

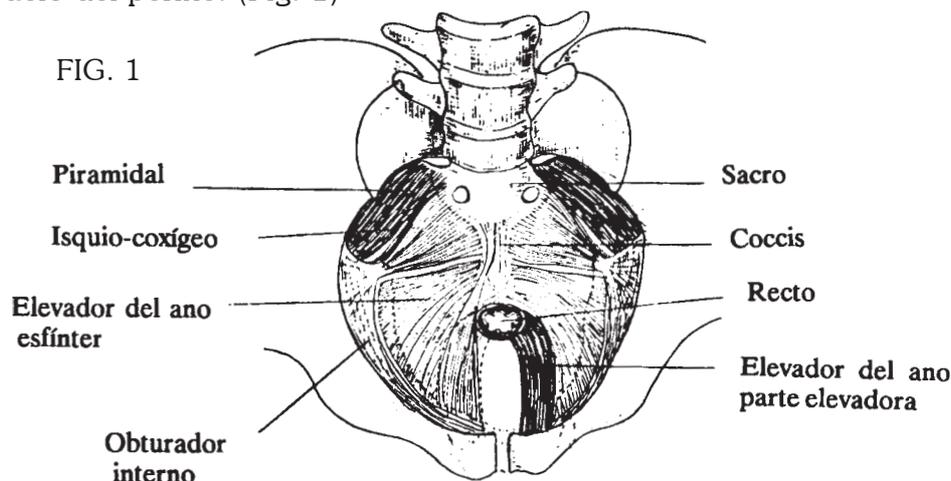
# El Periné - Reeduación

PH.-E. SOUCHARD

## REPASO ANATOMICO

El periné, verdadero diafragma de la pelvis, tiene tres planos:

1. *Plano profundo.* Está constituido por músculos de funciones variadas, entre ellas dos: el piramidal y el obturador interno, están destinadas al fémur. Solamente el elevador del ano, parte esfinterina y parte elevadora, y el isquio-coxígeo, pertenecen propiamente al suelo del periné. (Fig. 1)



### *Plano profundo del periné*

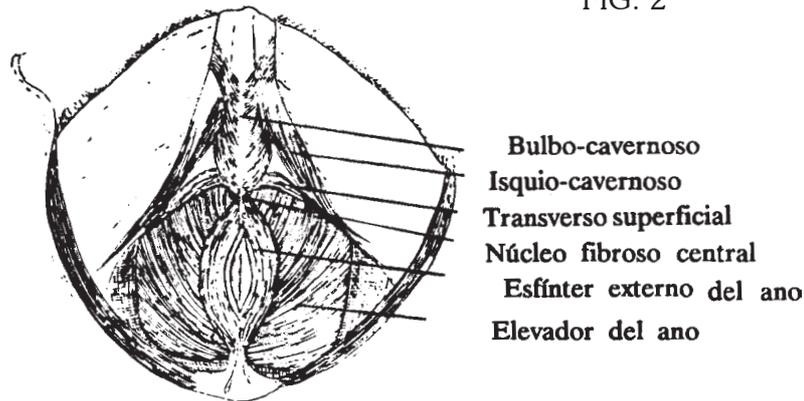
2. *Plano medio.* Está formado por el músculo transverso profundo y por el esfínter externo de la uretra.

3. *Plan superficial.* Comprende el transverso superficial, isquio-cavernoso, bulbo-cavernoso y el esfínter externo del ano. (Fig. 2)

El conjunto de este sistema muscular está forrado por tres capas aponeuróticas.

La aponeurosis profunda constituye la aponeurosis pelviana.  
En anatomía topográfica, se describe igualmente, un periné posterior, idéntico en el hombre y en la mujer, y un periné anterior.

FIG. 2



### **Periné posterior**

Está ocupado por el canal anal y por el esfínter externo del ano que se inserta en el rafe anocoxigeo y en el cóccix. A ambas partes del canal se encuentra una cavidad llena de grasa: la fosa isquio-rectal.

### **Periné anterior del hombre**

#### *- Plano subcutáneo*

La aponeurosis superficial se continúa con la túnica celular subcutánea de las bolsas.

#### *- Plano músculo-aponeurótico superficial*

Contiene las raíces de los cuerpos cavernosos, el bulbo y tres músculos: bulbo-cavernoso, isquio-cavernoso y transverso superficial.

#### *- Plano músculo-aponeurótico medio o suelo uro-genital*

Comprende los músculos transverso profundo y el esfínter estriado de la uretra.

- *Plano músculo-aponeurótico profundo*

Pertenece a la vez al periné anterior y al posterior y constituye el diafragma estático perineal. Comprende el elevador del ano y el isquio-coxígeo. Está atravesado en su parte posterior por el recto y por delante por el agujero uro-genital.

