



DISFUNCIÓN PRIMARIA Y SECUNDARIA

DISFUNCIÓN PRIMARIA

La articulación ha exagerado uno de sus movimientos: esta exageración provocará una reacción muscular que repercutirá sobre la rodilla, el pie o la sacro-iliaca.

DISFUNCIÓN SECUNDARIA

Podrá tener como origen:

- Una torsión iliaca.
- Una DISFUNCIÓN de rodilla.
- Una DISFUNCIÓN a nivel del pie.

LESIONES PERIARTICULARES

1. Capsulitis:

Resulta de una DISFUNCIÓN primaria del acetábulo.

2. Miositis de los aductores:

Es frecuente, esta situada del lado de la pierna corta: El estiramiento de los aductores desencadena los dolores.

3. Miositis de la fascia lata:

Esta situada del lado de la pierna larga.

4. Miositis de los rotadores de cadera:

Frecuente, existe una disminución de la rotación interna que es dolorosa.



LESIONES ARTICULARES

Serán sobre todo las rotaciones lo que interesará. El lado lesionado estará indicado por los dolores.

REPERCUSIONES DE LAS LESIONES DEL ILIACO SOBRE LA CADERA

Se conocen dos lesiones importantes del iliaco:

- Rotación anterior
- Rotación posterior

Cada vez que hay una disfunción del iliaco, en relación con los músculos iliofemorales, se produce una adaptación en rotación interna o externa de cadera según vaya en rotación el iliaco.

En caso de disfunción del iliaco anterior, se encontrará una puesta en tensión pasiva de las fibras anteriores del glúteo medio y menor, por lo que se encuentra una adaptación en rotación interna de cadera. En este caso no será necesario manipular la cadera, manipulando el iliaco anterior es suficiente para corregir la lesión de adaptación en rotación de la pierna y la cadera.

Cuando se efectúa un tratamiento del iliaco, no bastará con manipularlo, sino que además habrá que trabajar los músculos de la cadera, en este caso sobre las fibras posteriores del glúteo menor y medio.

También en un espasmo reflejo del piramidal pone en situación de rotación externa a la cadera. En este caso el hecho de manipular el iliaco posterior, es suficiente para liberar la cadera, y si no lo fuera, se trabajan los músculos estirándolos, pero es necesario en principio, manipular y hacer thrust sobre el ilíaco.

LAS DISFUNCIONES SOMÁTICAS DE LA CADERA

DISFUNCIÓN DE COMPRESIÓN DE LA ILIOFEMORAL

Es la disfunción más frecuente, está asociada a todas las lesiones iliofemorales, y favorecida por varios factores:

- Presión intraarticular.
- Posición de pie.
- Los ligamentos y los músculos.

El espasmo de los músculos pelvitrocantéreos desempeñan una función primordial en la génesis de esta patología por su acción coaptadora:

- Piramidal
- Obturador externo
- Glúteos menor y medio.

Conclusión: La posición de flexión relaja los ligamentos anteriores y será utilizada en la mayoría de las técnicas con thrust, con el fin de decoaptar la articulación.

Cuando hay un problema mecánico de cadera, existen espasmos musculares y cuando estos músculos se acortan producen un aumento de presión y compresión a nivel de la articulación, es decir, que el espasmo mantenido de estos músculos de la cadera, son un factor que favorece la coxartrosis por lo que está casi siempre asociado a las lesiones de rotación anterior y posterior de trocánter mayor, o sea, de rotación externa o interna de cadera.

Para esta disfunción se pueden utilizar técnicas para los músculos y también de decoaptación para la cadera a saber:

- Técnicas de tracción, según el eje largo del fémur, traccionando

desde el pie.

- Técnicas de tracción, según el eje corto del fémur, se pretende también estirar el glúteo medio.

Los ligamentos de la articulación son potentes. La posición que disminuye la presión intraarticular de la cadera, es la flexión; relaja los ligamentos anteriores de cadera, por ello cuando se tiene que efectuar un thrust sobre la cadera, se hará con una flexión superior a 90 grados, para relajar los ligamentos anteriores y estirar los posteriores.

Cuando se utilizan técnicas con extensión o posición neutra de cadera, o muy poca flexión no son técnicas con thrust, son técnicas de articulación de músculo energía.

Los músculos que facilitan más la compresión, son el piramidal, el obturador externo, el glúteo menor y medio; por lo que serán estos músculos los que se tendrán que relajar en caso de coxartrosis.

DISFUNCIÓN EN ROTACIÓN EXTERNA DE LA ARTICULACIÓN ILIOFEMORAL O DISFUNCIÓN EN POSTERIORIDAD DEL TROCÁNTER MAYOR

Es la disfunción más frecuente de la cadera, se llama así porque cuando se palpa de manera estática, el trocánter mayor del lado de la rotación externa aparece más posterior que el del lado sano.

