Paciente: masculino de 48 años
Motivo de consulta: lumbalgia
Tiempo de evaluación: 1hora

Evaluación en camilla:

a- Posición en decúbito ventral: por la palpación y observación se encuentra el hueso sacro en una desalineación de desvío triaxial dentro del espacio de doble cuña que le promueven los huesos coxales, de tal suerte que por el eje antero-posterior , su base se orienta hacia la izquierda y su extremo inferior hacia la derecha. Por el eje longitudinal lleva una rotación del hueso ,por la cual el tubérculo posterior derecho retrocede y por el eje transverso hay un aumento que desplaza una mayor horizontalización del sacro.

La palpación demuestra una diástasis sacro iliaca derecha que es corroborable a la visualización de RX y TAC que se conjuga con alteración proporcional de la sínfisis púbica y anclamiento de la articulación sacro iliaca izquierda de acuerdo a los principios del síndrome de sacro flotante.

Se palpa tensión y dolor en el ligamento sacro iliaco derecho con inestabilidad de la articulación completando el síndrome de sacro flotante. Por este lado el hemisacro derecho se halla móvil frente al coxal correspondiente, el anclaje del otro hemisacro tiene características de principios de artrosis lo que le resta notablemente movilidad. En la palpación exquisita del ligamento sacro iliaco derecho se encuentra fuerte dolor y engrosamiento fibroso del ligamento de Bichart.

Dada la inestabilidad del alerón iliaco correspondiente , corroborada por maniobras oscilatorias, se efectúa inspección ocular y revisión palpatoria con dedos en posición cyriática del ángulo costo lumbar ,donde se encuentra tensión y acortamiento de fibras longitudinales del músculo cuadrado lumbar y de algunas fibras oblicuas de las más próximas a la formación del ángulo. Profundizando y desplazando los dedos hacia arriba siempre dentro del mismo ángulo hay tensión en el pilar diafragmático correspondiente y acortamiento y dolor de los espinales intertransversos ,por último llevando solamente el dedo índice al vértice del ángulo se palpa dolor y fibrosis del ligamento costo lumbar.

En toda la zona se halla tejido fibroso producto de la acumulación de catabolitos ácidos del deshecho metabólico local. El ángulo costo lumbar opuesto no presenta sintomatología ostensible.

La fascia lumbar se encuentra fuertemente acortada y sin elasticidad espontánea, situación que lleva al aumento de la lordosis lumbar .

La palpación profunda de todo el hueso sacro evidencia una clara pérdida de la elasticidad del hueso como respuesta a la tracción desmedida de la cadena espinal a través de la masa común.

En el recorrido de los músculos espinales se encuentra en la zona dorsal del lado izquierdo dolor a la palpación y la aparición de “cuerditas de guitarra” formadas por el desarrollo de tejido económico intramuscular desde D10 hasta D2, esto delata una posición hipercifótica de larga data con ligera rotación vertebral e incongruencia de las carillas articulares de las vértebras.

El ángulo interno del omóplato izquierdo se presenta doloroso a la palpación y presión en toda la zona de inserción del músculo angular del omóplato correspondiente.

b- Posición en decúbito dorsal: Se observa una ligera hipertrofia del músculo ECOM derecho que se confirma con la palpación del mismo, encontrándose este adherido en los planos inferiores por adherencias entre las fascias del mismo y las adyacentes. Dicha hipertrofia sumada a su excesiva tensión produce una ligera rotación permanente de la caja craneal hacia la izquierda, con inclinación de esta sobre la columna cervical. Esta alteración del plano horizontal de la mirada es compensada por la tracción del angular del omóplato izquierdo sobre la columna cervical junto con los músculos escalenos del mismo lado que producen una ligera escoliosis funcional del cuello. La palpación profunda de todo el vientre del angular del omóplato es dolorosa y marca un claro acortamiento , en la maniobra de evaluación de los espacios interescalenos da un positivo con sintomatología de atrapamiento de las raíces cubitales pertenecientes a los troncos primarios del plexo braquial que atraviesan dichos espacios, con sintomatología clara de adormecimiento de los últimos tres dedos.

La tracción del ECOM sobre el hueso temporal a través de la apófisis mastoidea produce un aumento de la cisura petro- escamosa y una ligera rotación del hueso sobre sí mismo en el eje transverso que se aprecia por el abombamiento de su escama. El hueso temporal opuesto se halla aplanado por consecuencia. La palpación del ala mayor del esfenoides derecha es dolorosa , al tiempo que se observa y se palpa un aumento del entramado óseo en el hemifrontal izquierdo y por consecuencia igual situación en la concha del occipital derecho, por donde se palpa una fuerte cuerda fibrosa desde ahí y a lo largo del cuello en el borde externo del músculo esplenio, por lo que se deduce que la sínfisis esfeno basilar se halla en flexión.

c- Posición sentado: por la parte posterior con la palpación a través de ambos pulgares se puede confirmar el desajuste traxial del hueso sacro antes descripto.

# Ruta de compensación postural

En posición de pie, por el perfil el eje de la cabeza pasa por delante del eje del tórax y pelvis con punto de quiebre en la columna cervical.

Por la vista posterior se observa aproximación de la cabeza al tórax y de éste a la pelvis por el lado derecho, que se compensa con ligera flexión de la rodilla izquierda por contracción sostenida y fibrosa del músculo poplíteo ( confirmado a la palpación).

En la vista de frente ligera rotación de la cabeza hacia la izquierda, elevación del hombro derecho, aproximación del tórax a la pelvis, disociación de ambas cinturas, flexión de rodilla izquierda, ambos pies fuera del Polígono de Morton.

## Conclusiones

Se observa una fuete sacroileítis derecha con fuerte tensión del ligamento que produce un gran dolor dada la alta inervación que éste posee, es acompañado de fibrosis del tejido ligamentario que produce un aumento de tamaño de éste de tal suerte que rasga las raíces superiores del nervio ciático y justifica la irradiación en la parte posterior del muslo. La causa mecánica del desajuste articular se deduce de las direcciones opuestas de las fuerzas de tracción de los músculos espinales sobre el sacro y los isquiotibiales sobre el isquion que hacen del ligamento sacro iliaco el punto de torsión. Ambos grupos musculares se hallaban en fuerte tensión y acortamiento en las últimas semanas en concomitancia con el reflejo agresividad-miedo (Lowen), que se corresponde con el estrés referido por el paciente en ese mismo período debido a angustias provocadas por situaciones personales en un lapso de

tiempo similar al descripto.

Los dolores periféricos a la articulación sacro- iliaca, son producto de las compensaciones y estabilizaciones provocadas por la alteración de dicha articulación.