

tes, aunque no se haya realizado ninguna intervención directa sobre la columna cervical.

La cadena visceral parte de la base del cráneo, desciende hasta la garganta, el tórax, el abdomen y la pelvis y va a parar al perineo. Por consiguiente, esta cadena puede, de forma natural y coherente, hacer remontar los problemas viscerales hasta el nivel cervical.

traduce por lo que hemos denominado *compensaciones*. La coherencia de esas compensaciones es sencilla: siempre se trata de relajar las tensiones internas aunque se tengan que supeditar las cadenas *a una prioridad visceral*, en detrimento de la locomoción y de la estática. Así, las cadenas musculares nos permiten acceder a todas las dimensiones anatomofisiológicas de la compleja estructura que es el cuerpo humano. Su examen nos da pistas preciosas para comprender el origen de las disfunciones y deformaciones de nuestros pacientes. En esas condiciones, nunca debemos olvidar esas interrelaciones estrechas entre continente y contenido cuando se trate de entender la lógica de las disfunciones que sufren nuestros pacientes y de proponer un tratamiento personalizado.

2. Posicionamiento de la zona del hipocondrio derecho

Se efectúa cuando el dolor se siente en esta zona y los exámenes médicos son negativos, en especial el examen correspondiente al signo de Murphy.

Paciente: en decúbito supino, miembros inferiores flexionados, cabeza ligeramente levantada.



▼ Foto 42

Posicionamiento hipocondrio derecho 1

La hoja posterior se inserta:

- arriba, en el diafragma por el ligamento renofrénico
- abajo, en la fascia ilíaca, en la aponeurosis del cuadrado lumbar y en la aponeurosis del transverso

Observemos también que entre la hoja posterior y la pared abdominal posterior se interpone una grasa pararrenal por donde pasan el XII nervio intercostal y los nervios menores y mayores abdominogenitales.

La hoja anterior se inserta:

- arriba, en el diafragma, se une a la hoja posterior
- abajo, en la fascia ilíaca o en el PPP

La expansión fibrosa que se puede ver entre el riñón y su glándula suprarrenal, procedente de las hojas anterior y posterior, es la lámina inter-suprarreno-renal.

Observaciones

Para algunos anatomistas, las dos hojas se unen por debajo de los riñones y forman una cavidad cerrada. Para otros, la cavidad está abierta hacia arriba, lo que puede permitir o favorecer la ptosis de riñón.

En la parte interna, al nivel del pedículo renal que contiene las arterias, las venas renales, la pelvis renal, los nervios y los linfáticos, la cavidad renal se prolonga por la vaina conjuntiva que se une al pedículo.

En la parte mediana el tejido conjuntivo la prolonga incluyendo la aorta y la VCI.

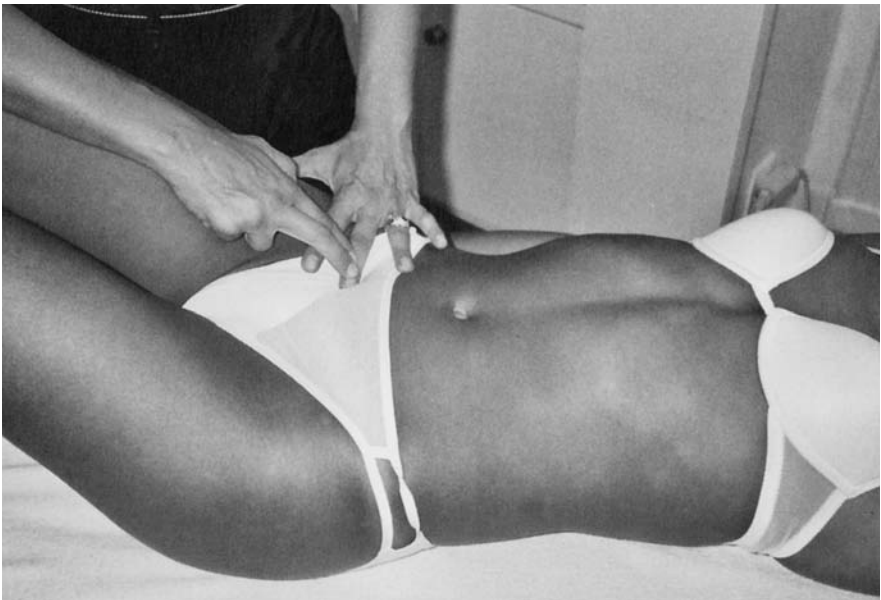
En el riñón derecho la hoja anterior está en contacto con varios órganos:

