

DISFUNCIONES ILIOSACRAS

FISIOLOGÍA ARTICULAR DE LAS DISFUNCIONES

Corresponde a la exageración de los movimientos fisiológicos del ilíaco. Este movimiento es responsable de un estiramiento a nivel del plano ligamentario que activa a los mecanorreceptores y, a nivel de los músculos de la región, activa los husos neuromusculares; esto origina un mensaje aferente hacia la médula, produciéndose una facilitación medular que provocará un espasmo muscular que fijará la disfunción. Por ejemplo: una lesión de la articulación sacroilíaca generará un aumento del tono a nivel del piramidal del mismo lado.

El tipo de lesión dependerá de los músculos hipertónicos y de la dirección de las fuerzas (cadenas lesionales). A nivel del ilíaco hay siete tipos de lesiones iliosacras.

ROTACIÓN ILÍACA POSTERIOR (DERECHO)

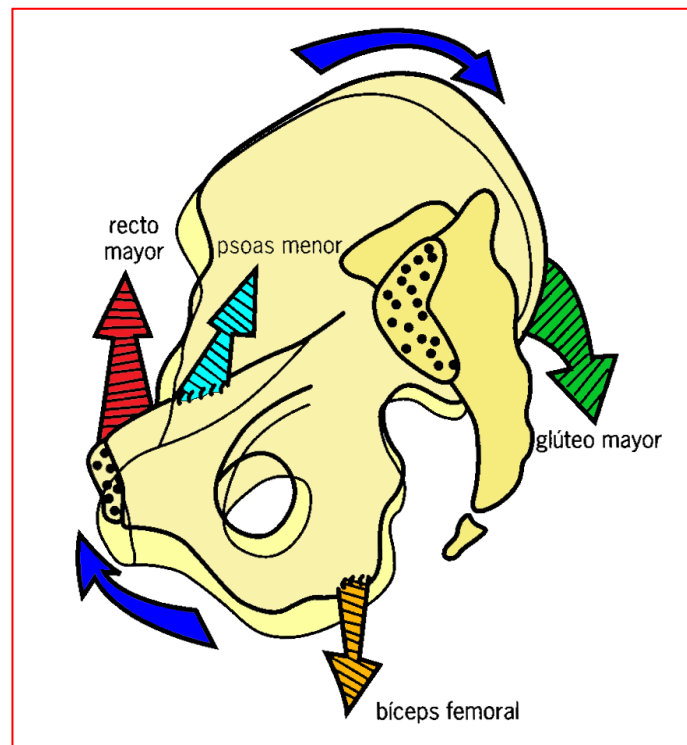
- Cresta ilíaca más alta.
- Rotación posterior.
- EIAS superior y posterior.
- Base sacra relativamente anterior.
- Desplazamiento hacia arriba de la sínfisis púbica.
- Ilíaco más grande verticalmente.
- Línea de las cavidades cotiloideas inclinada (coxofemoral más alta).
- Rotación externa de la cadera (espasmo del piramidal).
- Pierna corta (espasmo del psoas).
- Rotación homolateral de L5.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA LESIÓN:

- Isquiotibiales.
- Recto anterior del abdomen.
- Psoas.
- Glúteo mayor.
- Piramidal.

MÚSCULOS TENSOS POR EL ESTIRAMIENTO:

- Ilíaco.
- Sartorio.
- Recto anterior del muslo.
- Abductores.
- Cuadrado lumbar.

