

El Tratamiento de la Escoliosis en R.P.G.

PH.-E. SOUCHARD

LAS POSTURAS

Las dos posturas que realizamos durante una sesión de R.P.G. son establecidas por la tabla de elección de postura. Esta elección debe efectuarse antes de cada sesión. Siempre que sea posible, es conveniente realizar una postura en decúbito (que permitirá un mejor modelaje manual) y una postura en carga (para una mejor propioceptividad).

La rana al suelo, la rana al aire, la postura sentada y de pie en el centro, son las más adaptadas a la escoliosis. La postura de la bailarina sólo se utiliza excepcionalmente.

Dentro de las posturas en decúbito, mientras que el cierre de brazos está siempre indicado, la abertura dependerá del test de reequilibración.

LA TRACCION AXIAL

Es esencial. Siendo nuestros músculos estáticos en un 90% longitudinales (particularmente los espinales), la corrección debe realizarse asimismo con un 90% de tracción axial, sea cual sea la importancia de las desviaciones laterales.

Dentro de las posturas en decúbito, cualquier bombeo, a nivel dorsal, sacral o nual debe ser lo suficientemente prolongado como para obtener el efecto de decoaptación articular y de puesta en tensión de los músculos deseados. El desarrollo de la sensibilidad manual es fundamental.

En los adolescentes delgados, es necesario practicar las posturas en descarga sin toalla y apoyar el borde posterior del occipital en el

extremo de la camilla. A la espera de la comercialización de un cabezal más sofisticado, un rodillo de espuma aislante de tuberías asegura un apoyo confortable (Fig.1).



Fig. 1

TRATAMIENTO EN POSTURA DE RANA AL SUELO Y RANA AL AIRE

La corrección de la escoliosis, el pilotaje del centro.

- El tratamiento empieza con la colocación exacta de las alzas de desrotación y con el apoyo del occipital del paciente sobre el borde de la camilla (Fig.2).

- El pilotaje de la espiración desde el inicio de la sesión es esencial, y condiciona la aptitud personal del sujeto para mantener las correcciones. Los «puntos de inspiración» a nivel de la zona número 1 en caso de lordosis dorsal, a nivel de la zona 2, oblicuo mayor para corregir la convexidad dorsal o dorso-lumbar, son habitualmente indispensables. Debemos recordar que la participación activa del



Fig. 2

paciente no tiene interés si no se acompaña de una intención clara: recrear la cifosis dorsal, delateroflexionar y desrotar la curva dorsal.

- Las primeras insistencias manuales del terapeuta durante la espiración permiten las primeras correcciones de curvas a nivel

dorsal (Fig.3).

- La tracción axial. Ésta debe ser siempre más importante y más constante que las correcciones laterales o en desrotación. Empieza con el bombeo de las dorsales y la tracción de la nuca (Fig.4).

- Continúa con el bombeo asimétrico del sacro. Todavía en ese momento la tracción axial representa el 90% de la corrección; la delate-roflexión y la desrotación de las vértebras lumbares sólo constituyen un 10% de la misma. El ala iliaca situada en el lado de la convexidad se apoya sobre las alzas, la altura de las cuales ha sido elegida en la reequilibración (Fig.5-Fig.6).



Fig. 3



Fig. 4

La armonización

- Debemos conservar siempre sus dos principios fundamentales:
 - . insistir sobre lo que esté en retraso dentro de la progresión.
 - . insistir más particularmente sobre los puntos considerados esenciales durante la confección de la tabla de elección de postura.

- Las compensaciones. Si la corrección inicial de la escoliosis ha sido realizada correctamente, éstas son considerables: cabeza en posición de «jesús» o de «esterno», hombros elevados y enrollados, pelvis en rotación, asimetría ocasional de los miembros inferiores.

- El mantenimiento de las correcciones de la escoliosis. Se realiza alternando el trabajo pasivo mediante la acción manual, y el trabajo activo a través de la contracción sectorial de los abdominales del paciente a nivel torácico. En caso de escoliosis lumbar grave, la contra-



Fig. 5



Fig. 6

cción del oblicuo menor del lado de la convexidad es desgraciadamente insuficiente para mantener la corrección. Su inserción superior situada a nivel de las cuatro últimas costillas, hace que su acción sólo sea realmente eficaz a nivel D9, D10, D11, D12. Será necesario por tanto mantener con una mano la delateroflexión y la desrotación lumbar, al tiempo que la otra mano insiste sobre la delateroflexión y la desrotación inversa de la pelvis.



Fig. 7

En ese instante el sujeto debe hacerse cargo de mantener la corrección de la escoliosis dorsal mediante el tiempo espiratorio número 2, oblicuo mayor (Fig. 7).

- El retorno a las tracciones axiales a nivel del occipital y del sacro, así como los bombeos, deben rehacerse tantas veces como sea necesario para garantizar que todas las correcciones se realizan siempre en tensión.

