



PATOLOGÍA DE LOS MÚSCULOS DE LA CADERA.

TENDINITIS DEL GLÚTEO MENOR

Músculo	Origen	Inserción
GLÚTEO MENOR Glúteo superior (L4, L5, S1)	a) Cara externa del ilion entre las líneas semicirculares anterior e inferior. b) Borde de la escotadura ciática mayor.	a) Cara anterior del trocánter mayor del fémur. b) Prolongación a la cápsula de la articulación de la cadera.

Palpación:

Anatómicamente, el músculo más profundo es el glúteo menor, por encima del mismo pero más anterior se ubica el glúteo medio; por lo tanto para palpar el glúteo menor habrá que hacerlo más posteriormente.

Los puntos triggers del glúteo son mas superiores, que los del glúteo menor.

Dolor referido:

Es a lo largo de la pierna, situado 1º a nivel de la nalga, en la sacroilíaca, más abajo a nivel del glúteo mayor, cara postero-lateral de la pierna y pantorrilla pero nunca más abajo

También se observa que el dolor referido es más posterior para el glúteo menor que para el glúteo medio, que será más lateral.

Testing muscular:

Paciente en decúbito lateral. El terapeuta a la altura de la pelvis del paciente.



Con la mano craneal estabilizamos la pelvis. Con la mano caudal hacemos contacto sobre la cara lateral de la pierna.

Pedimos al paciente abducción de cadera, con posición neutra de flexo-extensión, y rotación neutra de la misma.

Diagnóstico diferencial con ciática:

Para diferenciarlo de un dolor ciático, se realiza la prueba de Lasègue, que en este caso será negativa; tampoco habrá dolor en los movimientos de tronco. Al presionar los puntos triggers el paciente podrá describir el trayecto doloroso.

Para este músculo, las lesiones de sacro son más importantes que las de L5. Se puede decir que una disfunción del glúteo medio está en L5 y para el glúteo menor en S1.

TENDINITIS GLÚTEO MEDIO

Músculo	Origen	Inserción
GLÚTEO MEDIO Glúteo superior (L4, L5, S1)	a) Cara externa del ilion, entre la cresta iliaca y la línea semicircular posterior por arriba, y la línea semicircular anterior por debajo. b) Aponeurosis glútea.	a) Cara externa del trocánter mayor

Dolor referido:

El territorio de dolor referido corresponde a la parte lateral de la pierna, hasta el pie, con un trayecto muy próximo al de la ciática L5. A veces se observan problemas de ciatalgias, que pueden ser debidos a un problema de músculo y no de disco, en cuyo caso es preciso tratar el músculo.

Para diferenciar un dolor discal de uno muscular, además de las pruebas específicas para saber si hay disfunción nerviosa, existen los puntos



triggers, que son dolorosos a la presión, puede provocar dolor a distancia, (Travell)

Testing muscular:

Paciente en decúbito lateral. El terapeuta a la altura de la pelvis del paciente.

Con la mano craneal estabilizamos la pelvis. Con la mano caudal hacemos contacto sobre la cara lateral de la pierna.

Para las porciones media y posterior, posición de partida con abducción cadera, ligera extensión y rotación externa. Para las fibras más anteriores posición de partida en neutro.

Causas:

- Una causa frecuente de hipotonía de este músculo es la llamada disfunción de compresión de la coxofemoral, que favorece la coxartrosis.
- Otra causa menos frecuente, pero ha tener en cuenta, es la relación existente entre los músculos, vértebras y vísceras.

La correspondencia para el glúteo medio, es la misma que para el útero, o sea, que las mujeres que tienen problemas de dismenorreas, pueden tener la inhibición de este músculo y también frecuentemente la del glúteo mayor.

