

Actualidad del tratamiento de la Escoliosis en R.P.G.

PH.-E. SOUCHARD

CAZAR EL CENTRO

Para estirar un tejido elástico, se debe traccionar de sus dos extremos. Este principio, es indiscutible. Si merece mención en este artículo, es porque es de una aplicación compleja, ya que se trata de alargar los músculos espinales. Estos son postero-flexores, látero-flexores y retractor del raquis. En la escoliosis, deformación tridimensional de la columna vertebral, están implicados, particularmente a nivel dorsal. Además, no son los únicos responsables, puesto que en la región lumbar, la retracción de un psoas es el agente principal de la escoliosis lumbar (las espinosas giran del lado del psoas retraído). Es por esto por lo que en R.P.G., no contentos con traccionar axialmente el raquis, deslordosar y «destorcer» las curvaturas, extendemos nuestras correcciones a los miembros, apuntando a la abolición de la totalidad de las compensaciones.

En el caso de la escoliosis, más aún que en otras deformaciones morfológicas, esto supone una cierta cronología en el orden de las correcciones a efectuar.

CAZAR LA ESCOLIOSIS

Tomemos el ejemplo del psoas retraído.

Es bien evidente que si comenzamos a estirar sobre su extremidad femoral en extensión y desrotación del fémur, no será ya posible estirar a nivel lumbar, ninguna intervención manual permitirá entonces corregir la látero flexión y la rotación vertebral.

De igual modo, si comenzamos nuestra corrección por una tracción de nuca demasiado severa o por una descarga de hombros importante, esto desembocará indefectiblemente en una agravación de las curvaturas escolióticas, que ahora será imposible impedir eficazmente.

En lo concerniente a los hombros, se dice por ejemplo, que el descenso de un hombro agrava sistemáticamente la concavidad situada

en su lado, cualquiera que sea el nivel de esta concavidad. Para la nuca, está establecido en R.P.G. que muy frecuentemente existe una curva escoliótica a este nivel, que no es clásicamente objeto de ningún comentario radiológico.

Es, por tanto, indispensable corregir primero la escoliosis antes de cualquier intervención sobre los otros extremos de las cadenas musculares puestas en juego.

Esto se efectúa a cualquier precio, es decir, cualquiera que sea la importancia de las compensaciones que se creen entonces. Siempre habrá tiempo de remediarlas. Esto supone que como precio de la delordosis dorsal y la distorsión de la escoliosis, aceptamos al comienzo de la sesión, una basculación o rotación de pelvis, torsión de nuca, elevación de hombros, compensaciones de miembros inferiores.

No es más que con una dosificación homeopática, que corregiremos progresivamente en el curso de la sesión las compensaciones así creadas, y ésto, sin aceptar jamás la menor remisión, a costa de las correcciones aportadas inicialmente a la columna vertebral.

EL PILOTAJE DEL TORAX

El mantenimiento de las correcciones vertebrales, se vuelve cada vez más difícil a medida que el estiramiento llega a ser más global. Igualmente progresiva, la abolición de las compensaciones pone en juego a cada instante el buen emplazamiento del raquis.

La intervención manual es insuficiente para al mismo tiempo, hacer presión sobre una gibosidad, traccionar la nuca, colocar los hombros. Es en este estadio, es indispensable una fina corrección del tórax, única garantía de mantenimiento de las curvaturas.

Tomamos el ejemplo de una escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda, tratada con abertura del ángulo coxo-femoral en la postura llamada «rana en el suelo brazos cerrados». Se dice que esta postura es perfectamente eficaz para la cadena antero-interna de pierna (psoas ilíaco y aductores pubianos), lo que la vuelve indispensable para la corrección de la escoliosis lumbar. Como se ha dicho, la sesión comienza por la corrección máxima de la escoliosis. Para la lordosis dorsal, ésto supone pilotajes manuales efectuados en lo alto del tórax. Para la convexidad dorsal, los «pilotajes» se harán sobre la parte lateral derecha del tórax, y por fin, para la escoliosis lumbar, en las costillas

bajas a la izquierda (alerón).

Puesto que el efecto se obtiene gracias a estas intervenciones manuales suaves y progresivas, este trabajo pasivo debe de ser reemplazado por el mantenimiento activo de la corrección; que la realizan con la puesta en juego de contracciones sectoriales de los músculos abdominales. Dado que se trata de músculos de la dinámica, su contracción concéntrica es deseable.

