

Manipulaciones de la Cintura Pélvica

Yvon Lesage

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Sacroilíacas
Coxofemorales
Sínfisis Púbrica

Sacroilíacas

La manipulación, de hecho, consiste en acentuar el test del lado no doloroso.

Primera técnica

Paciente en decúbito supino, la pierna que se moviliza a 90°, con la rodilla flexionada, pie plano sobre la camilla. El manipulador se coloca en el lado opuesto de la camilla. Coloca la rodilla en su axila y deslizando el dorso de la mano detrás del muslo, pone la palma en la cara externa del muslo del paciente. El contraapoyo se establece con la mano opuesta (o el codo) en la espina ilíaca antero-superior, inmovilizándola (Fig. 1, 2).



Fig. 1



Fig. 2

La puesta en tensión se efectúa flexionando el muslo sobre la pelvis y levantando el pie de la camilla. La manipulación se provoca con una flexión brusca de las piernas, llevando la pelvis del manipulador a 20-30cm por debajo del punto inicial, con los apoyos y contra-apoyos fijos.

Segunda técnica

Paciente en decúbito prono, piernas entrecruzadas, la del lado que se manipulará encima de la otra. El médico se coloca en la camilla por detrás del paciente. Usa el codo más cercano a la pelvis como contra-apoyo en la espina ilíaca posterosuperior. La otra mano la coloca en el hueco poplíteo de la rodilla, fijándola. Luego, con una flexión progresiva del antebrazo separa al máximo la otra pierna hasta la puesta en tensión. La manipulación se obtiene con la flexión de las piernas, idéntica a la manipulación precedente. Como variante, se busca la abertura máxima de la puesta en tensión bajando el codo sobre el miembro que se va a manipular (Fig.3).



Fig. 3

En estas dos técnicas, a veces se obtiene (no siempre) el chasquido característico. ¿Proviene de la articulación o de la charnela lumbosacra? Me abstendré de opinar sobre ello.

Coxofemorales

Como en los hombros no se trata aquí de técnicas de reducción de luxación de la cadera ni de tomar partido afirmando que pueden ser aisladas o asociadas a una fractura más o menos importante del cótilo. Nos contentamos concluyendo que en muchas coxartrosis y sobretodo en las protrusiones acetabulares, las técnicas de descompresión de la articulación aportan siempre alivio y relajación.

Primera técnica

El manipulador sostiene el pie con una mano en el calcáneo y la otra en el antepié. Colocando la pierna en abducción se busca el ángulo en el que la rotación de la cadera es máxima (el movimiento se hace a través del pie). Este ángulo varía en cada individuo en razón del ángulo de anteversión del cuello y la oblicuidad del cótilo. Con un movimiento de flexo-extensión se busca la relajación del cuádriceps. Cuando se ha obtenido ésta, se aplica una tracción brusca partiendo de la rodilla en flexión (latigazo) (Fig. 4, 5).



Fig. 4



Fig. 5

Segunda técnica

Es recomendable utilizarla tras la primera. Sujeto acostado sobre el lado sano, muslo semiflexionados, pierna flexionada apoyada de lado en la camilla; la pelvis puede fijarse con una cincha. El médico al final de la camilla, sujeta el tobillo, y tras flexionar el miembro que se manipulará, provoca un tirón seco. El movimiento ha de ser amplio y como un latigazo, finalizándolo con la pierna en extensión completa. Esta técnica es poco recomendable porque coloca al sujeto en hiperlordosis; por ello no ponemos foto de ejemplo.

Tercera técnica

El paciente siempre colocado sobre el lado sano, las dos piernas estiradas, un cojín entre los muslos, lo más alto posible (Fig. 6). El médico se coloca de cara al paciente a la altura de los muslos. El brazo más cercano a la pelvis se desliza entre los muslos justo por encima del codo, la mano se apoya en la camilla (Fig. 5). La manipulación se efectúa despegando la articulación coxofemoral con un movimiento de adducción forzada en tijera hacia adelante, al mismo tiempo que el brazo que está entre los muslos y con el apoyo palmar busca provocar una separación externa de la articulación.



Fig. 6



Fig. 7

Son técnicas potentes pero suaves, nada traumáticas para la cápsula articular. Se recomienda usarlas sucesivamente en este orden.

Sínfisis Púbrica

La disociación de la sínfisis púbrica, no es rara. Se trata de una separación verdadera y radiológica, el origen a menudo proviene de una caída de espaldas desde una cierta altura. También la vemos en el postparto. Casi siempre se asocia a sufrimiento clínico o por lo menos al dolor en una o las dos sacroilíacas. Se utiliza la primera técnica de las sacroilíacas, que se repite en el otro lado si es bilateral. Se observa también una separación transversal, que radiológicamente se traduce porque se observa un lado de la sínfisis más elevado que el otro; esto lo han descrito muy bien Boeda et Andrivet, en traumatología deportiva del fútbol.

Entonces se utilizan sucesivamente las dos técnicas sacroilíacas:

- La primera técnica en el lado en el que la sínfisis se encuentra más baja.
 - La segunda técnica para el lado en el que la sínfisis está más alta.
-