Para entender la relación que existe entre el glúteo medio y el útero hay que remontarse a la organogénesis. En embriología se diferencian 3 capas embriológicas: ectodermo, endodermo y mesodermo:

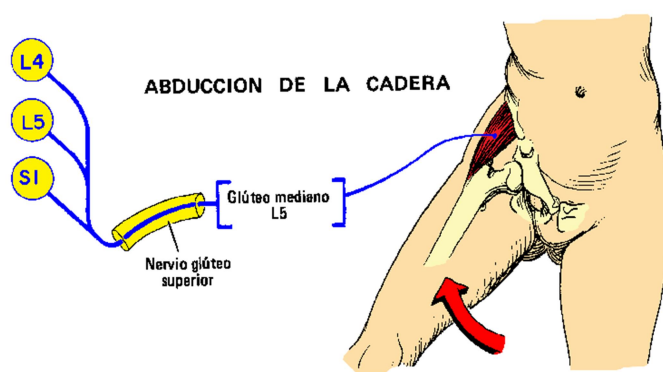
- Del ectodermo deriva el sistema nervioso.
- Del endodermo el sistema visceral.
- Del mesodermo el sistema locomotor (músculoesquelético).

Cuando el feto se desarrolla, estos diferentes pisos (que están envueltos en el desarrollo del feto), tienden a abrirse y a expansionarse, existiendo correspondencia también en el tiempo de maduración de cada piso. Cuando se mira al feto de base, los órganos no están en un sitio definitivo; a nivel de la columna vertebral, la inervación radicular se mantiene, mientras que otras estructuras se modifican completamente. Desde este punto de vista, el útero y el glúteo medio, se desarrollan al mismo tiempo, con un desarrollo que es similar a nivel de los nervios de la zona; Así es que la inervación sensitiva del útero L5-S1 es casi idéntica, por lo que se considera el sistema de metámera igual para ambos.

Prueba de Trendelenburg:

Para valorar la potencia del glúteo medio, se solicita al paciente que se mantenga en apoyo monopodal. El glúteo medio de la pierna apoyada eleva la pelvis del otro lado normalmente. Si se mantiene el mismo nivel o por debajo, manifiesta un déficit.

TENDINITIS DE LOS ABDUCTORES



El proceso es diferente, puede ser una tendinitis del tipo de las tendinobursitis, o un problema de dolor isquémico muscular (es el más



frecuente y responde muy bien al tratamiento osteópatico en 3 ó 4 sesiones)

Cuando existe una tendinobursitis, el tratamiento es muy similar.

Si existe un higroma (inflamación por acumulación de agua en cualquier lugar del músculo) en este caso se hacen vendajes con alcohol durante 3 ó 4 días, pues la acción antiinflamatoria del alcohol es suficiente. No se trata en osteopatía.

Diagnóstico:

Dolor durante el estiramiento en el sentido de la aducción. En posición de aducción, la contracción isométrica en abducción aumenta el dolor en la pelvis.

Tanto en caso de isquemia como en la tendinobursitis, el diagnóstico se hace de la misma forma y para diferenciarlo:

- En la bursitis (inflamación de la bolsa serosa del músculo), el dolor aumenta con el calor, y en la isquemia duele menos.
- El frío en caso de isquemia provoca más dolor en la bursitis.

Signo de Trendelenburg

Al caminar cae la pelvis del paciente del lado contrario al glúteo medio débil, lo que traduce una debilidad del glúteo medio, que se encuentra también en la coxartrosis.

En la bursitis, el dolor está cerca de la cadera, en la inserción muscular, y en la isquemia el dolor es más alto.

En caso de isquemia hay espasmo muscular, lo que debe hacer pensar en la inervación, es decir L5, S1 y al sacro. En caso de la bursitis, los abductores están más hipotónicos que hipertónicos. Tanto la hipotonía como la hipertonía son posibles, pero es más frecuente la hipotonía. En caso de bursitis, también se debe verificar la inervación (L5-S1).

Se deben considerar las inserciones musculares y en la isquemia se verá un iliaco "in flare o en rotación interna" y en la bursitis una fijación sacroilíaca homolateral y una hipermovilidad del pubis y en consecuencia de la cadera.

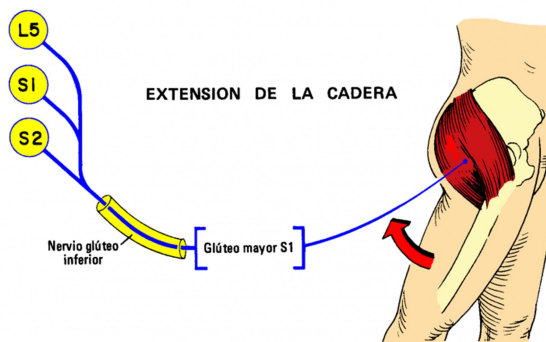
En ambos casos se debe supervisar D12-L1 y tratarlas si fuera necesario.