### Periné anterior de la mujer

Difiere del que tiene el hombre por la presencia del músculo transverso cutáneo del periné, por la independencia entre los órganos urinarios y genitales cuando atraviesan el periné, por la ausencia de próstata y por el desdoblamiento del bulbo.

### Disposición en cuatro cuadrantes

El entrecruzamiento del transverso profundo y el rafe anocoxígeo, forma el núcleo central fibroso y determina cuatro cuadrantes a una y otra parte de los esfínteres (Fig. 3, 4, 5).

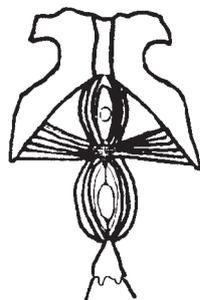


FIG. 3

FIG. 4

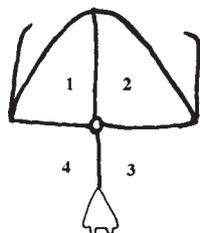
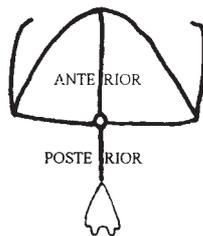


FIG. 5

### FISIO-PATOLOGIA

#### A.- De origen estático y respiratorio

Toda contracción del diafragma provoca una hiperpresión intra-abdominal, que hace fuerza sobre el periné y lo tensa, mientras que toda espiración crea una depresión y lo distiende.

Sobre el plano osteo-articular, una inspiración moderada no origina prácticamente

ninguna exageración de la lordosis lumbar, mientras que la presión abdominal tensa muy ligeramente y atrae el sacro hacia delante por la tensión de los músculos isquio-coxígeos y el elevador del ano. Por contra, una inspiración profunda bloquea el centro frénico y aumenta la lordosis lumbar por la acción de los espinales. El sacro se horizontaliza a pesar de la tensión del periné. (Fig. 6)

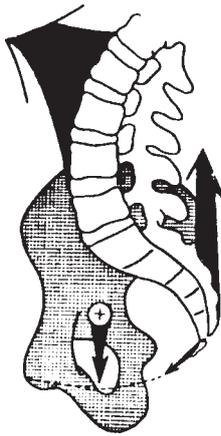


FIG. 6

Toda crispación inspiratoria crónica del diafragma ejerce por lo tanto indirectamente, una tensión sobre el periné a través de la masa visceral y por la tendencia a la horizontalización del sacro. El periné está entonces distendido a nivel de sus márgenes y se apoya fuertemente a nivel de los esfínteres.

Todo comportamiento asimétrico de los ilíacos ligado a esta horizontalización del sacro, toda rotación vertebral lumbar, originarán una lesión sacro-ilíaca y pubiana.

## **B.- Secuelas del parto**

El elevador del ano y el transverso profundo, deben durante el parto, cambiar la orientación de sus fibras: estas no están más horizontales pero miran al canal genital. Los bulbo-esponjosos se separan en anillo. El centro fibroso está muy amenazado. En caso de mala preparación y de parto difícil, la cabeza del niño «lamina» el periné posterior.

La episiotomía es debida frecuentemente a esta falta de preparación. Si bien este gesto protege la musculatura perineal, no deja de constituir un ataque a la integridad del periné.

Después del parto, no existe prácticamente ninguna posibilidad de que el movimiento de contranutación y el de reemplazamiento de la sínfisis pubiana se realicen en buena posición. Las tensiones que se ejercen sobre la musculatura del periné, las encontraremos por lo tanto cambiantes.

### **C.- De origen ósteo-articular**

Las frecuentes lesiones sacro-ilíacas o ílio-sacras, así como las del pubis, modifican el equilibrio del diafragma pélvico. No es infrecuente encontrar una dilatación subumbilical por inhibición de las fibras inferiores del músculo transverso del abdomen (cuyas fibras, contrariamente a las fibras superiores, pasan por delante de los rectos mayores), en caso de conflicto sacro-ilíaco.

Ahora bien, es necesario decir que el periné es siempre la imagen del abdomen y en particular del abdomen inferior. En caso de distensión subumbilical, el periné siempre tendrá tendencia a estar ligeramente relajado.

Los traumatismos del cóccix, los cuales se sabe que son particularmente dolorosos, pueden inhibir el periné posterior.

Una contractura del músculo piramidal (músculo de ajuste del sacro durante la marcha) o del obturador interno (músculo antagonista complementario del psoas-ilíaco para la rotación del fémur en el semipaso anterior) modificará el equilibrio del suelo perineal. Se reconoce a través de estos ejemplos la patología llamada de «bombeo» del diafragma.

### **D.- De origen visceral y ponderar**

La asociación de hiperlordosis lumbar, bloqueo diafragmático, ptosis abdominal y sobrecarga ponderal, origina una acumulación de peso en un suelo pélvico ya separado a nivel de sus paredes.