La progresión en dosis homeopática de las extremidades

Lo ideal sería que todas las compensaciones fueran eliminadas sin perder la corrección de la escoliosis. En realidad, debemos recordar que la intención primordial se dirige a la escoliosis, y que en final de

postura es preferible estar en retraso a nivel de las compensaciones.

- La identificación de las correlaciones. La corrección de cada curva escoliótica ha creado sus propias compensaciones. Es conveniente recordarlo en el momento de la corrección de las mismas, con la intención de mantener particularmente la curva que se expone a perder su corrección inicial.

- La corrección de la cabeza y del cuello. Deben ser, ambos, progresivamente realineados. En ausencia de lesión cervical, la contracorrección no es necesaria. Su colocación afecta particularmente al mantenimiento de la corrección de la convexidad dorsal.

- La corrección de los hombros y de los brazos. En caso de postura en brazos cerrados, la corrección de la elevación, del enrollamiento de cada hombro y la re-aducción del brazo se traducen en un agravamiento de la concavidad escoliótica situada en el mismo lado, deberemos por consiguiente prestar atención. En las posturas en brazos abiertos, son las convexidades las perjudicadas por la progresión en abducción.

- La desrotación de la pelvis. En caso de fuerte rotación lumbar, es, sin duda, la corrección más complicada y delicada a realizar. Únicamente puede hacerse manteniendo muy rigurosamente con una mano la desrotación lumbar, al tiempo que con la otra mano realizamos la desrotación inversa de la pelvis apoyándonos sobre el ala iliaca (Fig. 7). La supresión progresiva de las alzas colocadas bajo el iliaco del lado de la convexidad debe ser muy cautelosa. Es excepcional poder retirar más de dos grosos (1cm.) en el curso de una sola postura.

- Las extremidades inferiores en la postura de la rana al suelo. Después de la colocación de las alzas bajo el iliaco, es normal apreciar una asimetría en la abertura de las rodillas. Pero es esencial comprobar que ésta se corresponde con la rotación de la pelvis. En caso contrario, significa que existe, además, una retracción asimétrica de los aductores que debemos corregir mediante contracción isométrica excéntrica.

Por otro lado, el final de la extensión de las piernas es particu-

lamente amenazador para la escoliosis lumbar, a causa de la tracción que ejerce entonces el psoas iliaco.

Para corregir la lateroflexión lumbar, el bombeo asimétrico del sacro tiene el efecto de acortar la distancia desde el borde superior del ala iliaca de la convexidad hasta la 12ª costilla. Es necesario, por tanto, estirar el cuadrado lumbar, redescendiendo, poco a poco, manualmente, el ala iliaca y manteniendo con la otra mano la convexidad lumbar (Fig.8).



Fig. 8

Al final de la rana al suelo, es muy frecuente ver aparecer entonces una abducción del muslo de ese lado. Esto confirma que el piramidal y el tensor de la fascia lata están retraídos. Se debe entonces re-aducir la pierna contra resistencia, sin permitir que el ala iliaca ascienda y sin perder el control manual de la delateroflexión lumbar (Fig.9).

Al final de la extensión de las piernas se debe observar si los maleolos se sitúan al mismo nivel.

- En postura de rana al aire. Aquí también el bombeo asimé-



Fig. 9

sobre la flexión coxofemoral. La rana al aire, que impone una tensión mucho mayor de los espinales, nos obliga a acentuar el mantenimiento de la delordosis dorsal mediante la corrección del tiempo numero 1.

Debemos observar también el nivel de los maleolos al final de la extensión de las rodillas.

Las pistas

Todas las escoliosis, tengan una o más causas, y aquellas que puedan ser determinadas o no durante el examen, cualquier comportamiento particular durante la postura debe ser objeto de análisis, verificación y corrección.

Siempre hay que tener en mente un presumible culpable libre

trico de la pelvis y la colocación de las alzas bajo el ala iliaca de la convexidad inclinan lateralmente los miembros inferiores. Conviene realinearlos poco a poco manteniendo al mismo tiempo manualmente, la corrección de la desrotación lumbar (Fig.10).

La corrección de la elevación lateral del ala iliaca se realiza siguiendo los mismos principios que para la rana al suelo.

A menudo es necesaria una insistencia particular

para abandonar su pista por falta de prueba.

No olvidemos jamás que la frase «si no lo veo, no lo creo», se puede invertir: «si no lo creo, no lo veo».

TRATAMIENTO EN POSTURA SENTADA Y DE PIE EN EL CENTRO

Colocación al inicio de la postura

- Las posturas empiezan por la colocación bajo el isquion o bajo el pie situados del lado de la convexidad lumbar de las alzas necesarias para la corrección de la lateroflexión lumbar (Fig. 11- Fig.12).

Dentro de la postura de pie en el centro, en caso de escoliosis lumbar muy acusada, la abducción del miembro inferior del lado de la convexidad es a veces necesaria para poder obtener un buen inicio de corrección de la lateroflexión lumbar.

