

Técnica semidirecta de *thrust* con *kick* para lesión de iliaco anterior izquierdo

Juan Antonio Díaz Mancha, DO-MRO, FT y Cristina Ojedo Martín, FT

Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. España.

La disfunción del iliaco en rotación anterior puede ser secundaria a un desequilibrio postural, a un espasmo de la musculatura periarticular e incluso como causa de reflejos viscerosomáticos alterados. Las restricciones de movilidad en la cintura pélvica pueden tener un efecto profundo en la alteración de la funcionalidad estructural, visceral y craneal, alterándose a su vez el movimiento craneosacro. El objetivo principal de la técnica semidirecta de *thrust* con *kick* para la lesión del iliaco anterior es liberar la restricción articular del brazo mayor de la articulación sacroilíaca. Conociendo las pautas para llegar a un diagnóstico diferencial correcto mediante las pruebas osteopáticas de Gillet y Downing, y los principios de ejecución de la técnica se consigue la restauración del movimiento en rotación posterior del iliaco.

Palabras clave: Iliaco. Articulación sacroilíaca. Dolor lumbar. Manipulación osteopática.

Semidirect thrust kick technique in left anterior iliac dysfunction

Anterior iliac rotation dysfunction can be secondary to postural imbalance or to a spasm in the periarticular muscles and can even cause altered viscerosomatic reflexes. Restrictions in waist mobility can produce highly significant modifications in the patient's structural, visceral and cranial functions and, in turn, can alter craniosacral movement. The main objective of the semidirect thrust kick technique, when applied to an anterior iliac lesion, is to release articular restriction in the long arm of the sacroiliac joint. Knowledge of the patterns leading to a correct differential diagnosis, through the tests of Gillet and Downing, and of the principles for the application of the technique, allows posterior iliac rotation to be restored.

Key words: Iliac. Sacroiliac join. Low back pain. Manipulation. Osteopathic.

INTRODUCCIÓN

La pelvis desempeña un papel central en el acoplamiento de las fuerzas mecánicas de las extremidades inferiores con la columna vertebral, ya que es la base del soporte y de la locomoción del cuerpo. Las alteraciones y las restricciones de la movilidad de la cintura pelviana pueden tener un efecto profundo en la funcionalidad vertebral del diafragma toracoabdominal y del diafragma urogenital. Las alteraciones pélvicas también pueden influir en el mecanismo craneosacro, y a la inversa^{1,2}.

La cintura pélvica consta de tres huesos y tres articulaciones. El sacro está formado por la fusión de las vértebras sacras, y cada hueso coxal está formado por la fusión de ilion, isquion y pubis. Ambos coxales se articulan entre sí anteriormente por medio de la sínfisis púbica y cada uno de ellos se articula por arriba con el sacro y por abajo con el fémur, a nivel de la articulación de la cadera³.

Las articulaciones que mantienen el anillo pélvico son la sínfisis púbica y las dos articulaciones sacroilíacas. Las articulaciones sacroilíacas son auténticas artrotrias que están

Correspondencia:
J.A. Díaz Mancha.
Avicena, s/n. 41009 Sevilla.
España.
Correo electrónico: jdm@us.es

Recibido el 19 de abril
de 2009.
Aceptado el 6 de julio de 2009.

orientadas hacia delante, abajo y afuera. Tienen forma de bumerán abierto a 120° y presentan una rama vertical o brazo menor auricular, y una rama horizontal o brazo mayor auricular. El contorno de la articulación suele presentar una depresión en el lado sacro, aproximadamente a nivel de S2, y una prominencia a la misma altura en el lado ilíaco⁴.

Con el paso de los años, se produce un aumento de los surcos de las superficies articulares del sacro y del ilíaco que parece disminuir la movilidad disponible. El rango de edad con mayor incidencia de dolor de espalda (24-45 años) coincide con el período de mayor movilidad en las articulaciones sacroilíacas^{3,5}.