- el hígado. Entre el riñón y el hígado se encuentra el PPP, que forma un saco llamado ligamento hepatorenal
- la segunda parte del duodeno, del que está separado por la fascia retropancreática, denominada fascia de Treitz
- el ángulo cólico derecho. A ese nivel, la adherencia entre el PPP y la hoja anterior de la cavidad renal se denomina fascia de Toldt

El marco cólico: hay que deprimir bien los tejidos de las zonas a percudir.

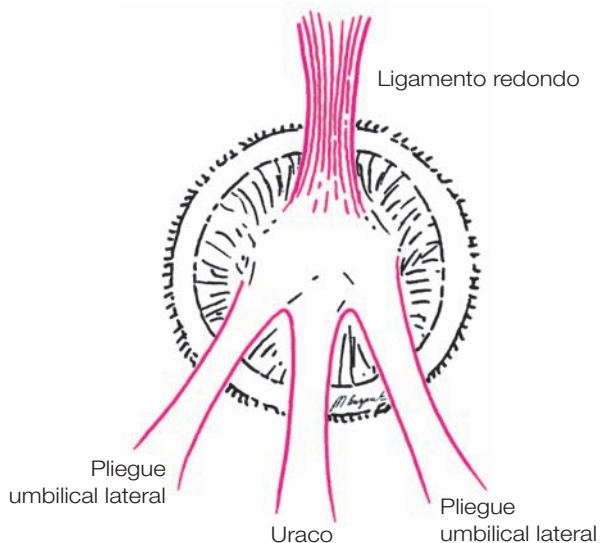
Se percuten:

- la fosa ilíaca derecha: el ruido debe ser resonante
- el flanco derecho: el ruido debe ser resonante
- el hipocondrio derecho: el ruido debe ser resonante hasta el borde inferior del hígado
- **el epigastrio:** el ruido debe ser resonante
- **el hipocondrio izquierdo:** el ruido debe ser cada vez menos resonante, ya que el colon transversal es cada vez más profundo



▼ Foto 10

Percusión fosa ilíaca derecha



▼ **Figura 11**
Anillo umbilical

En la parte supraumbilical el PPA y la “línea alba” están en estrecho contacto.

- Por encima del ombligo, el PPA presenta tres repliegues: el pliegue umbilical mediano, que es el vestigio del uraco, y los dos pliegues umbilicales laterales, que son vestigios de las partes distales de las arterias umbilicales.

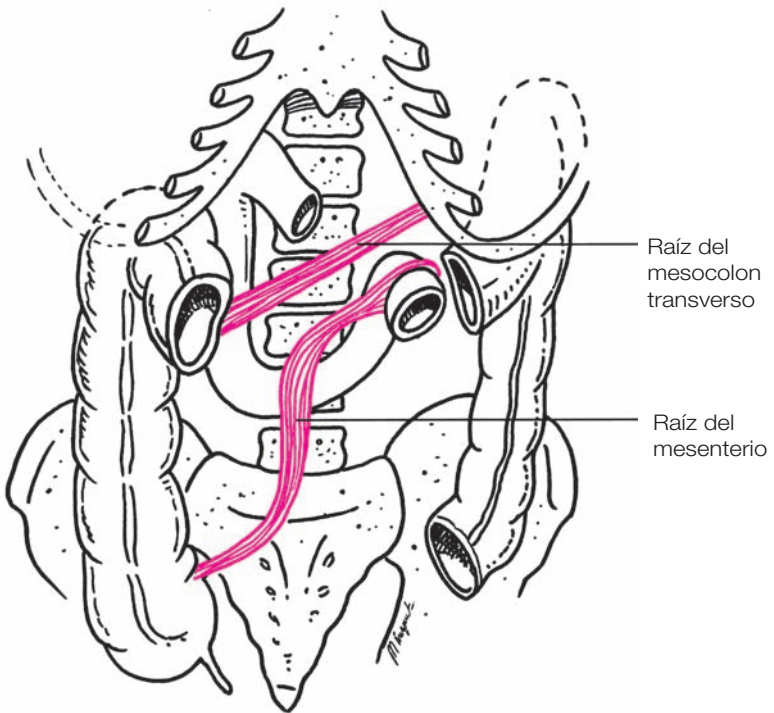
Esos tres pliegues están en relación “íntima” con el sistema visceral de la pelvis menor. Este punto de la descripción se desarrollará más adelante.