En esta postura la colocación de los pies es esencial. Se deben disponer en «V» fisiológica a 30°. En caso de pie cabo se debe proceder inicialmente a las maniobras de los pies. Las repeticiones necesarias para mantener su correcta



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12

posición son indispensables: extensión de los dedos de los pies, aducción submaleolar, abducción del 5º dedo. En esta postura no se debe nunca perder de vista el efecto de amplificación que se crea a partir de la modificación de la posición de la subastragalina. Una trampa milimétrica a ese nivel implica modificaciones centimétricas en la parte superior del cuerpo. En toda la duración de la postura deberemos volver sin tregua a la corrección de los pies.

Corrección de la escoliosis, pilotaje del centro

- El aprendizaje empieza con la realización de la espiración número 1 de la parte superior del tórax. Esto es especialmente importante en la postura sentada que requiere mayor corrección de la lordosis dorsal (en caso de la llamada escoliosis «esencial»).

Se debe repetir la corrección del tiempo espiratorio número 2, gran oblicuo, para las escoliosis dorsales y del tiempo número 2, oblicuo menor, para la curva lumbar si ésta resulta eficaz.

El paciente debe «visualizar» la intención de corrección de la escoliosis y ser capaz de reproducirla antes de continuar.

En todos los casos es preferible empezar la sesión con posturas en decúbito, pero, si la elección nos lleva únicamente hacia posturas en carga, es a veces necesario practicar los «puntos de inspiración» en posición de decúbito

antes de enlazar con la postura sentada o de pie en el centro.

- Tracción axial. Sólo excepcionalmente el apoyo manual puede hacerse directamente a nivel occipital. Debemos pues traccionar primero la región lumbar, después lumbar y dorsal y finalmente lumbar, dorsal y cervical. La manualidad del RPGista que no frota la piel sino que tracciona progresivamente en profundidad es necesaria más que nunca. Ante los cambios de mano no se debe relajar nunca el apoyo.

La tracción es siempre axial en un 90%, y debemos recordar permanentemente que la posición de pie en el centro no tiene interés si se produce una pérdida del equilibrio.

En cualquier caso, ya sea hiperlordosis o inversión lumbar, se debe propulsar al inicio de la postura el pubis hacia delante. En caso de inversión, es la extensión de los muslos en desrotación externa quien aspirará poco a poco la columna lumbar hacia delante y recreará la lordosis fisiológica.

- En la postura sentada los talones se pueden situar más bajos que la pelvis en caso de dificultad para corregir la cifosis lumbar.

- En caso de escoliosis doble mayor, raramente nuestros pacientes serán capaces de efectuar eficazmente en la misma espiración el tiempo número 1, después el tiempo número 2, oblicuo mayor, y finalmente el tiempo número 2, oblicuo menor. Es por consiguiente necesario proceder a los apoyos manuales a nivel dorsal mientras hace el esfuerzo a nivel número 2, oblicuo menor, o a nivel lumbar mientras mantienen la corrección dorsal mediante el oblicuo mayor. La alternancia es deseable, siempre que sea posible, para utilizar al máximo el interés propioceptivo de estas posturas (Fig.12)

Armonización

Se realiza siguiendo las mismas reglas, con la atención constante en mantener el peso en el centro de los dos pies en bipedestación y un apoyo igual de los dos isquiones en posición sentada.

- La cabeza y el cuello. Ambos deben ser resituados en el eje sin contra-corrección.

- En las dos posturas, las alzas deben retirarse muy progresivamente.

- De pie en el centro, si la abducción de la pierna del lado de la escoliosis lumbar fuera indispensable en inicio de postura, se debe conducir de nuevo al eje a ritmo homeopático sin relajar la corrección de la escoliosis lumbar.

- En las dos posturas las desrotaciones inversas de la escoliosis lumbar y de la pelvis son particularmente delicadas y reclaman nuestra máxima atención.

- El enrollamiento y la elevación de los hombros se corrigen progresivamente.

- En postura sentada se debe proceder a cerrar de nuevo (si es posible completamente) las

rodillas en posición flexionada antes de realizar la extensión de las mismas. Esto permite una mucho mayor corrección de los pelvitrocantéreos. La corrección de la convexidad de la escoliosis lumbar debe ser perfecta durante todo este proceso (Fig.13).



Fig. 13

- Al final de la extensión de las piernas (si ésta es posible), se debe observar la situación de los maleolos. En todos los casos se debe insistir sobre la flexión coxofemoral.

Pistas

Estas deben ser la atención constante del terapeuta en estas posturas. El descubrimiento y la resolución de la causa de la escoliosis es lo que distingue y determina un resultado honesto y modesto o bien espectacular.

Integraciones

Cuanto más espectacular es el resultado de una sesión, más, de un modo pseudo-paradoxal, nos arriesgamos a ser «sancionados» por la no aceptación de la corrección por el esquema corporal de nuestro paciente. Las posturas en carga son entonces más que nunca necesarias. Se debe además, al final de la sesión, proceder a la integración.