Para luchar contra la isquemia se realizan estiramientos, spray and stretch y se trabajan los antagonicos, es decir, los aductores. También habrá que trabajar el psoas, ya que al haber una isquemia en un lado, toda la pelvis se va hacia el otro lado. En caso de bursitis se encontrará una hipertonía de los antagonistas.

Es más difícil tratar la bursitis que la isquemia. En la bursitis también se puede utilizar el frío, y se necesita 5 ó 6 tratamientos para mejorarlas.

TENDINITIS DEL GLÚTEO MAYOR

Músculo	Origen	Inserción
GLÚTEO MAYOR N. ciático menor (L5, S1, 2)	a) Entre la línea semicircular posterior y el labio externo de la cresta iliaca por encima y detrás de ella. b) Cara posterior de la parte inferior del sacro y lados del cóccix. c) Superficie posterior del ligamento sacrociático mayor y la aponeurosis del sacrolumbar.	a) Banda iliotibial de la fascia lata sobre el trocánter mayor. b) Cresta del glúteo mayor.



Es un músculo que no perturba mucho la cadera. "El músculo que más perturba la cadera es el iliaco".

Cuando se observa un paciente con una coxartrosis, que presenta flexión de rodilla, esta flexión proviene de una retracción o una contractura del iliaco y no del psoas. El problema es que este músculo es mucho más profundo, y no se puede llegar a él.

Cuando este músculo (el iliaco) está acortado o espasmado, es decir, casi siempre que exista un problema de cadera, su antagonista está inhibido y en este caso es el glúteo mayor.

La correspondencia de inervación para el glúteo mayor está en L5-S1-S2.

En todos estos problemas de tendinitis de la pelvis, el desequilibrio podal es la clave del problema.

Dolor referido:

El más común es a lo largo de la cresta iliaca, también a nivel de las inserciones sobre el sacro y más raramente en el cuerpo carnoso (en este caso el músculo será muy doloroso al pellizco o palpado rodado, no hay un nivel importante de dolor a nivel del músculo)



Testing:

La posición para el testing, será en decúbito prono con flexión de rodilla. Se pide una extensión de cadera y debería haber la misma potencia en ambos lados, de no ser así, es que existe una disfunción. Esto es muy frecuente en caso de lumbalgia y lumbago.

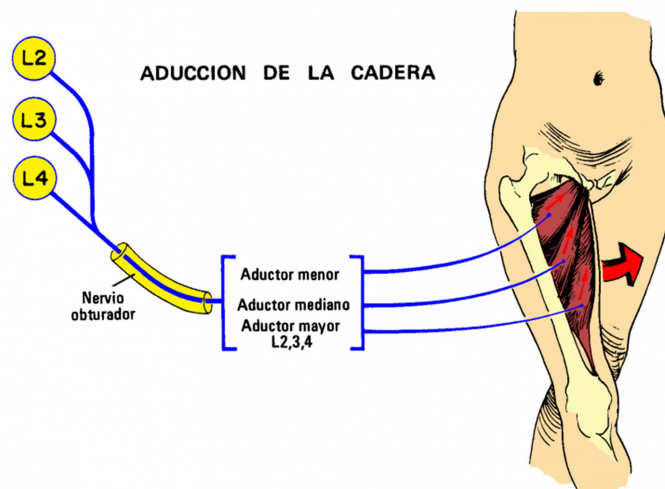
La correspondencia a nivel de las vísceras, para este músculo es también el útero. Por lo tanto, con frecuencia en las mujeres con problemas de útero (dismenorreas), se observa también debilidad del glúteo mayor y una hipermovilidad L5-S1 muy frecuente y generalmente con síndrome de las carillas articulares posteriores.