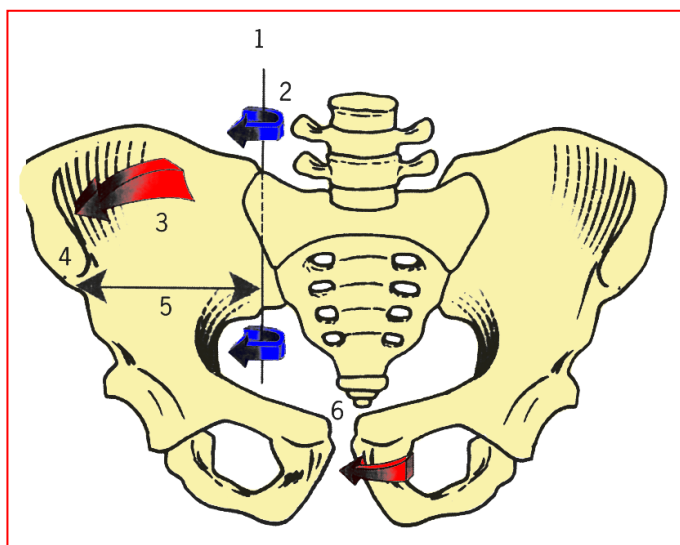


ROTACIÓN EXTERNA DEL ILÍACO

- Rotación externa del ilíaco.
- Abertura del ala ilíaca.
- EIAS más externa que del lado sano (pero al mismo nivel).
- Ala ilíaca más ancha.
- Sínfisis púbica sin escalón, pero desviada del lado de la lesión.
- La distancia entre S2 y EIPS es menor (se mide por detrás).
- La línea que va del ombligo a la EIAS está aumentada; la línea perpendicular de EIAS a la sínfisis púbica no coincide (sínfisis desplazada homolateralmente).
- Cadera: en rotación externa por espasmo del piramidal.
- Rx: el diámetro transversal del ala ilíaca es mayor.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA DISFUNCIÓN:

- Glúteos.
- Piramidal.
- Tensor de la F. lata.
- Sartorio segmento proximal.



ROTACIÓN ILIACA ANTERIOR

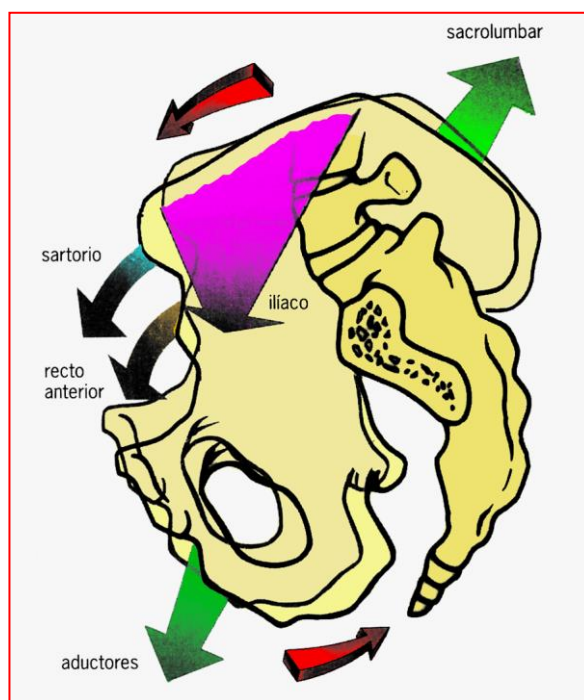
- Cresta ilíaca más baja.
- Rotación anterior.
- EIAS anterior e inferior .
- La EIPS anterior y superior
- Base sacra relativamente posterior.
- Ilíaco más pequeño verticalmente.
- Desplazamiento hacia abajo de la rama púbica.
- Línea de las cabezas femorales inclinada (coxofemoral más baja).
- Rotación interna de la cadera (espasmos de los rotadores internos).
- Pierna larga (hipotonía del psoas).
- Rotación contralateral de L5.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA ROTACIÓN ANTERIOR:

- Cuadrado lumbar (su tensión repercute sobre la costilla 12).
- Sartorio, iliaco, recto anterior del muslo, dorsal ancho, espinales.

MÚSCULOS TENSOS POR EL ESTIRAMIENTO:

- Bíceps femoral,
- Isquiotibiales,
- Recto anterior del abdomen, psoas y glúteo mayor.

