

DESlizAMIENTO ARTICULAR: UNA TÉCNICA DE MOVILIZACIÓN LUMBAR

Jean-Marie SOULIER Rééducation Fonctionnelle - 34130 Saint Aunes

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

La técnica de « Deslizamiento Articular » que presentamos fue descrita por R. Sohier. Se trata de una técnica manual que se puede utilizar en los pacientes de edad, particularmente en caso de dolor lumbar agudo. Para describirla tomaremos a modo de ejemplo un dolor lumbo-ciático izquierdo.

PREPARACIÓN

a) Posición inicial del paciente

Paciente acostado en decúbito lateral estricto sobre el lado opuesto al dolor. El miembro inferior doloroso (aquí el izquierdo) se estabiliza en flexión de cadera y rodilla por medio de un cojín espeso, de manera que la pelvis esté perpendicular a la camilla. De esta forma el paciente está en posición de reposo articular (Fig. 1).

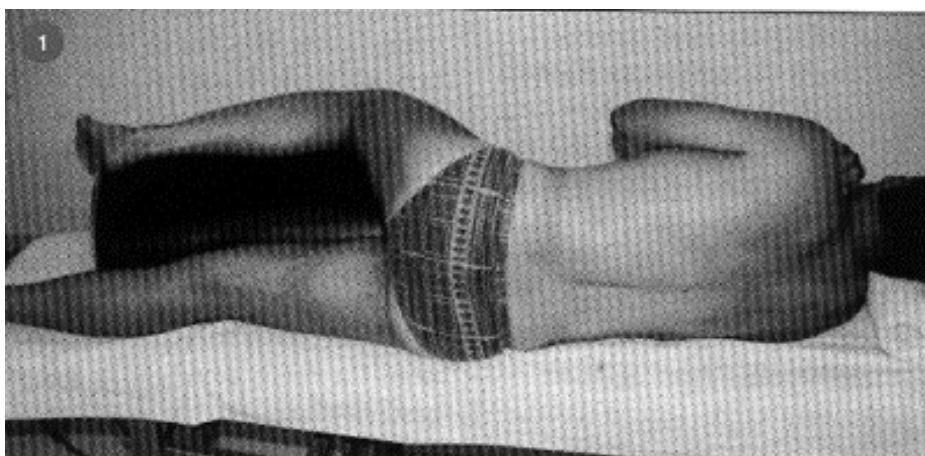


Fig. 1

b) Posición del médico

De pie, enfrente al paciente, estable sobre sus miembros inferiores ligeramente separados y flexionados. La movilización analítica se realiza en cinco tiempos sucesivos.

LOS CINCO TIEMPOS DE LA MOVILIZACIÓN ANALÍTICA

a) **El primer tiempo** separa el segmento doloroso al colocar el raquis lumbar en cifosis. El médico coloca el nivel vertebral doloroso en cifosis con pequeñas presiones sobre el sacro y el ala ilíaca. Esta cifosis se hace desde abajo y no desde arriba (no hay que estirar desde el hombro). Intenta decoaptar las facetas articulares (Fig. 2).



Fig. 2

b) **El segundo tiempo:** El práctico se coloca a la cabecera de la camilla, coge el brazo derecho (lado no doloroso) e imprime un estiramiento axial (estirando la columna hacia arriba) progresivo, hasta llegar al nivel vertebral doloroso comprometido (Fig. 3).

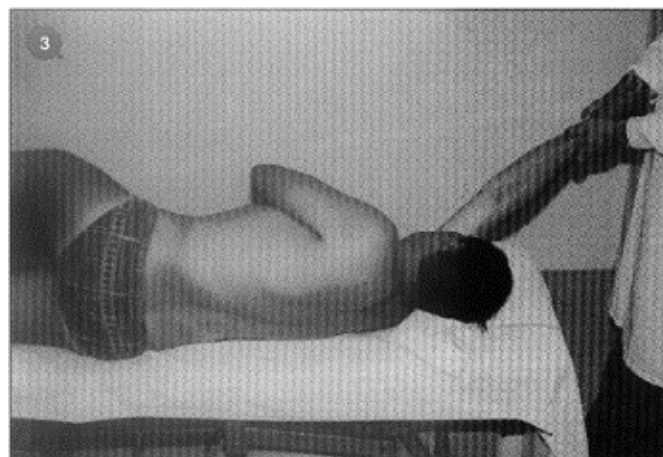


Fig. 3

c) **El tercer tiempo:** Consiste en bloquear los niveles sobre los que no se actuará. Por ello se colocan en rotación, dejando libre el nivel lesionado. La dirección del estiramiento del brazo que estaba axial (paralelo al raquis) se convierte en helicoidal para «retorcer» el raquis hasta el nivel superior al nivel doloroso (Fig. 4).



Fig. 4

d) El cuarto tiempo: Se trata sobretodo de movilizar la faceta articular del lado doloroso para efectuar una decoaptación suplementaria. Es el tiempo terapéutico. El médico coloca su mano (aquí la izquierda) y su antebrazo sobre el ala ilíaca; la otra mano (la derecha) coloca la pulpa de sus dedos en la zona de las facetas articulares para percibir el movimiento (Fig. 5).

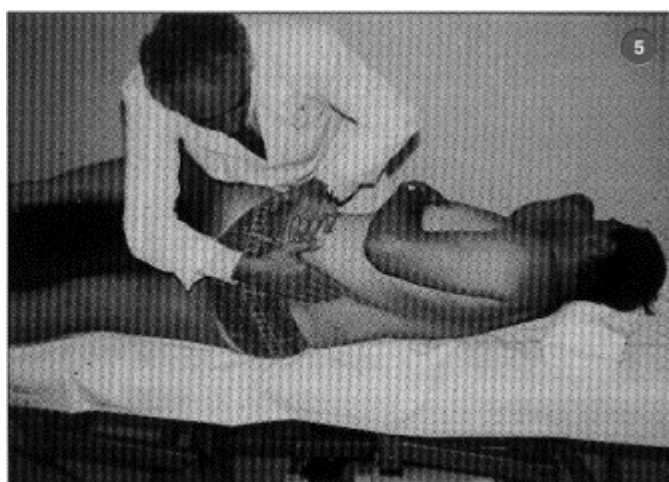


Fig. 5

Efectúa entonces un estiramiento progresivo del ala ilíaca en tres tiempos. Con esta tracción en el ala ilíaca la faceta se ve solicitada en reaxación. La fuerza desarrollada no sobrepasa el kilo. Ha de ser tangencial a las superficies apofisarias permitiendo la máxima eficacia. El deslizamiento en divergencia no comporta componente de dolor ya que siempre separa la lesión discal o interapofisaria. La elevación de los apoyos apofisarios mejora la eficacia de la palanca vertebral y permitirá (en teoría) una “expansión discal” más amplia a efectuar en el quinto tiempo.

e) El quinto tiempo: Utiliza la palanca vertebral para «reexpandir el disco». Le pedimos al paciente que se levante sobre la punta de sus pies. Automáticamente se crea una lordosis que hace funcionar la « pinza de apertura ». El paciente anda algunos pasos para recrear la alternancia de presión-descompresión a la derecha y a la izquierda. Las contracturas reflejas aumentarán el efecto de descompresión discal.