Al tener la inhibición del glúteo mayor, para realizar una extensión de cadera se utilizan más los isquiotibiales que los glúteos mayores, por lo que esto aumenta la movilidad a nivel de L5-S1.

TENDINITIS DE LOS ADUCTORES

Músculo	Origen	Inserción
ADUCTOR MENOR N. obturador (división anterior L3, 4) ADUCTOR MEDIO N. obturador (división anterior L3, 4)	a) Cara anterior del pubis en el ángulo de unión de la cresta con la sínfisis. a) Superficie externa y parte superior de la rama horizontal del pubis.	a) Las dos cuartas partes medias del labio interno de la línea áspera. b) Los dos tercios distales de la línea que une el trocánter menor con la línea áspera, y en la parte superior de la línea áspera.

Músculo	Origen	Inserción
ADUCTOR MAYOR N. obturador (división posterior L3, 4). Rama del ciático (poplíteo externo L3, 4).	a) Borde externo de la cara inferior de la tuberosidad isquiática. b) Porción isquiática de la rama isquio- pubiana. c) Cara interior de la porción púbica de la rama isquiopubiana.	a) Amplia aponeurosis. b) Tendón en el tubérculo del aductor en el cóndilo interno del fémur.



Territorio del dolor referido de los aductores.

Para el recto interno, se encuentra dolor en la parte media de la cara interna del muslo y puntos triggers a ese nivel, pero el paciente no siente dolor en las inserciones musculares, le duele más abajo, es decir, al palpar el pubis no hay dolor. El territorio de dolor referido está en el mismo músculo.

El aductor más superficial (de delante hacia atrás), es el pectíneo, luego el aductor menor, medio y el mayor que es el más profundo, y a esto se debe



que existan problemas cuando hay una retracción de los isquiotibiales, ya que su inserción está muy cerca del aductor mayor, el cual también se retrae.

Para el aductor medio se debe palpar en la parte interna, pero un poco más hacia delante que para el recto interno. El dolor referido es en la parte exterior de la cadera y en la parte antero-interna de la rodilla, en la zona inferior del músculo.

Para encontrar los puntos triggers del aductor mayor (que se inserta al lado de los isquiotibiales), se debe palpar en la parte interna y posterior del muslo, más hacia atrás. Entre esta zona y el recto interno se palpa el aductor medio; un poco más hacia delante el aductor menor; y más superficialmente, a nivel del pubis, el pectíneo. Es muy importante el reconocimiento palpatorio muscular.

La tendinitis de los aductores, es del tipo de la tendinobursitis, más que de una tendinitis real.

También puede haber problemas de isquemia muscular de los aductores.

Se puede decir que hay varios grados en la tendinitis de los aductores. El grado que más problemas produce, es cuando hay fibras desgarradas a nivel del tendón. Es muy difícil de tratar y necesita de inmovilización y taping, y a veces sólo se resuelve quirúrgicamente. Cuando existe arrancamiento del periostio, el tratamiento es siempre quirúrgico.

Signos clínicos:

El paciente siente dolor durante los movimientos de aducción, principalmente al estirar los aductores y durante la contracción isométrica de los mismos.

Hay una relación importante entre los aductores y la retracción de los isquiotibiales. No es posible tratar una tendinitis de los aductores, sin tratar al



mismo tiempo la retracción de los isquiotibiales del mismo lado.

La llave de los problemas de aductores esta en la pelvis, el pubis e isquiotibiales.

Diagnostico diferencial:

Habrà que descartar una pubalgia, es decir, un reumatismo inflamatorio del pubis, que es muy fácil realizarlo por Rx. También se debe eliminar una neuropatía de los nervios sensitivos que emergen de L1, L2 o un problema de desgarró muscular, sobre todo en deportistas.

Para hacer el diagnóstico se utilizan dos tests manuales:

- Dolor durante el estiramiento en abducción.
- Se confirma al hacer una contracción isométrica del músculo, durante el estiramiento, es decir en abducción.

Tratamiento:

- Tratar la pelvis, pues siempre existe una lesión de sacroilíacas de un lado o del otro. En el pubis puede existir una hipermovilidad con relación a una fijación de la sacroilíaca, o por el contrario una restricción con un cizallamiento de la sínfisis púbica.
- Estudiar la inervación de los músculos, es decir, los músculos inervados por L2-L3.