La disfunción ilíaca puede producirse ante desequilibrios posturales, hiperactividad del músculo psoas, desplazamientos laterales de la pelvis o trastornos de las vértebras lumbares bajas. Los reflejos viscerosomáticos pueden ser una de las causas de aparición de dolor sacroilíaco, asociados estos reflejos a la alteración del tejido periarticular^{1,6}.

LESIÓN EN ROTACIÓN ANTERIOR DEL ILÍACO IZQUIERDO

El movimiento de rotación anteroposterior del ilíaco se realiza alrededor del tercer eje transversal sacro. Durante el movimiento de rotación anterior del ilion, la espina ilíaca anterosuperior (EIAS) baja hacia delante, la tuberosidad isquiática se eleva hacia atrás y la rama púbica desciende.

En la articulación sacroilíaca, durante la rotación ilíaca se produce en un primer tiempo un desplazamiento hacia abajo y adelante del brazo menor de la superficie auricular del ilíaco con relación al sacro. En un segundo tiempo se produce un deslizamiento hacia abajo y atrás sobre el brazo mayor de la superficie auricular ilíaca en relación con la del sacro^{7,8}.

Mitchell dividió los diagnósticos de la pelvis y del sacro en disfunciones iliosacras (incluyen disfunciones del ilíaco y del pubis) y disfunciones sacroilíacas (diagnóstico del sacro). Las alteraciones del ilíaco algunas veces pueden deberse a una causa primaria de la relación entre ambos lados, que se mantiene a consecuencia de trastornos musculares y fasciales¹.

Ante una lesión de rotación anterior del ilíaco, todo el ilíaco parece estar rotado en una dirección anterior con respecto al sacro y al ilíaco contralateral. La EIAS es más inferior y la espina ilíaca anterosuperior (EIPS) se encuentra más superior contra el ilíaco contrario. Las molestias subjetivas pueden incluir tensión homolateral del tendón isquiotibial y espasmos y ciática¹.

Habitualmente, el paciente presenta dolor posterosuperior de la nalga, por debajo de la zona lumbosacra, que raramente irradia por debajo de la rodilla. A veces hay un desplazamiento de la pelvis del lado lesionado, la marcha es dolorosa y puede acompañarse de cojera^{3,6,9}.

OBJETIVOS¹⁰

Liberar la restricción articular del brazo mayor de la articulación sacroilíaca izquierda, permitiendo que el ilíaco avance por el brazo mayor y con ello se posteriorice, y equilibrar el tono muscular de los tejidos periarticulares sacroilíacos, permitiendo la buena movilidad del ilíaco respecto al sacro y, además, facilitando la relajación membranosa de la duramadre intramedular e intracraneal.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA^{7,11-14}

En la evaluación de la cintura pélvica se debe buscar la tríada diagnóstica: una asimetría de las referencias anatómicas pares de la pelvis, una alteración del recorrido articular y anomalías de la textura tisular de la fascia profunda, de los ligamentos de las articulaciones sacroilíacas y de la musculatura periarticular.

Deben llevarse a cabo fundamentalmente dos pruebas diagnósticas, como son:

- Prueba de Gillet: paciente en bipedestación, con las manos apoyadas sobre la pared; el terapeuta se coloca a la espalda del paciente con los dedos pulgares situados bajo las EIPS. Se le pide al paciente que flexione la cadera y la rodilla del lado que se quiere valorar. El no descenso del pulgar homolateral a la cadera flexionada corresponde a una fijación del ilíaco homolateral con respecto al sacro. Cuando el paciente flexiona el miembro contralateral y el pulgar situado en la base del sacro del mismo lado que el paciente flexiona no desciende, significa la fijación en el sacro con respecto al ilíaco.

- Prueba de Downing¹⁵: nos indica, en caso de restricción del ilíaco, el sentido de la restricción, siempre que se realice de una forma correcta y no exista lesión en la articulación coxofemoral. Se trata de crear tensión en los ligamentos iliofemorales e isquiofemorales.