Por otra parte, al proceder de miómeras diferentes, la inervación que poseen les permite esta utilización. Es así que el mantenimiento de la deslordosis dorsal por el descenso del tórax alto, se realizará por una espiración inflando el vientre, la corrección de la convexidad dorsal por la contracción del oblicuo mayor derecho, la de la convexidad lumbar por la acción del oblicuo menor izquierdo.

Conviene precisar al paciente cuál es la intención terapéutica de las diversas correcciones.

Soplar inflando el vientre no es una finalidad en sí, es necesario completarlo con la intención de recifosar la espalda. Sucede lo mismo para la puesta en juego del oblicuo mayor derecho y el oblicuo menor izquierdo.

La intención terapéutica que fija la atención del sujeto es la de corregir sus convexidades vertebrales. Cualquiera que sea la postura empleada, será entonces posible mantener las correcciones vertebrales adquiridas desde el comienzo de la sesión, es lo que libera las manos del terapeuta para otras tareas.

LAS ALZAS

El principio de la corrección máxima de la escoliosis supone la obligación de aceptar, al comienzo de la sesión, el empleo de ayudas en forma de alzas.

En postura de pie, será frecuente tener que colocar un apoyo bajo un pie: las fotos que aparecen a continuación, tomadas amablemente por un reciclado, lo demuestran (Fig. 1 y 2).

En postura sentada será muy a menudo necesario levantar un isquión.

En decúbito dorsal, el alza bajo el occipital es muy frecuentemente necesaria (Fig. 3).



Fig. 1

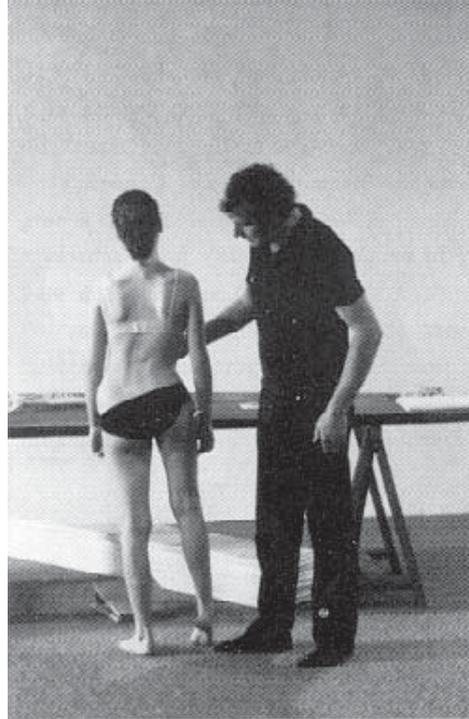


Fig. 2

LOS TRES NIVELES TORACICOS

Las zonas espiratorias del tórax pueden ser separadas en tres partes:

- La zona 1 corresponde a lo alto del tórax. Se corrige por la espiración paradójica llamada «espiración inflando el vientre».
- La zona 2 es la controlada por los músculos abdominales: oblicuos mayores, oblicuos menores y rectos anteriores.
- La zona 3 es la del transverso, y particularmente la de la



Fig. 3

parte subumbilical del transverso (Fig. 4).

Se dice que, ya que lo alto del tórax, zona 1, no puede vaciarse más que por el descenso del diafragma, debe de preceder a la

corrección de la zona 2 y de la zona 3 que, por la contracción de los abdominales, hacen lo contrario, suben el diafragma.

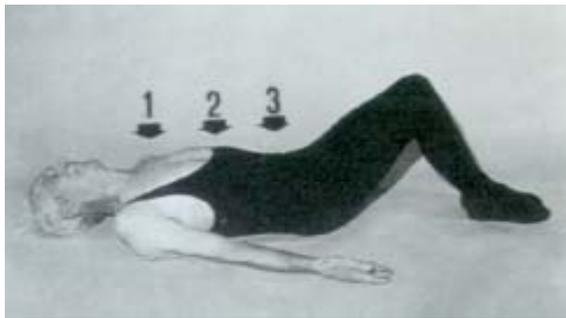


Fig. 4

Igualmente, la corrección de la zona 2 debe de preceder a la de la zona 3, ya que la contracción del transverso (zona 3), hace subir el diafragma y las seis

últimas costillas e impiden la corrección eficaz de la zona 2 por los oblicuos mayores y los menores (ref. curso de R.P.G. y las obras «La respiración» y «Las autoposturas respiratorias»).