Cuando existe un deslizamiento del pubis, hay una razón importante a nivel neurológico, que es D12-L1, porque hay reciprocidad entre el tono de los aductores y del recto mayor del abdomen. Cuando el tono de los abdominales no es correcto, se produce inmediatamente la inhibición de los aductores y cuando existe inhibición o hipotonía de los abdominales, los aductores aumentan el tono inmediatamente. Esto está en relación con una fijación de D12, L1, L2, L3, por lo que antes de tratar la pelvis, se deberá solucionar este problema, es decir, manipular D12-L1, verificar L2, L3 y después estudiar la



movilidad de la pelvis y tratar la disfunción que se encuentre.

Una vez que se hayan liberado estos problemas, se puede trabajar sobre el músculo con frío, taping, estiramientos (no se utilizan si son dolorosos).

Cuando existe una tendinitis, es porque el tono del músculo se ha modificado, y existe falta de movilidad de las articulaciones en las inserciones del músculo. Se trata con manipulaciones, pero después se pueden encontrar dos casos posibles de tendinitis:

Espasmo muscular, en cuyo caso se deberá estirar el músculo para disminuir su tono. Primero actuando para evitar el reflejo miotático (puntos gatillos) y luego a través del órgano de Golgi (stretching).

- La tendinitis está producida porque el músculo se estira demasiado, y en este caso se los debe inhibir con los antagonistas al elevar el tono de los abductores con técnicas de contracciones isotónicas.
- Ejemplo: paciente con tendinitis de los aductores.
 - Al palpar, el músculo está bien; al palpar el pubis hay dolor por lo que se estudiará su movilidad, la que se encontrará normal o algo aumentada, lo que determina una hipermovilidad del pubis, que producirá una disminución del tono de los músculos. En este caso se debe aumentar el tono muscular intentando:
 - Inhibir la hipermovilidad, liberando las fijaciones que haya en la pelvis.
 - Manipular el nivel de inervación del músculo.
 - Utilizar técnicas isotónicas.
 - Inhibir los antagonistas (abductores y recto mayor del abdomen) Si existe un problema de los aductores, se puede encontrar hipertonía o hipotonía de los abductores o del recto anterior del abdomen.
 - Para tratar este problema se debe ver:



- D12, L1, para disminuir el exceso de tono del recto mayor y de los abdominales.
- La hipermovilidad del pubis, sacroilíacas o una fijación coxofemoral, en cuyo caso se manipulará la cadera.
- Para la tendinitis se debe verificar L2, L3 y manipularlas si es necesario, para poder trabajar después sobre los aductores.
- Esto se hace sistemáticamente.
- En el caso de encontrar una **hipotonía de aductores**, con un cizallamiento en el pubis (la rama más baja se encuentra del lado del espasmo), puesto que el músculo tira del pubis, se observa:
 - Hipermovilidad de la sacroilíaca homolateral.
 - Fijación posterior de la sacroilíaca contralateral, es decir, ílion posterior.
 - Hipotonía de los abdominales. Para tratarlos se manipula D11, D12, L1, para aumentar el tono, y ejercicios abdominales (contraindicado contracciones isotónicas).
 - Se debe verificar la inervación de los músculos aductores, es decir, L2, L3. Después, realizar stretching y tratar los isquiotibiales del mismo lado.

Diagnóstico de una tendinitis de aductores:

Se efectúa en 4 tiempos:

1er. Tiempo:

El paciente se queja de dolor en la ingle y el pubis. Se debe diferenciar si hay una pubalgia o una tendinitis de los aductores, y para ello se palpa el pubis y los aductores. Si duele en el pubis, es una pubalgia; y si duele el pubis y los aductores, es una tendinitis.



La frecuencia de la tendinitis a este nivel es:

1. Recto interno.
2. Abductor mayor.
3. Pectíneo.

2do. Tiempo:

Duele durante el estiramiento y el paciente señala la zona dolorosa, en la inserción, en el músculo.

Se confirma si aumenta el dolor al pedir al paciente una contracción isométrica en el sentido de la aducción. Después se investiga el tono de los diferentes músculos.