1. Prueba de alargamiento (ADELA). El paciente se sitúa en decúbito supino y el terapeuta realiza de forma simultánea la flexión, aducción y rotación externa de la cadera. De esta forma, se crea tensión en el ligamento iliofemoral, lo cual arrastra el coxal hacia delante, provocando un alargamiento del miembro inferior movilizado.

2. Prueba de acortamiento (ABDICO). El paciente se sitúa en decúbito supino y el terapeuta realiza, de forma simultánea, la flexión, abducción y rotación interna de la cadera. De esta forma, se crea tensión en el ligamento isquiofemoral, lo cual arrastra el coxal hacia atrás, provocando un acortamiento del miembro inferior movilizado.

Para anular la acción sobre el coxal se realiza una triple flexión de los miembros inferiores sobre el abdomen. Se debe realizar esta prueba en los dos miembros inferiores para poder contrastar la información recibida.

BENEFICIOS. INDICACIONES^{16,17}

Esta técnica está indicada en lesiones obstétricas, artrosis sacroilíaca y disfunciones somáticas en las que sea necesario recuperar la rotación posterior ilíaca perdida.

RIESGOS. CONTRAINDICACIONES^{4,18,19}

Las técnicas de *thrust* con *kick* para una rotación anterior del iliaco estarán contraindicadas en casos con fracturas de pelvis, luxaciones sacroilíacas, diastasis púbicas, artritis infecciosas y pelvispondilitis anquilosante, así como tumores óseos.

En caso de artrosis sacroilíaca, las manipulaciones no están contraindicadas, pero se tendrá que prestar más atención a las técnicas de energía muscular y de tejidos blandos.

DESCRIPCIÓN^{3,20}

A continuación, describiremos la técnica para una disfunción de rotación anterior del iliaco izquierdo (fig. 1).

Posición del paciente

Decúbito lateral derecho.

Posición del terapeuta

En bipedestación, con finta adelante a la altura de la pelvis del paciente y orientado hacia la cabeza de éste.

Parámetros

El terapeuta introduce una extensión de la pierna del paciente situada más abajo, y flexiona la cadera y la rodilla de la pierna situada arriba, a la vez que la mano craneal se sitúa sobre el brazo mayor de la ASI para percibir la llegada de tensión al flexionar.

A continuación, sin introducir rotación en la columna vertebral, se realiza una flexión de tronco hasta S3, y corregimos la oblicuidad pélvica, para que sea la misma que en los hombros.

Contactos

La mano craneal del terapeuta toma un contacto en el hombro del paciente para estabilizar su tronco y, con la mano caudal, se realiza un contacto pisiforme en la tuberosidad isquiática del coxal izquierdo, con el codo orientado hacia los pies del paciente. Se coloca la rodilla caudal del terapeuta sobre el hueco poplíteo de la pierna del paciente que queda arriba.



Figura 1. Técnica de *thrust* con *kick* para una lesión de iliaco anterior izquierdo.

Reducción del *slack*

Para reducir el *slack* se abre el polo inferior de la ASI mediante la compresión sobre la rodilla del paciente y se ajustan los parámetros de rotación posterior hasta la barrera elástica a la vez que el paciente inspira relajadamente. La mano craneal realiza una traslación cefálica del hombro para tensionar la musculatura lumbar y fijar las vértebras lumbares.

Ejecución

Al final de la espiración, el terapeuta realiza una contracción del pectoral de alta velocidad y corta amplitud para ejercer la presión sobre la tuberosidad isquiática asociada a un golpe de pedal o patada (en inglés, *kick*) del terapeuta sobre la pierna del paciente. Como el empuje se aplica debajo del eje de rotación, el ilion rota hacia atrás.

PRECAUCIONES²¹

Mantener la misma oblicuidad de la cintura pélvica y de la cintura escapular. Favorecer la relajación del paciente y realizar la reducción del *slack* durante la fase espiratoria del paciente.

