

Articulación sacro-ilíaca

DIEGO SGAMMA

GENERALIDADES

La articulación sacro-ilíaca es una articulación estática que soporta todo el peso del cuerpo. El sacro y la pelvis se mueven juntas.

Esta articulación es mantenida por 3 conjuntos:

1. Arco gótico: Este bloque está formado a nivel de los ilíacos, y cuanto más peso cae sobre la cuña central del arco gótico, más se aproximan entre sí los pilares. El arco gótico no tiene el inconveniente de caerse, pero puede inclinarse sobre un lado (dolor sacro-ilíaco).

2. Aspecto muscular: A este nivel, no se trata de musculatura dinámica. La masa común es un músculo común al ilíaco y al sacro, el músculo ilíaco, de ahí la imposibilidad para el sacro y el ilíaco de moverse independientemente.

3. Aspecto ligamentoso: A nivel del sacro, se encuentra numerosos ligamentos y un importante tejido fibroso que fijan la articulación. La articulación sacro-ilíaca es una articulación a menudo dolorosa y solicitada sin parar.

¿Cómo esta articulación crea a menudo lesiones? ¿No sería más lógico tener un artrodesis?

La primera respuesta sería que se trataría ya de un problema femenino desde que hubiera un parto; en efecto en este momento el sacro está obligatoriamente en posición horizontal; la segunda respuesta es que estas articulaciones se alinean sobre el occipital/C1/C2, lo que se verifica sobretodo durante la marcha, ya que fisiológicamente mientras que el apoyo se hace sobre un pie después que sobre el otro, el ilíaco es más anterior o más posterior. Se produce entonces un movimiento permanente en torsión de un ilíaco en relación al otro, de ahí la necesidad de una articulación de ajuste representada por la articulación sacro-ilíaca donde el sacro está encargado de

acoplarse a esos microajustes que son igualmente en relación con el movimiento de rotación de L5 durante la marcha; es por esto que el sacro debe armonizar las dos direcciones de estos movimientos que actúan en dos planos diferentes: en un plano sagital para los ilíacos, en un plano transversal para L5.

Recordemos que a nivel del sacro, no tenemos inserción de isquiotibiales. El sacro que, cuando está en lesión, se encuentra en posición horizontal a causa de la acción de la masa común (posterior), contrariamente a la pelvis que puede estar mantenida en equilibrio cuando la masa común y los isquiotibiales ejercen la misma tensión.

En conclusión, no se verá nunca un sacro demasiado vertical en relación a la pelvis pero él será horizontal o normal.

Resultado- un sacro horizontal será siempre anterior o posterior:

Anterior; hará falta estirar el músculo ilíaco (línea 1 del cuadro)
Posterior, habrá que estirar la masa común (línea 3 del cuadro).

La sacro-ilíaca, punto de lesiones frecuentes - plan:

- | | |
|----------------------------|--|
| A. Efecto de amplificación | - diagnóstico precoz |
| B. Macro | - sacro horizontal |
| | - doble sacro-ilíaca: dolor en los dos lados más irradiación en el sacro (¿problemas de periné o por caída?) |
| | - pelvis normal |
| | - pelvis demasiado horizontal |
| | - pelvis demasiado vertical |
| C. Micro | - ilíaco relativo |
| | - pasaje del dolor |
| | - cresta ilíaca |
| D. Relatividad macro/micro | |
| E. Globalidad | |

A. EFECTO DE APLIFICACION - DIAGNOSTICO PRECOZ

En el tratamiento de una lesión sacro-ilíaca, no es necesario esperar al efecto de amplificación, ya que estando en presencia de una articulación estática, la lesión, con la tensión de la postura, domina siempre sobre la posición morfológica normal; en diagnóstico anticipado, su fundamento tiene por objetivo evitar el efecto de amplificación, “evitando” así de comienzo la tensión global.

B. MACRO

Tres hipótesis de posiciones de pelvis con un sacro demasiado horizontal:

1. la pelvis es normal y el sacro es horizontal
2. la pelvis es horizontal y el sacro todavía más horizontal
3. la pelvis es vertical y el sacro horizontal

Primera hipótesis con una pelvis normal y el sacro horizontal

Los responsables son por una parte la masa común y por la otra el músculo ilíaco para el sacro. En el examen de las retracciones podemos poner una cruz en la línea 1 y 3.

Segunda hipótesis de una pelvis horizontal y el sacro horizontal

Los responsables son la masa común y el músculo ilíaco para el sacro por un lado y la masa común más el músculo ilíaco y los aductores pubianos para la pelvis por otro.

El sacro es todavía anterior y posterior, pero en el examen de las retracciones ponemos una cruz en la línea 3.

La responsabilidad mayor viene de los músculos anteriores, el sacro será siempre a trabajar por las dos familias de posturas, pero la elección se hará en función de la posición de la pelvis.

Tercera hipótesis con una pelvis vertical y el sacro horizontal

Estamos ante un desequilibrio total: los pacientes pueden presentar una lesión sacro-ilíaca ya sea izquierda o derecha o de los dos lados a la vez.

Los responsables son la masa común y el músculo ilíaco para el sacro y la cadena postero-inferior para la pelvis.

Aquí tiene lugar utilizar en combinación las familias de posturas, pero con una preferencia para las posturas en cierre en ángulo coxo-femoral (línea 3), ya que será la pelvis la que determine la elección de postura.

TRATAMIENTO Y ELECCION DE POSTURA (Es preferible comenzar con una postura en descarga)

La postura que se impone en el caso de una sacro-ilíaca es la postura en apertura de ángulo coxo-femoral:

- rana en el suelo: podemos así intervenir manualmente sobre el sacro o con la ayuda de una pequeña alza para corregir la horizontabilidad. La patología sacro-ilíaca necesita de la decoaptación.