Para los aductores se realiza un test global, que consiste en pedir al paciente que junte las piernas y sostenga mientras se le ofrece resistencia. Si no siente dolor pero no puede sostener, en comparación al otro lado, es que hay una hipotonía. Si le duele a pesar de que sostiene bien: hipertonía.

3er. Tiempo:

Se realiza el examen de la mecánica de las dorsales, lumbares y pelvis.

4to. Tiempo:

Se inicia el tratamiento.

Cuando existe una tendinitis de los aductores con otra de la parte interna de rodilla, se debe hacer el tratamiento de los aductores, de la rodilla y del pie. Se debe equilibrar el problema de tono entre el cuádriceps y los aductores, pues se puede encontrar una hipertonía del recto anterior del cuádriceps con una hipotonía de los isquiotibiales o viceversa.

Se puede utilizar frío, acupuntura, etc.



OBTURADOR EXTERNO

Dentro de los pelvitrocantereos tenemos a los obturadores externo e interno, a los géminos (superior e inferior), al piramidal y al cuadrado crural. Son todos rotadores externos de cadera.

Va desde las ramas del pubis e isquion y superficie externa de la membrana obturatriz, hasta el trocánter mayor (fosa trocantérea). Está innervado por el n. Obturador, L3-4.

OBTURADOR INTERNO

Músculo	Origen	Inserción
OBTURADOR INTERNO N. del obturador interno (L5, S1, 2).	a) Superficie interna superior y ramas inferiores del pubis. b) Rama del isquion. c) Cara interna porción superior del agujero sacrociático mayor y parte inferior e interna del agujero obturador.	a) A través de la escotadura ciática menor, a la porción anterior y superficie media del trocánter mayor, cerca de la fosa trocantérica.

Dolor referido

Los puntos gatillo provocan dolores referidos a nivel del coxis y en el tercio posterior del muslo.

Se deben tratar las anterioridades o posterioridades de la articulación coxofemoral.



SÍNDROME DEL PIRAMIDAL

Músculo	Origen	Inserción
PIRAMIDAL DE LA PELVIS Nervio del piramidal (S1,2)	a) Cara anterior del sacro, entre el primero y el cuarto agujeros sacros Anteriores. b) Borde superior del agujero ciático mayor y superficie anterior del ligamento sacrociático mayor	a) Cara anterior del sacro, entre el primero y el cuarto agujeros sacros anteriores. b) Borde superior del agujero ciático mayor y superficie anterior del ligamento sacrociático mayor

Dolor referido:

Es parecido a una ciática, con la diferencia que nunca baja más allá del hueco poplíteo. Al presionar sobre el punto trigger puede producir el dolor referido.

Se ha visto ya la relación existente entre los sistemas esquelético y visceral, pero hay que tener en cuenta también al sistema cráneo-sacro con sus relaciones por medio de la duramadre, haciendo posible que alteraciones a nivel sacro, pueda traer perturbaciones a nivel del cráneo.

Existen tres músculos importantes en el cuerpo que pueden modificar este equilibrio, que son:

1. Diafragma
2. Psoas.
3. Piramidal.

Los dos últimos pueden modificar mucho el equilibrio pélvico.

Alguien que tenga un espasmo bilateral de los piramidales, presentará una fijación bilateral del sacro, que repercutirá a nivel craneal, pudiendo



producir migrañas, vértigos, alteración de la audición, de la vista, etc.

Etiología a nivel de piramidal:

- Son lesiones de la articulación sacroilíaca
- Lesiones de L5-S1
- Lesiones de útero
- Problemas de cóccix, (a veces hay que tratar el cóccix, para relajar los músculos piramidales).

TENSOR FASCIA LATA

Músculo	Origen	Inserción
TENSOR DE LA FASCIA LATA N. glúteo superior (L4, 5, S1).	a) Porción anterior del labio de la externo cresta ilíaca. b) Superficie externa de la iliaca espina antero-superior. c) Superficie profunda de la lata fascia.	a) Entre dos capas de la banda ilio- tibial en la unión de los tercios medios y proximal iliotibial (la banda se inserta en la tuberosidad externa de la tibia).