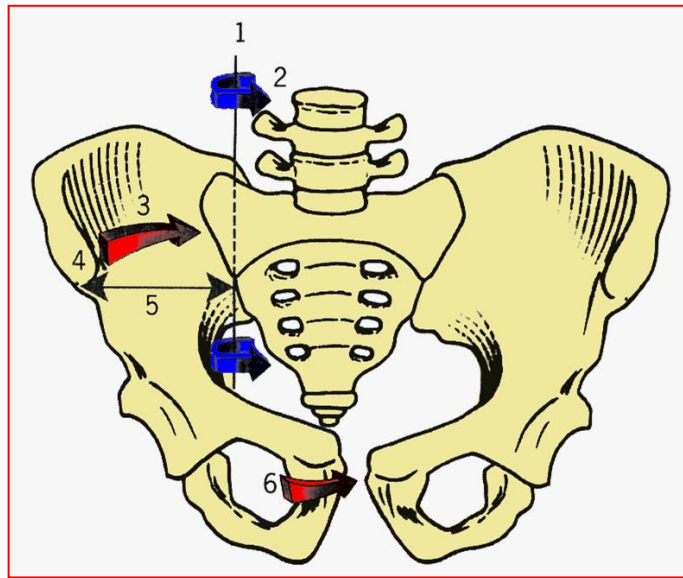


ROTACIÓN INTERNA DEL ILÍACO

- Rotación interna del ilíaco.
- Cierre del ala ilíaca.
- EIAS más interna que del lado sano (pero al mismo nivel).
- Ala ilíaca más estrecha.
- Sínfisis púbica sin escalón, pero desviada del lado sano.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA LESIÓN.

- Ilíaco.
- Oblicuos del abdomen.
- Transverso del abdomen.



LESIÓN IN-FLARE

Se debe a una anomalía de la concavidad de las carillas articulares. La lesión puede ser uni o bilateral y puede estar asociada a una rotación anterior o posterior.

Ala ilíaca hacia dentro; (distancia EIAS-ombligo más pequeña que del lado sano).

Isquion hacia fuera (tensión de los ligamentos sacrociáticos).

Base sacra anteroinferior.

Ápex homolateral posteroinferior.

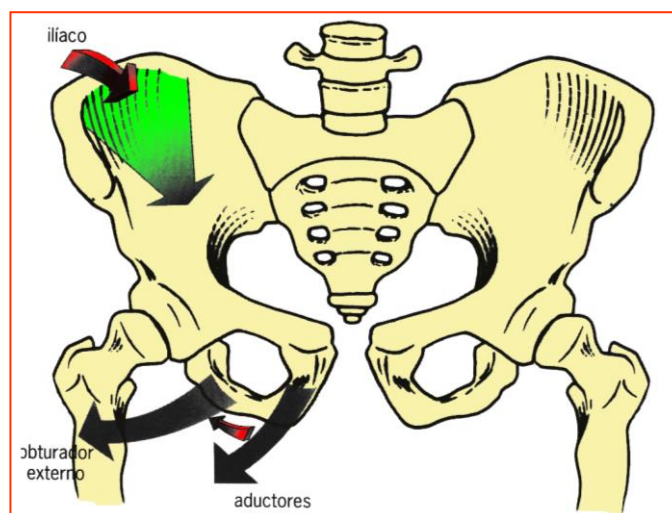
EIAS y EIPS internas.

Trocánter mayor hacia fuera.

Pierna corta.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA LESIÓN:

- Iliaco.
- Aductores.
- Obturador externo.