ETIOLOGÍA

- DISFUNCIÓN de compresión de la articulación coxofemoral, con los espasmos musculares responsables.
- DISFUNCIÓN de ílion posterior.
- DISFUNCIÓN de las vértebras desde L2 a S2, lo que modifica el tono de los músculos.

MECANISMO LESIONAL

- Existe una rotación externa de cadera fijada por espasmos de los siguientes músculos: Piramidal, el más importante, luego el psoas, cuadrado crural, pectíneo y los haces superiores del aductor mayor, además del resto de músculos rotadores externo.
- Existe asociada una DISFUNCIÓN de compresión.

SÍNTOMAS

- A la palpación, hay dolor en la parte posterior del trocánter mayor, el que parece más posterior que el contralateral.
- Durante la marcha, se observa rotación externa de cadera, que persiste en posición de decúbito supino.
- Los músculos responsables de la rotación externa de la cabeza del fémur, pueden presentar puntos triggers.
- Todo esto va a estar asociado a dolores referidos, que pueden simular una ciatalgia, con dolor en la nalga.
- El paciente refiere cruralgia, e inicialmente la llave para tratarlas será desde D12 a L3, luego se tratará a nivel del nervio, tratando la cadera, lo que disminuye la irritación.
- Puede existir tendinitis de aductores e incluso una pubalgia.

TEST DE MOVILIDAD

- Se realiza en decúbito supino y con el miembro inferior a evaluar en flexión de cadera y rodilla a 90 grados, en esta posición se puede realizar rotación interna o externa sobre la cadera.
- Recordar que cada vez que se estudia en forma comparativa; y se aconseja comenzar con el miembro supuestamente sano para luego compararlo con la movilidad del lado afecto.
- En caso de posterioridad de la articulación iliofemoral, se encontrará una mayor movilidad en rotación externa, por lo tanto, la restricción

será en rotación interna de cadera.

- Cuando a la palpación estática, se encuentra un trocánter mayor doloroso y asociado a una restricción de la rotación interna, es indicativo para realizar una manipulación de la coxofemoral.



DISFUNCIÓN EN ROTACIÓN INTERNA DE LA ARTICULACIÓN ILEOFEMORAL O DISFUNCIÓN DE ANTERIORIDAD DEL TROCÁNTER MAYOR

ETIOLOGÍA

- DISFUNCIÓN de compresión de la articulación coxofemoral.
- DISFUNCIÓN de rotación anterior del íleon.
- DISFUNCIÓN vertebral L4-L5-S1 (inervación de los músculos que fijan la disfunción)

Hay que aclarar que las lesiones osteopáticas de la coxofemoral, no son lesiones articulares, sino lesiones de tejidos blandos; una lesión de cadera, es un problema muscular por lo que el tratamiento de fisioterapia estará muy indicado y será indispensable en la coxartrosis.

Pero cuando se trata una periartritis coxofemoral, es inútil hacer

fisioterapia, porque el tratamiento es más rápido en osteopatía. Sin embargo en la cadera, el tratamiento osteópatico solo no es suficiente y habrá que combinarlo con fisioterapia de acuerdo a las necesidades.

MECANISMO LESIONAL

La cabeza del fémur está en rotación interna; los músculos que fijan la disfunción son: el glúteo menor (el mayor responsable), y el haz anterior del glúteo medio.

Es mucho más fácil tratar una disfunción de anterioridad del trocánter mayor, porque tan sólo hay dos músculos a tratar.

SÍNTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS

- Esta disfunción está asociada a una lesión de compresión de la iliofemoral.
- Dolor en la cara anterior de la cadera.
- La palpación del trocánter mayor, es dolorosa, tanto de pie como en decúbito prono, y el lado doloroso aparece más anterior que del lado sano.
- Durante la marcha y estando en decúbito supino, comparando con el lado sano, el miembro inferior del lado lesionado, está en rotación interna.
- El tensor de la fascia lata fija la lesión de rotación Interna.

NOTA: Los procesos de ciática, se encuentran sobre todo en lesiones de rotación externa de la coxofemoral. Los procesos de cruralgia, se encuentran sobre todo en lesiones de rotación interna.

PATOLOGÍAS ASOCIADAS QUE SE PUEDEN ENCONTRAR.

1. Tendinitis de los aductores.
2. Cruralgias.
3. Dolor referido ciatalgico de tipo L5.



4. Frecuentemente, a nivel visceral se encuentran problemas vesicales, mientras que en las lesiones de rotación externa, se encuentran más problemas de tipo ginecológico.
5. La coxartrosis afecta más a la mujer menopáusica.

LIBRO DE REFERENCIA

- ✓ François Ricard, Jean-Luc Sallé. Tratado de osteopatía - Medos, 4a Edición 2014.