

CASO CLÍNICO

Tratamiento postural mediante reequilibrio de cadenas miofasciales

Antonio Quiles-Mateo

Fisioterapeuta Centro Massalia, Cartagena, Región de Murcia, España.

Fecha recepción: 28.04.2020

Fecha aceptación: 21.05.2020

RESUMEN

Introducción. La reeducación postural global es un método de diagnóstico y terapia indicado en patologías anatómicas y fisiológicas caracterizado por un estudio multifactorial de las patologías crónicas a través de la valoración sintomato-lógica de cada persona a través de un enfoque global.

Descripción del caso. Varón con dolor sacroiliaco relacionado con la actividad deportiva de la carrera que presenta tensión en la musculatura isquiosural. Se realiza un examen clínico basado en la anamnesis y la aplicación de la Escala Analógica Visual, el test de Fukuda, el test de Cyon, el test de Romberg y el test de Bassani.

Resultados. Diagnóstico de predominio posteromedial que tras el tratamiento miofascial disminuye el dolor de 6/10 a 0/10.

Conclusión. La reeducación postural global modificó la biomecánica del sujeto disminuyendo el dolor tras una semana del tratamiento.

Palabras clave: Fisioterapia, fascia, terapéutica.

ABSTRACT

Introduction. Global postural reeducation is a diagnostic and therapeutic method indicated in anatomical and physiological pathologies characterized by a multifactorial study of chronic pathologies through the symptomatic assessment of each person through a global approach.

Description of the case. Male with sacroiliac pain related to running sports activity presenting tension in the hamstring muscles. A clinical examination based on the anamnesis and the application of the Visual Analog Scale, the Fukuda test, the Cyon test, the Romberg test and the Bassani test are performed.

Results. Diagnosis of posteromedial predominance that after myofascial treatment reduces pain from 6/10 to 0/10.

Conclusion. Global postural reeducation modified the subject's biomechanics, reducing pain after one week of treatment.

Keywords: Physiotherapy, fascia, therapeutics.

INTRODUCCIÓN

La reeducación postural global es una técnica de terapia manual creada en 1981 por Philippe Souchard que se basa en el trabajo activo con ejercicios isométricos que buscan actuar sobre el sistema nervioso central mediante técnicas de activación-inhibición¹. El abordaje busca la activación de musculatura tónica y fásica para mejorar la amplitud articular mediante el tratamiento osteomuscular.²

Las cadenas miofasciales son conceptos anatómicos que hacen referencia al sistema conjuntivo que interrelaciona a todo el organismo implicando sistema nervioso, muscular, esquelético y visceral. Estas cadenas se extienden en todos los vectores del organismo y podemos encontrar la cadena anterior y posterior, de las que derivan otras con conceptos rotatorios en las articulaciones¹.

La reeducación postural global, se basa en la individualidad, la causalidad y la globalidad mediante el estudio global del individuo mediante el examen morfológico, el interrogatorio y las baterías que permiten obtener información concreta de procesos multifactoriales como el dolor crónico.³

El tratamiento se basa principalmente en la realización de posturas que ponen en tensión grupos musculares sinérgicos mediante la movilización de las enartrosis coxofemorales y glenohumerales con un control respiratorio óptimo mediante una secuencia progresiva establecida por el profesional con el objetivo principalmente de disminuir el dolor, la tensión muscular o mejorar la biomecánica³. Las contraindicaciones son neoplasias malignas, enfermedades cardiovasculares graves, traumatismos agudos o enfermedades mentales graves¹.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El caso es un varón de 56 años, funcionario y corredor, que acude a la clínica por problemas durante la práctica deportiva. Anteriormente ha sido sometido a tratamientos fisioterápicos convencionales con masoterapia y electroterapia pero debido a su afición al deporte, tiene recidivas en sus dolores de la región lumbar, centrado en su articulación sacroilíaca derecha que empeora con cambios de temperatura o con estancias en bipedestación prolongadas en el tiempo.

La exploración clínica se basa en la anamnesis, la palpación y la realización de test específicos de cadenas miofasciales. El examen muestra dolor al realizar flexión anterior del tronco en la región sacroilíaca y tensión muscular del compartimento posterior del muslo y pierna. Se ha utilizado la escala analógica visual (EVA) con una puntua-

ción de 6/10 cuando realiza actividades y 5/10 en el reposo nocturno.

El objetivo será disminuir el dolor manifestado durante la carrera.

Integración sistema nervioso central (SNC)

La valoración de la integración por parte del sistema nervioso muestra una correcta respuesta de protección del músculo así como un correcto desarrollo del reflejo nucal, ocular y podal. Además, presenta una sinergia homolateral integrada a diferencia de la contralateral que presenta una disfunción. Por tanto, se encuentra en un síndrome armónico.