Cuando en la misma espiración, un paciente precisa que se le corrijan varias zonas, siempre se debe de hacer respetando el siguiente orden:

- corrección de la zona 1, corrección de la zona 2, corrección de la zona 3. (Fig.5)

Si bien todos nuestros pacientes tienen necesidad del tiempo espiratorio 1 que, además de hacer la corrección de lo alto

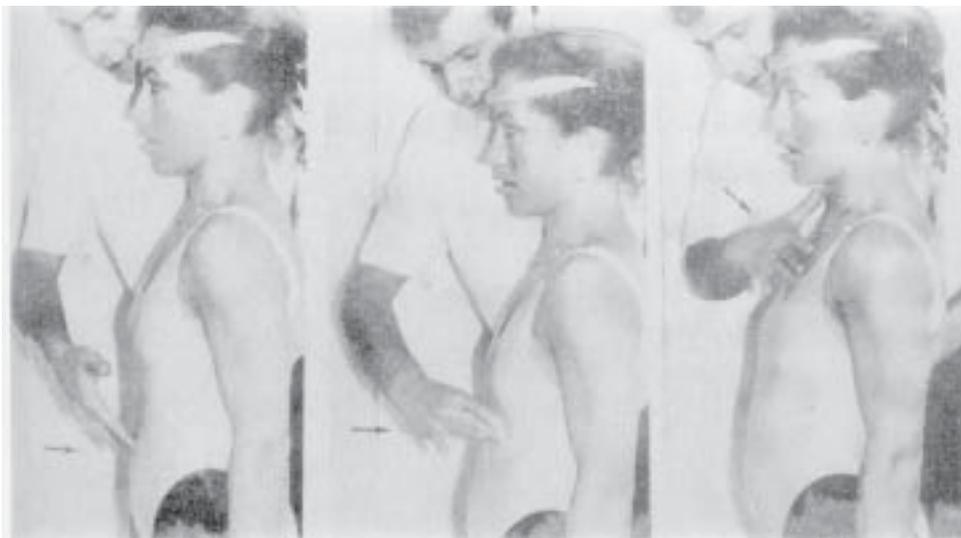


Fig. 5

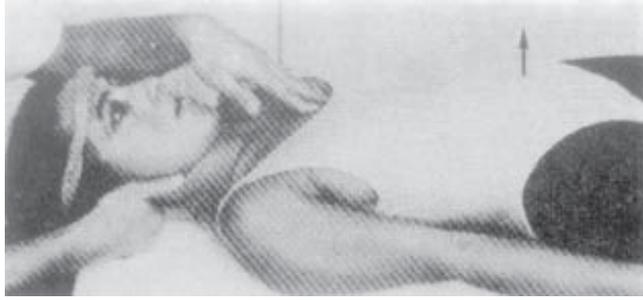


Fig. 6

del tórax y de la lordosis dorsal, realiza la contracción isotónica excéntrica de la cuerda anterior (Fig. 6), las correcciones originadas por las zonas 2 y 3, son muy personalizadas.

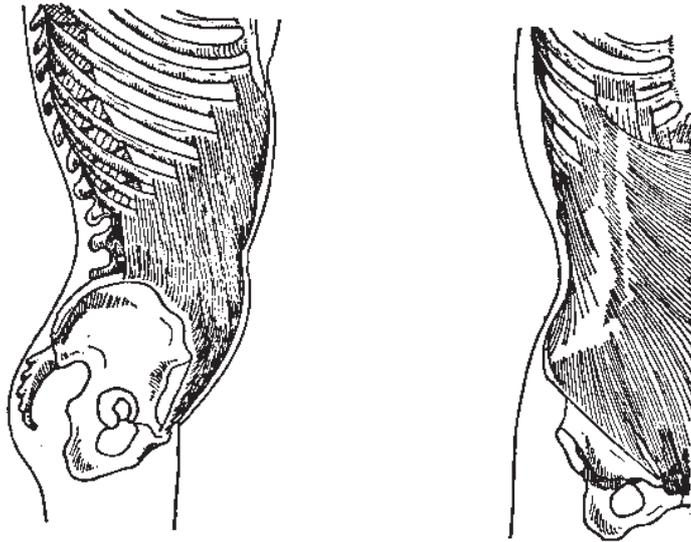


Fig. 7



La lordosis dorsal media y baja se corrige por la contracción de los oblicuos mayores (Fig. 7).