Dolores referidos.

Los puntos gatillo se encuentra en el vientre muscular, cerca de la inserción craneal, y da dolores referidos a la región antero-lateral del muslo, trocánter mayor y algunas veces en la rodilla.

Testing muscular.

Con el paciente en supino, mano craneal fija la pelvis, mano caudal coma contacto con la extremidad externa del tobillo. Se le pide al paciente una abducción contra-resistencia con ligera flexión y rotación interna de cadera y rodilla en extensión.

Test de Ober.

Esta prueba se utiliza para valorar la tensión en el tensor de la fascia lata y en la banda iliotibial.

Posición del paciente: En decúbito lateral sobre el lado que no se valora.

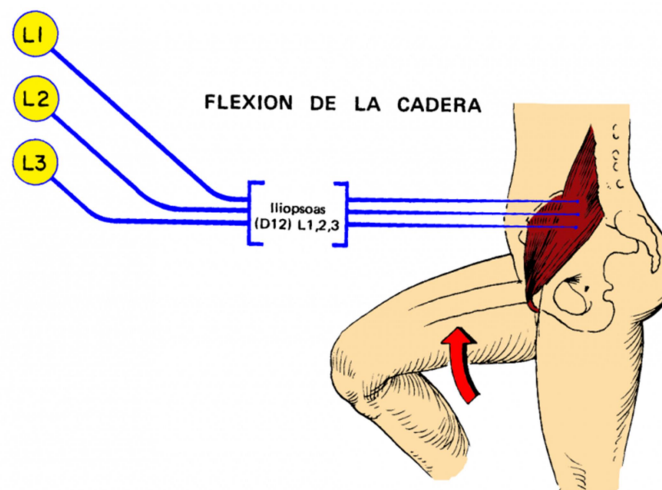
Posición del terapeuta: De pie en el lado a valorar mientras mantiene la pierna del paciente a valorar en flexión de rodilla de 90°.

Acción de la prueba: El terapeuta coloca la pierna en abducción y extensión para estirar la banda iliotibial y suelta la pierna.

Resultado positivo: La cadera permanece en abducción.

PSOAS ILIACO

Se hará en esta oportunidad una descripción del músculo iliaco ya que el psoas se ha visto ya anteriormente.



Anatomía:

El iliaco es un músculo muy importante, con mucha fuerza,



monoarticular y muy denso, colocado en la cara interna del hueso iliaco, lo que hace que no se pueda palpar.

Existe noción de reactividad entre el psoas y el iliaco, es decir, que cuando hay un psoas hipertónico, el iliaco estará inhibido. En un problema de cadera, se encontrará una inhibición del psoas, asociada a una hipertonía del iliaco.

Se debe tener en cuenta, que tratando el psoas se va a tener una acción refleja sobre el tono del iliaco: Si el iliaco está espasmado, el hecho de reforzar el tono del psoas va a disminuir el tono del iliaco, por lo que se usan técnicas de contracción isotónicas.

La explicación de cómo se puede reforzar el psoas sin reforzar el iliaco, está en que la posición que se utiliza es una flexión de cadera más allá de los 90 grados y rotación interna, por lo que el músculo iliaco ya está acortado y la posibilidad de reforzar su tono es menor.

Inervación:

La inervación de este músculo depende de L2-L3.

Relación visceral:

A nivel visceral, una causa mayor de disfunción del iliaco, son las lesiones a nivel de las vísceras, siendo la más importante la válvula ileocecal (punto donde el intestino delgado se conecta con el intestino grueso) A este nivel existe un esfínter de músculo liso (válvula ileocecal) que es una gran fuente de problemas, al igual que todos los problemas que conciernen a la vejiga, uréter, etc... son la misma metámera.

Testing:

Para testar el psoas-ilíaco se utilizan 2 posiciones:

- Pierna recta sin flexión de rodilla, con cadera a 30 grados y pierna



en rotación externa (esto es para el psoas).

- Para el iliaco, con rotación interna, porque a pesar de ser complementario del psoas, tiene un componente de rotación interna. Cabe destacar que la combinación psoas-iliaco es flexora y rotadora externa. Se puede hacer con el paciente sentado o acostado.