- de pie en el medio: ésta parece difícil pero también podemos corregir el sacro.

- de pie contra la pared: está contraindicada cuando hay que realizar una corrección sacro-ilíaca.

- rana en el aire: igual que la rana en el suelo, es una postura muy importante.

- bailarina: podemos corregir el sacro con gran dificultad.

Apertura del ángulo coxo-femoral

En la primera hipótesis:

- rana en el suelo

----> sacro muy horizontal

- de pie en el medio

- 90% de tracción axial

- 10% de verticalización del sacro

Es necesario realizar los bombeos de sacro más a menudo para no perder la normalidad de la pelvis (recordamos que para mantener el sacro utilizamos la mano o el alza).

En la segunda hipótesis trabajamos:

- 90% en tracción axial
- 10% en deslordosis

Durante la rana en el suelo, realizamos el tiempo 3 + el tiempo 1 para mantener la posición normal y colocar sobre todo la pelvis en posición correcta (acordarse que para mantener el sacro necesitamos de la mano o del alza).

En la tercera hipótesis:

Cada vez que los aductores pubianos tiran la pelvis hacia delante, perdemos el sacro y viceversa.

Es el caso más difícil, donde hay que trabajar:

- 10% sobre la verticalización del sacro
- 10% sobre la horizontalización de la pelvis
- 80% sobre las tracciones axiales

(recordar de nuevo que para mantener el sacro es necesario de la mano o del alza).

Ventajas de la corrección manual en la apertura de ángulo coxo-femoral

Es el mejor medio ya que la mano nos da una mayor información que una alza sobre la dosificación de la corrección del sacro según las situaciones, respetando así uno de los fundamentos de la RPG que es la regla de la individualidad.

Además, el pilotaje manual del sacro permite actuar en particular:

- en la primera hipótesis por el mantenimiento constante de la tracción axial y dosificación de la corrección
- en la segunda hipótesis por el mantenimiento constante de la tracción axial, dosificación de la corrección, mejor pilotaje del movimiento de la pelvis y la otra mano, estimulación de los abdominales inferiores sobre el tiempo de respiración 3 para obtener más fácilmente el 10% de verticalización de la pelvis.
- en la tercera hipótesis por el mantenimiento constante de la tracción axial, dosificación de la corrección, mejor pilotaje del sacro y con la otra mano facilitación durante la última fase de la rana en el suelo para el 10% de horizontalización de la pelvis.

Cierre del ángulo coxo-femoral

En este caso, la pelvis sufre la influencia de los músculos posteriores y en las tres hipótesis, realizaremos:

- 90% en tracción axial
- 10% en verticalización del sacro, ya sea en postura rana en el suelo o en postura de bailarina. En esta última postura, estamos ya en tensión de la cadena postero-inferior.

Ventajas de la corrección manual en cierre del ángulo coxo-femoral

- en la postura de bailarina, ésta se realiza siempre e interviene cuando la postura esta todavía en la fase durante la cual el paciente apoya las manos.
- en la rana en el aire, donde también la primera parte de la postura es favorable con una verticalización manual del sacro de una mano y del control de la pelvis con la otra, evitando sucesivamente con una progresión correcta, que el sacro no se encuentre en lesión.

C. MICRO

1. Ilíaco relativo: un ilíaco esta horizontal, el otro vertical

Es la tensión que crea la sacro-ilíaca asimétrica.

En el caso de un ilíaco relativo durante la palpación, que se realiza a nivel de la espina ilíaca postero-superior donde se encuentra el surco, verificamos si el surco es profundo o no cuando encontramos dolor. La palpación debe realizarse sobre los dos lados a la vez.

El caso del ilíaco relativo es aquel que encuentra toda su eficacia en el pilotage manual del sacro, además de la acción de la mano sobre el sacro, por la acción de la otra mano insistiendo sobre la corrección del ala ilíaca que se encuentra en desfase de armonización durante la evolución de la postura, así como con un sacro horizontal o normal. Cualquiera que sea el problema macro, el ilíaco debe ser corregido en micro.

Lo ideal en el desarrollo de la postura con el sacro en el hueco

de la mano, es que los bordes de los dedos se encuentren sobre las transversas de L5 de forma que podamos corregir su eventual rotación, cuando esta vértebra se encuentra repentinamente en situación de adaptación durante la verticalización de la pelvis y en retraso la armonización del ilíaco.

2. Regla del dolor

El dolor nos indica la situación del problema. El dolor a nivel de la sacro-ilíaca puede estar provocado por:

- la posición anormal del ilíaco: adaptación permanente del sacro
- la posición anormal de L5: adaptación permanente del sacro
- caída sobre el sacro

3. El surco

- surco profundo: ilíaco con una relatividad posterior
ilíaco a reposicionar hacia delante
- surco superficial. ilíaco con una relatividad anterior
ilíaco a colocar hacia detrás

D. RELATIVIDAD MACRO/MICRO

A un ciclo macroscópico corresponde un ciclo microscópico, relatividad de lo micro en relación a una relatividad macroscópica. No hay una gran diferencia entre una lesión macro y una lesión micro.

MACRO ----> MICRO ----> MACRO (80% de los casos)
MICRO ----> MACRO ----> MICRO

80% de los problemas vienen de lo macroscópico y cuando hay dolor (micro), existe una compensación macro, y así se establece un círculo vicioso.

E. GLOBALIDAD

Uno de los principios fundamentales de nuestro método es practicar una reeducación con la participación activa por parte del paciente.