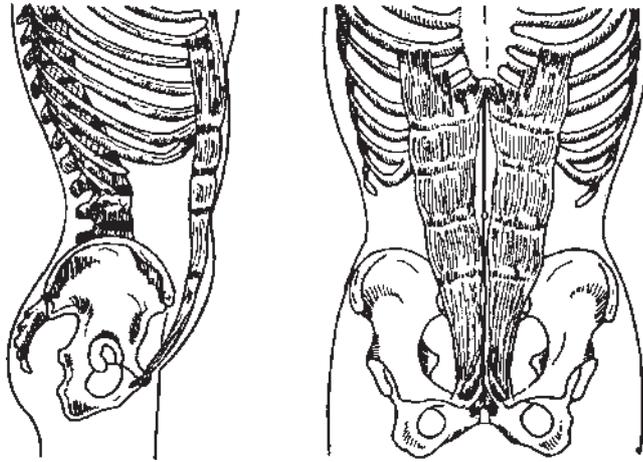


Fig. 8

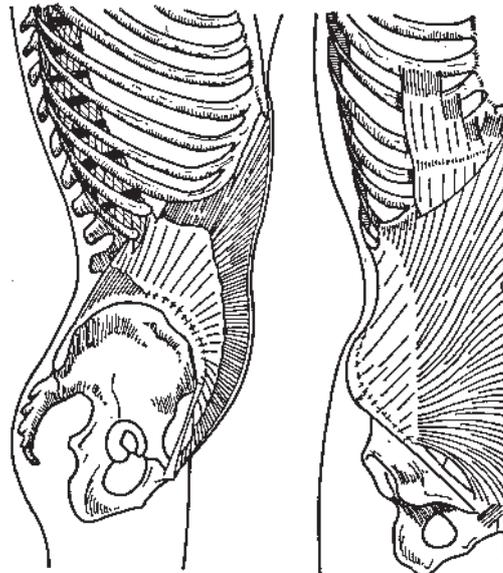


La hiperlordosis diafragmática (D11, D12, L1, L2) desaparece por la contracción de los rectos mayores (Fig. 8).

Los alerones y la hiperlordosis lumbar se corrige por los oblicuos menores (Fig. 9).



Fig. 9



La cubeta lumbo-sacra y la horizontalización del sacro se controlan por la contracción del transverso inferior (Fig. 10).

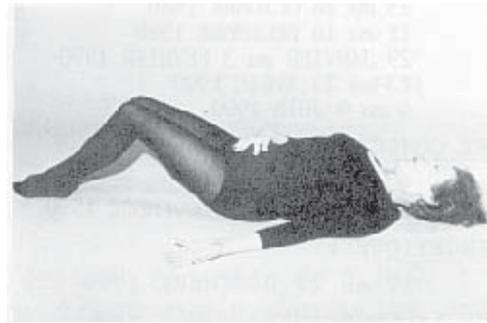
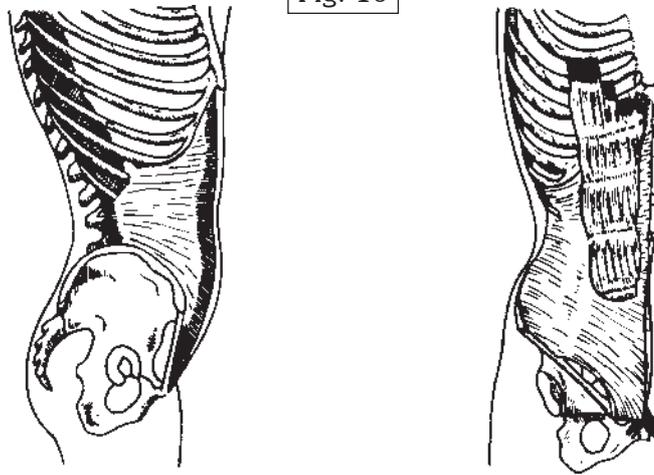


Fig. 10



Volvamos ahora el ejemplo de la escoliosis dorsal derecha, lumbar izquierda. En el curso de la misma espiración, después del descenso del tórax alto (zona 1), será necesario, por consiguiente, contraer el oblicuo mayor derecho y el oblicuo menor izquierdo, que pertenecen ambos a la zona 2. Su puesta en juego deberá hacerse de la manera más próxima posible (casi simultáneamente), para evitar el balanceo lateral que hace que, sobre la corrección de la convexidad dorsal derecha, se agrave provisionalmente la escoliosis lumbar izquierda. Es evidente que el RPGista deberá muchas veces reintervenir manualmente sobre el tórax y recordar al paciente las correcciones que debe efectuar.

Este fino control del centro permite la corrección de la escoliosis durante la puesta en tensión y durante la abolición muy progresiva de todas las compensaciones.