El único parámetro que es afisiológico, lo encontramos al realizar el test de las sinergias contralateral. En su exploración, se identifica una alteración en la movilidad coxo-femoral con una interferencia tónica cuando se le pide un movimiento contralateral en miembros superiores. Se valora como algo estructural debido a que al realizar el test de las sacroilíacas en bipedestación se repite. Esto indica que tiene una alteración osteoarticular a nivel de la articulación sacroilíaca derecha, lo cual tiene relación con lo hallado en la anamnesis inicial determinando dicho punto como foco prioritario para el abordaje terapéutico.

Al realizar el estudio de la musculatura paravertebral, el tono es mayor en la región cervical, trapecio superior y T3-T12 en su lado derecho, regiones que, además, son molestas a la palpación. Por otro lado, en la región lumbar izquierda, tiene bastantes molestias a la digitopresión profunda. En miembros superiores e inferiores, el tono es mayor en el lado izquierdo pero no es molesto.

Batería de pruebas para la valoración miofascial

El test de Bassani, es un test utilizado para valorar la musculatura paravertebral, se realiza en bipedestación obteniendo una distribución del tono axial fisiológico, mayor en el lado izquierdo.

Durante la realización del test de Fukuda se produce una desviación del eje en rotación hacia la izquierda, es decir, se puede concluir que presenta un tono mayor en el miembro inferior derecho, lo que corresponde con la fisiología.

En relación a los miembros superiores, el test de Cyon muestra que el miembro superior derecho queda más elevado, lo que se transcribe en un mayor tono en dicho miembro superior, lo cual es compatible con la fisiología tónica de las extremidades.

En el test de Romberg postural se aprecia una tendencia a desplazar el centro de gravedad hacia su lado izquierdo mientras que la rotación la realiza hacia la derecha, es decir, hacia contralateral. Esto entra dentro de la fisiología debido a que el lado izquierdo es normotónico y proporciona una mayor propiocepción.

Exploración física

A nivel cervical, el sujeto explorado presenta un plano de Frankfurt inclinado hacia craneal y a nivel dorsal, hay una disminución de la curva cifótica, con un raquis en dorso plano puesto que el vértice de la cifosis está en T6, un punto anatómico inferior al fisiológico (T8) (Figuras 1, 2 y 3).

Además de lo anterior, posee un tono excesivo de isquiosurales los cuales son motivo de queja en él cuando hace deporte y, por otro lado, su nivel de actividad física, le hace ser una persona competitiva con un cierto control de mando sobre su vida y el entorno.

En la prueba dedos-suelo la puntuación es -4 centímetros y la triple flexión muestra un ángulo de 20° en la articulación tibiotarsiana.

Según la valoración mediante GDS, se aprecia una persona con un predominio de cadena posteromedial (PM) por lo que el tratamiento será una reeducación postural basada en la siguiente secuencia aunque tiene una ligera manifestación de su cadena anterolateral (AL) en el miembro superior derecho.

$$PM > PA > AL > PL > AM$$

Para llevar a cabo dicho tratamiento, empezamos con un abordaje de la cadena inspiratoria, realizando una modificación a nivel del patrón respiratorio y un tratamiento del diafragma. En este músculo, se realizan pases neuromusculares, pinzado rodado y oscilaciones en la fase espiratoria con el fin de disminuir el tono de los dígitos de inser-



ción del diafragma a nivel costal y propiciar una respiración diafragmática simétrica.

- **PA.** Para favorecer una activación de la musculatura que le permita una posición más erguida en la vertical, comenzamos realizando la postura de la rana en el suelo con un cierre coxofemoral. Con esto buscamos disminuir la tensión de toda la musculatura posterior de sus miembros inferiores y del eje axial de su raquis, la respiración la tiene restringida pero tras 20 minutos conseguimos una posición cómoda en la que no hay restricción a nivel respiratorio y la tensión, así como el dolor, son menores que anteriormente. Al ser la primera sesión, solo se trabaja en decúbito supino pero se espera poder progresar en el futuro a la posición de sedestación y de bipedestación en el proceso final de reeducación postural. Cuando está en sedestación, realizamos estimulaciones mediante golpeteos suaves y pinzado, así como fricciones rápidas, en su zona superior del cráneo con el fin de estimular, tanto de manera táctil como pidiendo de forma verbal, un enderezamiento del raquis.
- **AL/PL.** Le pedimos que, de manera activa, realice movimientos en las diagonales de D1 según Kabat en flexoextensión a un ritmo rápido con el fin de dotar de dinamismo a su movimiento. Esta técnica la realiza durante 5 minutos variando la velocidad en intervalos de 1 minuto más lento y 30 segundos más rápido. Al realizar el movimiento rápido, le aportamos un dinamismo con el cual es capaz de realizar abiertamente esos gestos, involucrando a la musculatura de ambas cadenas, anterior y posterior, que le permiten progresar en el reequilibrio.
- **AM.** Finalmente, se le solicita que realice un cierre coxofemoral completo, para ello le pido que haga el ejercicio de la V con flexión de cadera y acercando los pies a la cabeza con el fin de obtener un arqueado (convexidad posterior) que se traduce en una posición de cifosis completa. Le pido que realice 10 repeticiones, las cuales le ayudamos con una toma de contacto a nivel de tobillo y otra a nivel cervical. En posición supina, el sujeto coge aire mientras que lo va soltando hasta llegar a la posición de flexión máxima, la cual procuramos que cada vez sea más avanzada, es decir, con un ángulo de cierre mayor.

