúbito lateral, eleve el codo del paciente hacia el techo (abducción pasiva). Mientras sostiene el brazo en esta posición de abducción, mueva lentamente el antebrazo, buscando una posición en la que el húmero se balancee verticalmente sobre la articulación glenohumeral (Figura 17.4).

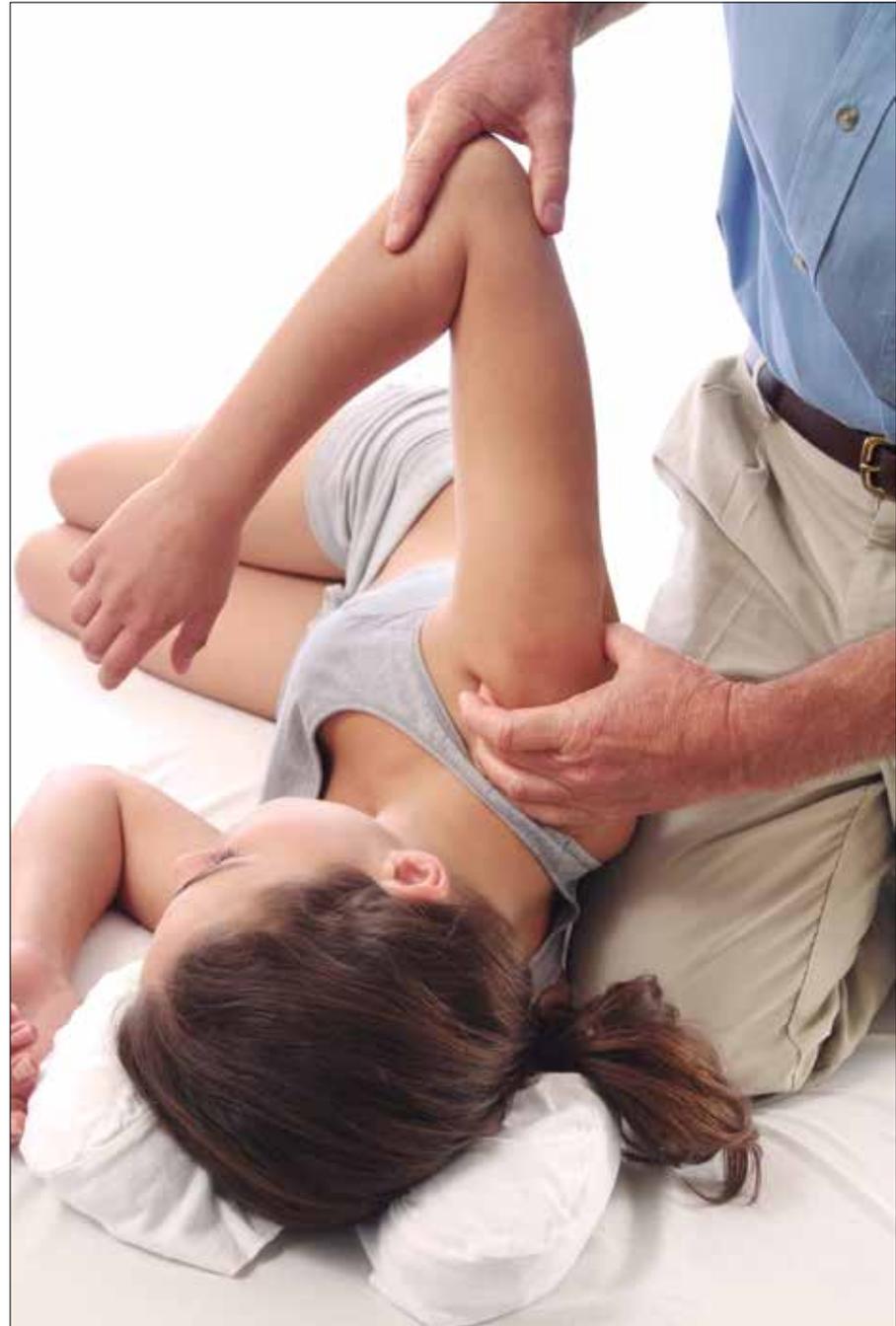


Figura 17.4 En la técnica de la cápsula glenohumeral, balancee el húmero directamente sobre la escápula, de manera que los movimientos de rotación y circunducción sean bastante sencillos de realizar. Use los dedos para sentir restricciones del tejido blando en el sitio donde el húmero se articula con la escápula. Agregue rotación y circunducción humeral activa o pasiva, junto a la presión aplicada con el dedo para liberar el movimiento y liberar cualquier restricción que detecte.



Video 17:
Técnica de
la cápsula
glenohumeral