A este nivel subumbilical, el PPA se deja separar fácilmente.

- Al nivel umbilical, esos tres pliegues, además del pliegue del ligamento redondo, convergen hacia la cara posterior del ombligo. En el lado posterior el ombligo está cubierto por un engrosamiento de la fascia transversal. El PPA se adhiere a dicha fascia.

- colon ílfaco
- colon sigmoide

La raíz del mesocolon transverso está situada al nivel anterior de la parte inferior de la cabeza del páncreas, así como al nivel del borde inferior de la cola del páncreas.

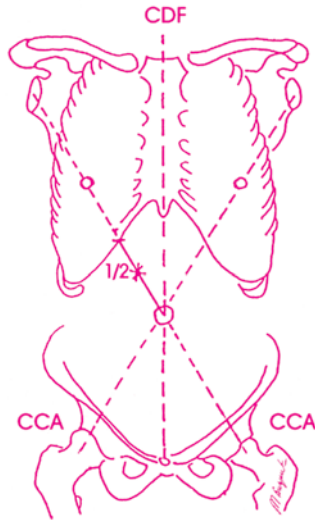


▼ **Figura 19**

Raíces del mesenterio y del mesocolon transverso

B. Mesenterio

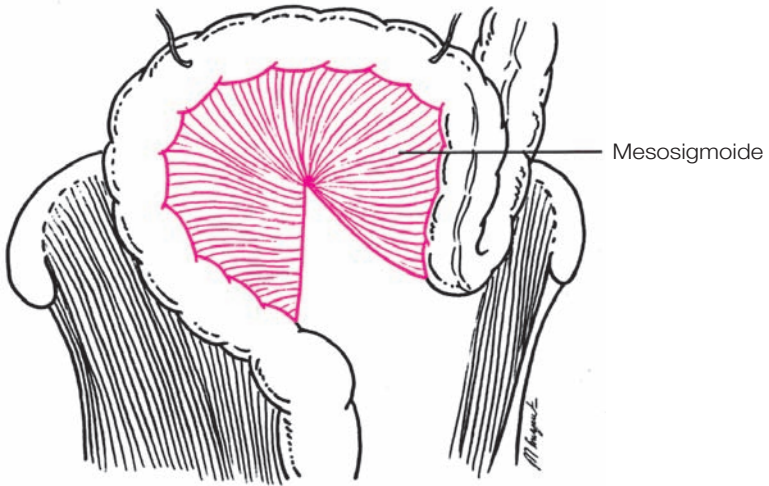
Es la prolongación del PPP cuando va a unirse al peritoneo visceral de las asas intestinales.



▼ **Figura 73**
Test de Murphy



▼ **Foto 29**
Signo de Murphy



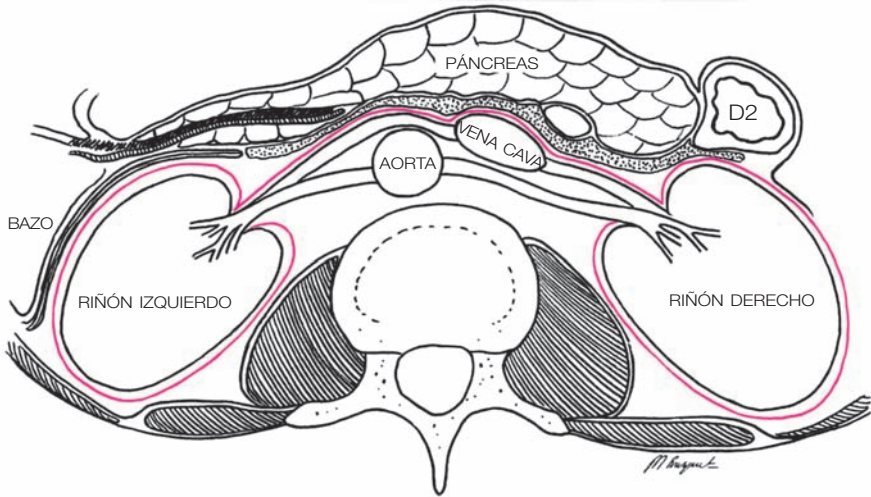
▼ **Figura 21**
Mesosigmoide

2. Epiplones

Los epiplones son la prolongación del peritoneo visceral de un órgano que va a unirse al peritoneo visceral de otro órgano. Así pues, están formados por dos hojas.