Una patología genital o visceral agravará el proceso, lo mismo que los partos repetidos y los aumentos de peso muy importantes durante el embarazo.

## **CLINICA**

Es extremadamente variada. La rica inervación y vascularización del suelo muscular perineal y de las vísceras cercanas, hacen de su

buena fisiología un elemento importante en el funcionamiento de la pelvis menor.

La atonía del periné puede originar una parálisis esfinteriana, que es particularmente frecuente entre las parturientas jóvenes y añosas.

Antes de llegar a esta patología importante, son frecuentes las sensaciones de peso: necesidad incesante de micción o defecación.

La atonía del periné anterior entre las mujeres con pérdida de sensibilidad, descenso de órganos, son menos frecuentes. Ciertas impotencias, frigideces o esterilidades son puramente de origen mecánico.

## **ASPECTO BIOMECANICO DE LA PATOLOGIA**

### **1.- Las paredes**

Aparte de raras excepciones, toda la patología muscular perineal está asociada a un emplazamiento anormal de las paredes: ilíaco y sacro, y a un problema diafragmático.

No habrá por lo tanto, ninguna posibilidad de considerar los problemas del periné sin tener en cuenta los psoas-ilíacos, los aductores pubianos, la masa común y el diafragma.

Se puede esquematizar esto con el siguiente símbolo:



Un esfínter está encuadrado por el periné tenso desde las paredes en mala posición.

### **2.- Los dos biotipos extremos**

Para comprender mejor los problemas del diafragma tenemos que considerar lo descrito en el artículo siguiente «El diafragma y la respiración» sobre su comportamiento en el deportista muy tónico y

muy delgado, así como en el sujeto muy pletórico con abdominales atónicos (Fig. 7, 8). Podemos retomar esta simplificación para el periné.



FIG. 7



FIG. 8

- En el sujeto delgado de tipo deportivo

El periné responderá a la separación de las paredes con una hipertonicidad:



Periné tónico, separado a nivel de las paredes, apoyado fuertemente sobre los esfínteres.

-En el sujeto muy pletórico

El periné estará relajado e hipotónico. En un primer tiempo, los esfínteres continuarán realizando su función:



Periné atónico, separado a nivel de las paredes, apoyado fuertemente sobre los esfínteres.

### 3.- Patologías complejas

#### A) Sujetos mixtos

Estarán constituidos por los casos atípicos de los dos ejemplos extremos que vamos a ver.

#### B) Relajaciones esfinterianas

Confirmarán la mayor parte de las veces una agravación de los casos atónicos-pletóricos. Se puede representar así:

Periné atónico, separado a nivel de las paredes, esfínteres atónicos.



### C) *Periné anterior, periné posterior*

De la misma manera que las cúpulas del diafragma pueden reaccionar biomecánicamente de forma diferente, la parte anterior o posterior del periné podrán sufrir los daños individualmente. Dentro de un comportamiento patológico general, su comportamiento específico será frecuentemente diferente.

Se puede representar uno de los casos posibles de la siguiente forma:



Periné atónico, separado a nivel de las paredes, fuertemente apoyado en el esfínter anal, relajado a nivel del esfínter uretral.

## **REEDUCACION**

Se ve a través de los ejemplos precedentes que la reeducación del periné no puede hacerse de manera analítica, sino que debe ser considerado globalmente. Como siempre, nuestro gesto terapéutico partirá del síntoma, por lo tanto del periné si éste presenta un problema. La normalización del periné obtenida localmente será después mantenida con posturas cada vez más globales, con miras a reequilibrar el conjunto de la morfología del sujeto y buscando encontrar las causas.

Se constata igualmente que el periné es indisociable del diafragma. La semejanza entre los dos es tal que vamos a encontrar a través de la reeducación del periné todos los principios del diafragma y de la respiración.

Esto se encuentra resumido en el cuadro al final del artículo.

### **1. Introducción a la patología general**

A nivel del periné hemos visto que ésta, es constituida por una

anomalía de emplazamiento de las paredes.

Para el diafragma sabemos que la patología es sistemáticamente inspiratoria, asociada a un desfase de los intercambios y a un acortamiento de la fascia cérvico-toraco-diafragmática. La reeducación deberá por lo tanto normalizar las paredes y volver a su normalidad al sujeto en la espiración.

Esto no puede hacerse más que en R.P.G. y se necesitará la mayor parte del tiempo el empleo de posturas de apertura del ángulo coxofemoral para alargar entre otros el psoas-ilíaco, los aductores pubianos, la masa común.

Así mismo, se necesitarán posturas de cierre del ángulo coxofemoral para relajar isquiotibiales, glúteos mayores y masa común.