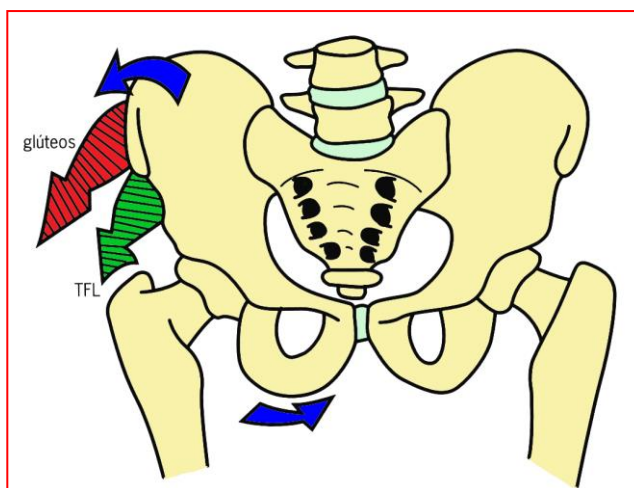


LESIÓN OUT-FLARE

- Ala ilíaca hacia fuera (distancia EIAS-ombligo más grande que del lado sano).
- Isquion hacia dentro.
- Base sacra posterior y superior.
- Ápex homolateral anterior y superior.
- EIAS y EIPS externas.
- Trocánter mayor hacia dentro.
- Pierna larga.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA LESIÓN:

- Glúteo.
- Tensor de la Fascia lata.



DISFUNCIÓN ILIACA UP-SLIP

Es una lesión típica traumática.

Es un deslizamiento hacia arriba del ala ilíaca, después de un traumatismo violento (salto). El deslizamiento quita las superficies articulares del riel fisiológico.

MECANISMO DE PRODUCCIÓN

Se inicia el movimiento de rotación posterior sobre el brazo largo, pero no se continúa sobre el brazo corto, sino que el movimiento sigue perpendicular al brazo corto.

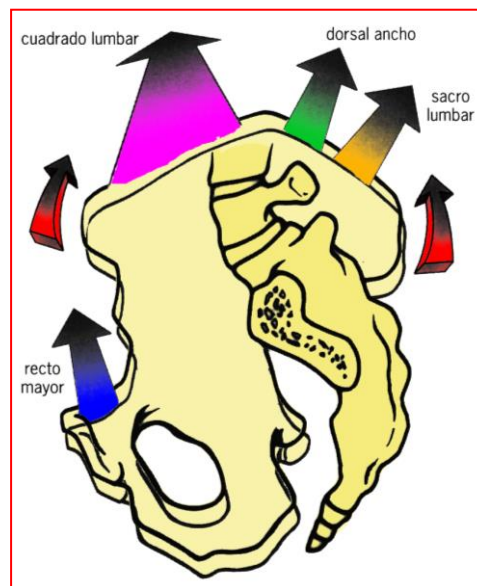
SIGNOS CLÍNICOS EN CASO DE DISFUNCIÓN UP-SLIP

- Cresta ilíaca más alta.
- EIPS más alta.
- Ascenso del ilíaco.
- Ascenso de la cabeza femoral.
- Ascenso del isquion.

- Pierna corta homolateral.
- Trocánter mayor alto.
- Sínfisis púbica más alta.

MÚSCULOS QUE FIJAN LA LESIÓN

- Cuadrado lumbar.
- Dorsal ancho.
- Sacrolumbar.
- Iliocostales.
- Recto anterior del abdomen.



LESIONES FISIOLÓGICAS

Son combinación de lesiones. Pueden darse lesiones posteroexterna o antero interna.

- El eje vertical de rotación interna-externa.
- Eje transversal de rotación antero-posterior.
- Rotación posterior del ilíaco.
- Rotación externa del ilíaco.
- EIAS supero-externa.
- Rotación anterior del ilíaco.
- Rotación interna del ilíaco.
- EIAS infero-interna.
- Ala ilíaca más ancha.
- Ala ilíaca más estrecha.
- Sínfisis púbica desviada del lado posterior.
- Rama púbica superior.
- Rama púbica inferior.
- Ilíaco más grande.

- Ilíaco más pequeño.

LESIONES TRAUMÁTICAS

Son traumáticas, no se producen sobre ejes de movimiento fisiológicos. Puede darse lesión ilíaca posterointerna o anteroexterna.

- El eje vertical de rotación interna-externa.
- Eje transversal de rotación antero-posterior.
- Rotación posterior del ilíaco.
- Rotación interna del ilíaco.
- EIAS supero-interna.
- Ala ilíaca más estrecha.
- Sínfisis púbica desviada del lado anterior
- Rama púbica superior.
- Rotación anterior del ilíaco.
- Rotación externa del iliaco.
- EIAS infero-externa.
- Ala ilíaca más ancha.
- Rama púbica inferior.
- Ilíaco más pequeño.
- Ilíaco más grande.