CONCLUSIONES²¹⁻²³

Las lesiones de la articulación sacroilíaca producirán problemas en las tres esferas: estructural, a través de las compensaciones de hipermovilidad que tanto a nivel local como a distancia podrán generar alteraciones tipo dolor; visceral, a través de las relaciones, tanto anatómicas como neurovegetativas, que darán información a todo el siste-

ma uroginecológico, y craneal, a través de la restricción de la duramadre.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores han declarado no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. American Osteopathic Association. Fundamentos de medicina osteopática. Buenos Aires: Panamericana; 2006.
2. Walter BF, Williamson OD. Mechanical or inflammatory low back pain. What are the potential signs and symptoms? *Manual Therapy*. 2008;1-7.
3. Greenman P. Principios y práctica de la medicina manual. 2.ª ed. Madrid: Panamericana; 1998.
4. Ricard F. Tratado de radiología osteopática del raquis. Madrid: Panamericana; 2003.
5. Egan DA, Al-Eisa E. Pelvic skeletal asymmetry, postural control, and the association with low back pain: a review of evidence. *Critical Rev Phys Rehab Med*. 1999;11:299-338.
6. Vleeming A. Movimiento, estabilidad y dolor lumbopélvico. Barcelona: Masson; 2008.
7. Ricard F. Tratamiento osteopático de las algias lumbopélvicas. Madrid: Panamericana; 2005.
8. Kmita A. Reliability of physical examination to assess asymmetry of anatomical landmarks indicative of pelvic somatic dysfunction in subjects with and without low back pain. *Int J Osteop Med*. 2008;11:16-25.
9. Walter BF, Williamson OD. Mechanical or inflammatory low back pain. What are the potential signs and symptoms? *Manual Therapy*. 2008;1-7.
10. Wright A, Sluka KA. Nonpharmacological treatments for musculoskeletal pain. *Clin J Pain*. 2001;17:33-46.
11. Buckup K. Pruebas clínicas para patología ósea, articular y muscular. Barcelona: Masson; 1998.
12. Bombardier C. Outcome assessments in the evaluation of treatment of spinal disorders: summary and general recommendations. *Spine*. 2000;25:3100-3.
13. Licciardone J. Osteopathic health outcomes in chronic low back pain: the osteopathic trial. *Osteop Med Primary Care*. 2008;3:2-5.
14. Rodríguez C. Técnica semidirecta de *thrust* para torsión anterior derecha del sacro: TDD. *Osteopatía Científica*. 2008;3:36-9.
15. Calvente R. Estudio en la población sana de modificaciones radiológicas en el test de alargamiento según Downing. Tesis para la obtención del Degree en Osteopatía. Madrid, año 2005.
16. Andersson GB, Lucente T. A comparison of osteopathic spinal manipulation with standard care for patients with low back pain. *New Engl J Med*. 1999;341:1426-31.
17. Resch KL, Schwerla F. Osteopathic manipulative treatment significantly reduces low back pain: systematic review and meta-analysis. *Focus Alternat Complement Ther*. 2006;11:1.
18. MacDonald RS, Bell CM. An open controlled assessment of osteopathic manipulation in nonspecific low-back pain. *Spine*. 1990;15:364-70.
19. Guirao D. Técnica combinada de articulación y *thrust* para disfunción de cóndilo posterior. *Osteopatía Científica*. 2008;3:84-7.
20. Philippe Curtil G. Tratado práctico de osteopatía estructural. Barcelona: Paidotribo; 2002.
21. Assendelft WJJ, Morton SC. Spinal manipulative therapy for low back pain: a meta-analysis of effectiveness relative to other therapies. *Ann Intern Med*. 2003;138:871-81.
22. Henley CH, Ivins D. Osteopathic manipulative treatment and its relationship to autonomic nervous system activity as demonstrated by heart rate variability: a repeated measures study. *Osteopathic Med Primary Care*. 2008, 2-7.
23. Poitras S, Blais R. Management of work-related low back pain: a population-based survey of physical therapists. *Phys Ther*. 2005;85:1168-81.