## **2. Los dos tipos**

- En el sujeto delgado de tipo deportivo

La reeducación del diafragma consiste en espirar inflando el vientre; se le añade el inflar el periné.

- En el sujeto hiperpletórico

El principio de reeducación respiratoria es el de balancear las costillas bajas y espirar metiendo el vientre. Se le añade una contracción de los esfínteres. Esto se hace sin la contracción de los glúteos.

## **3. Los cuatro cuadrantes**

Se ha constatado que una agresión puede afectar más particularmente al periné anterior o al posterior.

Además, la disposición anatómica en cuatro cuadrantes puede originar, según la disposición de las paredes y la patología, comportamientos diferentes en cada uno de los cuadrantes.

El diagnóstico lo realiza el terapeuta gracias a la palpación sucesiva con sus pulgares en cada uno de los cuadrantes. El contacto

es discreto a través del tejido, y se realiza a uno y otro lado de cada esfínter. (Fig. 9)

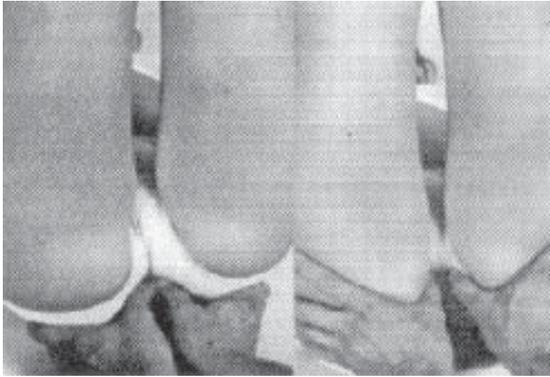


FIG. 9

El sujeto está en decúbito dorsal con la pelvis y las lumbares normalizadas, rodillas dobladas o pantorrillas apoyadas en los hombros del terapeuta.

Esta «escucha» del periné permite determinar «la amplitud respiratoria» del mismo. En la espiración el periné sube, en la inspiración se hincha. Permite sobre todo conocer finamente qué parte del periné está en situación normal: uno o varios cuadrantes en situación tensa o distendida anormalmente.

Para remediarlo, el principio es siempre el mismo: suspirar inflando el vientre y el periné en caso de tensión excesiva, suspirar contrayendo el periné en caso de hipotonía.

Se le añade un estímulo con los pulgares y por cuadrantes, en función del diagnóstico:

- pequeño masaje relajante en caso de hipertonía.
- pequeño estímulo tonificante de la punta de los pulgares en caso de hipotonía.

El conjunto de estas maniobras no superan los cinco minutos.

#### **4. Tratamiento global**

Cuando se ha obtenido un principio de normalización del periné, comienza el trabajo global en las posturas elegidas gracias a los puntos de reequilibración.

El sujeto continúa sus esfuerzos a nivel del periné conforme a la progresión de la postura. Esto es, se vigilará que infle el vientre y el periné en caso de tensión o se le pedirá frecuentemente que cierre los esfínteres en espiración en caso de hipotonía.

Gracias al trabajo previo del periné, el paciente es capaz de darse cuenta de si su esfuerzo tiene resultados, incluso cuando el terapeuta no le asiste con los pulgares.

	Periné	Diafragma y aparato respiratorio	Reeducación
Patología general	Separación y emplazamiento anormal de las paredes. 	Desfase de los intercambios. Bloqueo inspiratorio Acortamiento del "tendón del diafragma".	Normalización de las paredes. Insistencia en la espiración. R.P.G. con posturas de apertura del ángulo coxo-femoral para psoas-íliaco, aductores pubianos y masa común. Posturas de cierre del ángulo coxo-femoral para isquio-tibiales y masa común. Búsqueda de las causas.
Patología bi-polarizada	1) Sujeto de tipo deportivo. Masa visceral poco abundante. Separación de las paredes, periné tónico, apoyado fuertemente en los esfínteres. 	Bloqueo torácico alto, lordosis diafragmática, alerones de Sigaud frecuentes. Buenos abdominales.	Suspirar inflando el vientre e inflando el periné.  Suspirar metiendo el vientre y contrayendo el periné en la espiración.
	2) Sujeto de masa visceral plétórica. Separación de las paredes, periné relajado 	Diafragma subido "tendón acortado"  Abdominales relajados. Base del tórax en inspiración.	
Patología mixta e individual	1) Relajamiento esfinteriano.  2) Periné posterior Periné anterior  3) Patología de los cuatro cuadrantes 	Distendido. Patología de cúpulas. Alerón de Sigaud. Costillas. Patología de pompeos.	Respiración: Balance personalizado de las compensaciones. Periné: En caso de patología 1, 2 ó 3: Emplazamiento de los pulgares. Suspiro contrayendo el periné y pulgar tonificante en caso de hipotonía. Suspiro inflando el periné y pulgar relajante en caso de hipertonia