LESIONES SECUNDARIAS POR CADENAS LESIONALES

SECUENCIA MECÁNICA ASCENDENTE

La lesión viene desde abajo.

- LESIÓN PRIMARIA: a nivel de la pareja escafoides-cuboides (pie plano).
- LESIÓN SECUNDARIA: es suprayacente.
 - Rodilla en rotación externa.
 - Cadera rotación externa de la coxofemoral por espasmo del piramidal.
 - Ilíaco posterior por tensión del bíceps crural (falsa pierna corta).
 - Sacro relativamente anteroinferior.

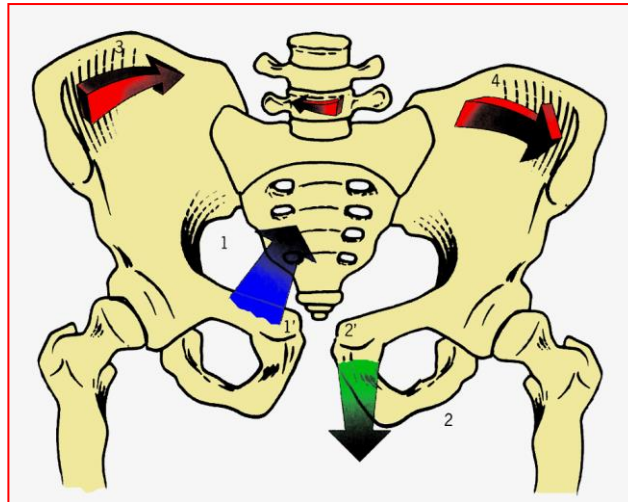
SECUENCIA MECÁNICA DESCENDENTE

La lesión viene desde arriba.

- LESIÓN PRIMARIA: causa traumática a nivel del ilíaco: iliaco anterior(sacro relativamente posterior).
- LESIÓN SECUNDARIA: es subyacente.
 - Rodilla rotación interna.
 - Cadera rotación interna por espasmo de los rotadores internos y pie rotación interna del cuboides y rotación externa del escafoides.

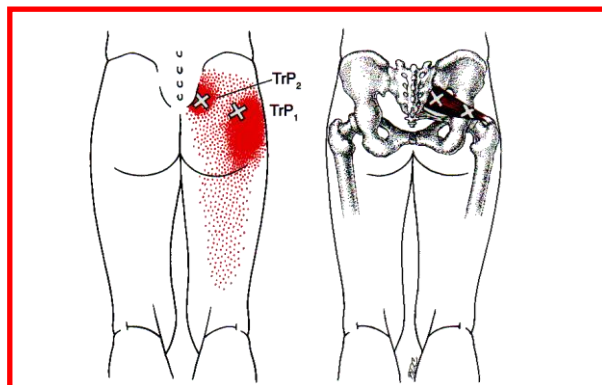
LESIONES PROPIAS DEL PUBIS

- LESIÓN DE SUPERIORIDAD
 - Espasmo del Recto anterior mayor del abdomen.
 - Elevación de la rama púbica.
- LESIÓN DE INFERIORIDAD
 - Espasmo de los Aductores.
 - Descenso de la rama púbica.



PIRAMIDAL

El músculo piramidal, es un músculo muy a tener en cuenta, en el que el origen es la cara anterior del sacro, entre el primero y el cuarto agujero sacro anterior y el borde superior del agujero ciático mayor y superficie anterior del ligamento sacrociático mayor y su inserción va hacia el trocánter mayor del fémur. Presentando según la cartografía de Janet Travell y David Simons dos puntos gatillos:



Test de Extensibilidad:



LIBRO DE REFERENCIA:

- François Ricard. Tratamiento osteopático de las algias lumbopélvicas - Panamericana , 3ª edición.2005