Se distinguen cuatro epiplones:

- el epiplón menor
- el epiplón mayor
- el epiplón gastroesplénico
- el epiplón pancreatoesplénico



▼ **Figura 49**
Cavidades renales

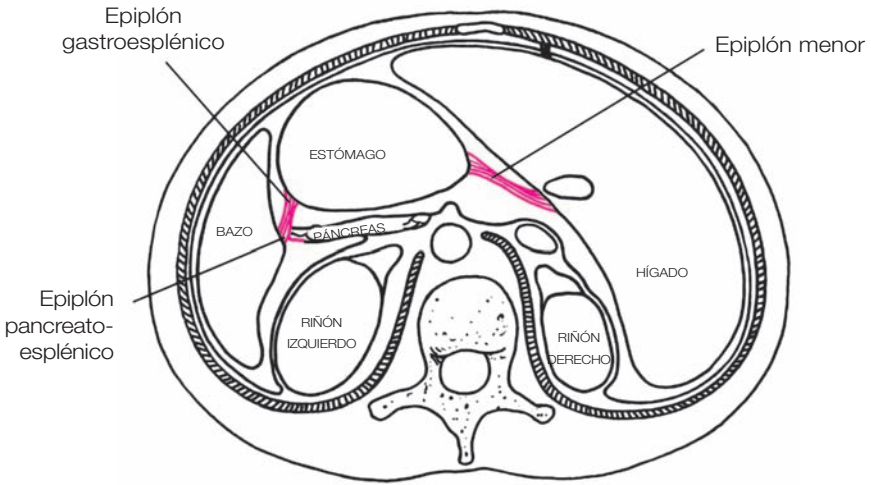
Según M Rouvière: “El riñón derecho se halla sensiblemente más abajo que el izquierdo. Probablemente debido a la presión que el hígado ejerce sobre el riñón”.

En el riñón izquierdo la hoja anterior se encuentra detrás del PPP.

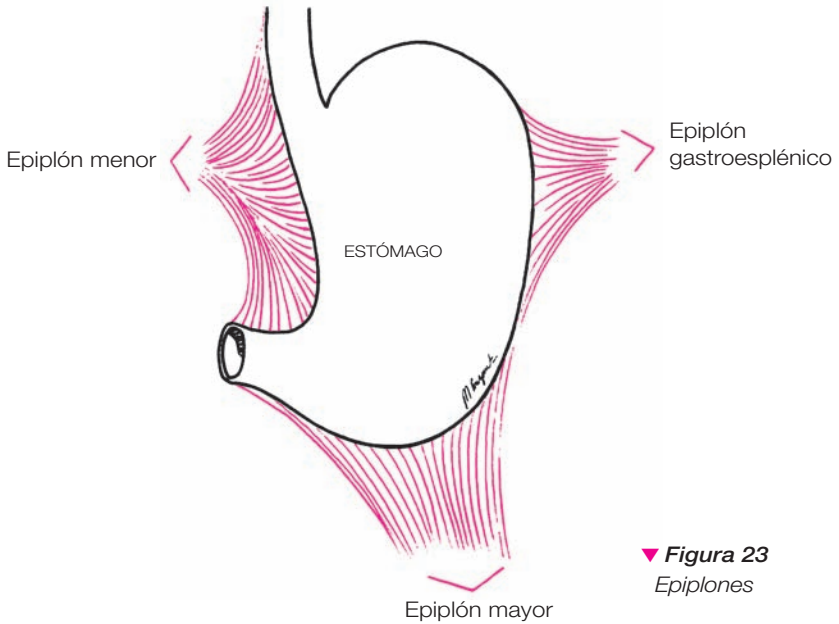
Las cavidades renales mantienen un contacto muy estrecho:

- con la pared musculoaponeurótica abdominal superior
- con la pared musculoaponeurótica posterior
- con las fascias de adherencia de los órganos abdominales

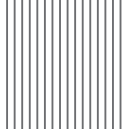
La consecuencia lógica que se deriva de esa red de “contactos” confirma nuestra hipótesis de trabajo: parece claro que la organización interna visceral y las paredes de las cavidades mantienen una relación íntima con el sistema de las cadenas musculares que gestiona los movimientos y la estática.