Tras realizar este tratamiento, se vuelve a valorar su postura y se puede ver principalmente una mejor alineación del raquis en su vertical pero con un traslado del centro de gravedad hacia posterior y una mejor posición del plano de Frankfort (Figura 4). Además, se repiten las pruebas anteriores de *stretching* global activo, obteniendo mejores puntuaciones en relación al rango de movimiento.

	Inicio	Final
Estatura	168	168
Distancia dedos suelo	0	+4 cm
Triple flexión	20°	20°



Respecto a los objetivos propuestos al principio, el rango de movimiento ha mejorado gracias a una ganancia en la elasticidad de los tejidos que le permiten un mayor rango de movimiento sin dolor y tras dejarle una semana para practicar deporte, notifica una disminución del dolor 0/10 en la escala EVA.

DISCUSIÓN

La reeducación postural global es una técnica que puede ser empleada en diversos ámbitos relacionados tanto con el dolor como en la mejora de pacientes cuya expresión puede no ser por percepciones nociceptivas sino por déficits biomecánicos que requieren un abordaje multifactorial (respiración, fascia y sistema nervioso) y no únicamente la terapia manual para el tratamiento sintomatológico³.

La evaluación que se realiza en este caso clínico permite diagnosticar el origen del dolor en el sistema osteomuscular tras la valoración apropiada a nivel biopsicosocial del individuo. Este estudio ha permitido mejorar la biomecánica del deportista mediante la inclusión de diferentes estructuras interrelacionadas como son la musculatura isquiosural que producía un dolor referido en la articulación sacroilíaca mediante su comportamiento en retroversión pélvica que favorece un estado hipertónico de esta musculatura⁴.

Posteriores estudios deberían ir encaminados a valorar esta técnica en muestras de mayor tamaño con perfiles de sujetos equivalentes así como la duración del efecto del tratamiento para valorar la capacidad de influenciar en el sistema nervioso central mediante el ejercicio activo propuesto por el tratamiento de cadenas miofasciales.

CONCLUSIONES

El reequilibrio de cadenas musculares disminuyó el dolor sacroiliaco mediante la disminución del tono en la musculatura posterior del muslo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Souchard P. Principios de la Reeducción Postural Global. En Badalona: Paidotribo; 2013. p. 9-47.
2. Ibañez Vera AJ, García Romero JC. Influencia de la Reeducción Postural Global en salto vertical en balomnanao femenino: estudio piloto. Dialnet. 2016; 45(1): 28-37.
3. Soares P, Cabral V, Mendes M, Vieira R, Avolio G, Gomes de Souza Vale R. Efectos de un Programa de Escuela de Postura y Reeducción Postural Global sobre rango de movimiento y niveles de dolor en pacientes con dolor lumbar crónico. Revista Andaluza de Medicina del Deporte. marzo de 2016; 9(1): 23-8.
4. García-Solano KB, Pérez-Parra JE, Román-Grajales JG, Palacios-Estrada SP. Programa de estiramientos con facilitación neuromuscular propioceptiva. Flexibilidad de isquiosurales en futbolistas. 2019 [citado 17 de abril de 2020]; 3(137). Disponible en: <https://www.raco.cat/index.php/ApuntsEFD/article/view/360011>

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



1500 HORAS
60 ECTS

+ Publicación Tesina
(Incluido en el precio)



750 HORAS
30 ECTS

Máster en enfermería quirúrgica, anestesia y terapia del dolor

Edición: 1ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 164 Preguntas tipo test, 8 Supuestos y Tesina de investigación



Experto internacional en instrumentación quirúrgica

Edición: 1ª. TÍTULO PROPIO.

Evaluación. 83 Preguntas tipo test, 4 Supuestos y Tesina de investigación




Nueva UNIVERSIDAD

Universidad Isabel I

MASTER DE 60ECTS/1500H
EXPERTOS DE 30ECTS/750H