PROTOCOLO DE TRATAMIENTO.

En caso de coxartrosis, se utilizan técnicas de decoaptación, técnicas de tejidos blandos, estiramientos, músculo energía, spray, stretching sobre todos los músculos de la cadera.

Se corregirá también la disfunción de rotación interna o externa, y en las lesiones de la sacroilíaca homolateral o contralateral.

En caso de prótesis de cadera, no se hace el thrust, pero se tratan los tejidos blandos en algunos casos se realizan técnicas en camilla con drop.

SÍNDROME DE LA CADERA EN RESORTE.

El síndrome típico se produce debido al deslizamiento del tracto iliotibial sobre el trocánter mayor, mientras que la clase atípica se debe al deslizamiento del tendón del psoas mayor sobre la eminencia iliopectínea del pubis, en la región proximal, o sobre una prominencia ósea en el trocánter menor, en la región distal.

BURSITIS Y TENDINITIS.

Los tendones y bolsas serosas que rodean la articulación coxofemoral son numerosas, y su afección ocasiona dolor de cadera. Como están adyacentes a las estructuras articulares, muchas veces se ven afectadas en las enfermedades inflamatorias de la cadera, como la poliartritis reumatoidea. Sin embargo las más frecuentes son las inducidas por traumatismos o microtraumatismos reiterados.

La bursitis y tendinitis trocantérea es más frecuente en deportistas y mujeres posmenopáusicas y obesas, y ocasiona dolor en la región externa de la cadera, y sobre todo a la palpación sobre el trocánter.

La bursitis iliopectinia ocasiona dolor en la región interna de la cadera, que aumenta en la extensión. El dolor a la compresión del triángulo de Scarpa es muy sugestivo de esta afección.

La bursitis isquioglútea es más frecuente en personas que están mucho tiempo sentadas. Se manifiesta con dolor en la nalga que aumenta al permanecer sentado y se irradia por cara posterior del muslo. Se provoca dolor en la hiperextensión de cadera o a la flexión máxima.

La tendinitis de los aductores se presenta sobre todo en deportistas, se manifiesta con dolor en la región interna de la ingle irradiado por la cara interna del muslo. Duele la presión sobre la zona de la inserción, la abducción pasiva y la aducción activa

TENDINITIS DE LA INSERCIÓN DE LOS ISQUIOTIBIALES

Es muy frecuente en los deportistas y traduce una inflamación de la inserción del músculo a nivel del isquion, al paciente le duele al andar, al estar sentado y al correr. Existe asociada una retracción de los aductores.

Diagnóstico:

Se hace por tres signos:

- Dolor en el isquion a la palpación.
- Dolor durante el estiramiento del músculo (poniendo la pierna en flexión de cadera)
- Dolor al hacer una contracción isométrica en el sentido de la extensión de cadera



Tratamiento:

Existe un espasmo de los isquiotibiales y en consecuencia, habrá que controlar el iliaco (L5, S1 y sacro) ya que su posición va a influir sobre la tensión de los isquiotibiales, y su inervación. También habrá que verificar D12-L1 (por abdominales). Se puede encontrar una hipotonía del recto anterior, en cuyo caso se tratará.

Estos músculos pueden tener tendinitis en caso de hiper o hipotonía, por lo que se puede encontrar:

- Unas fibras del músculo o del tendón desgarradas y en consecuencia un espasmo muscular para proteger estas fibras.
- Un músculo hipotónico, con la articulación hipermóvil, y como la articulación se mueve más de lo que permite su normalidad fisiológica, hace que los tendones mantengan su extensibilidad en relación con las fibras musculares y con la aponeurosis, es decir, una vez que el músculo se ha estirado al máximo, la aponeurosis (tejido conectivo) es quien tracciona en una hipotonía.

Spray and stretch para los aductores de cadera, así como para los isquiotibiales.

LIBROS DE REFERENCIA

- ✓ François Ricard, Jean-Luc Sallé. Tratado de osteopatía - Medos, 4ª Edición 2014.
- ✓ François Ricard. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernia discal. Editorial Medos. 2ª Edición. 2013