▼ **Figura 22**
Epiplones (corte transversal)



▼ **Figura 23**
Epiplones



Segunda parte: práctica	103
I. Examen del paciente	107
1. Anamnesis	107
2. Examen clínico del paciente	110
A. Examen global de las cadenas musculares	110
B. Morfología del abdomen	120
C. Examen venoso	121
D. Examen de la tensión abdominal	121
E. Percusiones abdominales	122
F. Palpación abdominal.....	132
1. Palpación del epigastrio	133
2. Palpación del hipocondrio izquierdo.....	135
3. Palpación del hipocondrio derecho	136
4. Palpación del nivel submesocólico.....	137
5. Palpación de la fosa ilíaca derecha	141
6. Palpación del flanco derecho	142
7. Palpación de la fosa ilíaca izquierda	143
8. Palpación del hígado.....	144
9. Signo de Murphy	146
10. Palpación de los riñones	148
11. Palpación del bazo.....	149
12. Puntos renales	150
13. Percusión renal	152
3. Síntesis del examen	153

11. Posicionamiento de la esfera pelviana

El tratamiento visceral de la esfera ginecológica no se describe en este libro. La razón es sencilla. Todo mi trabajo sobre esta esfera se basa en los trabajos del doctor Stapfer expuestos en su *Traité de kinésithérapie gynécologique*, 1897. De dichos trabajos he conservado el método de masaje de la esfera ginecológica y las grandes maniobras abdominales, en particular, cuando su autor insiste en las alteraciones vasculares y las alteraciones del tejido conjuntivo. De él me quedo también con este principio: “suavidad, mano ligera y sesiones breves en dosis homeopáticas”, que me esfuerzo por respetar al máximo.

No describo estas técnicas en este capítulo debido a que los fisioterapeutas las conocen. No obstante, preciso que el objetivo del masaje es distender y revascularizar las paredes de la esfera ginecológica. En un primer tiempo se deben abordar las tensiones tisulares a fin de obtener una postura tisular; para ello, se aconseja un masaje con una ligera depresión tisular.

Por lo que respecta al período en el que estos masajes y estas posturas son más eficaces, se intentará realizarlos alrededor del decimoquinto día del ciclo, en función de las fases vasculares.

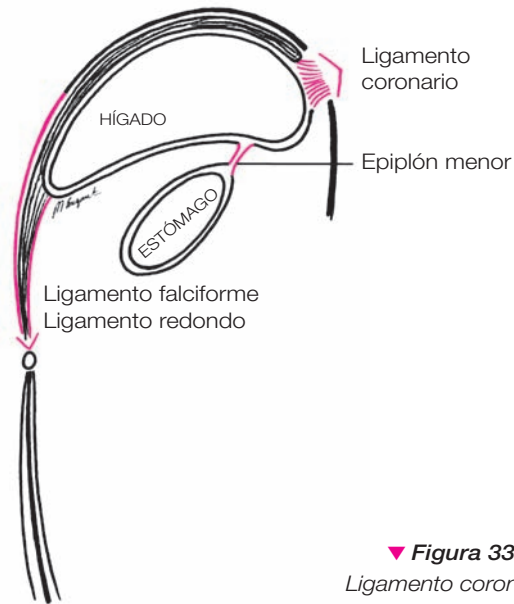
El tratamiento de esta esfera, asociado a la gimnasia hipopresiva de Marcel Caufriez, se incorpora al tratamiento global de las cadenas musculares.

Si desea perfeccionarse en los tratamientos uroginecológicos, en Lyon y en Bruselas algunos colegas imparten cursos de calidad. Estos cursos integran la influencia de las cadenas musculares.

Observaciones

Las posturas propuestas en este capítulo liberan las tensiones tisulares, facilitan la circulación, la descongestión y mejoran la troficidad. Es lógico que el tratamiento de las cadenas comience por la relajación de las tensiones internas, dado que son precisamente esas tensiones las que determinan e influyen en la programación de las cadenas musculares dinámicas.

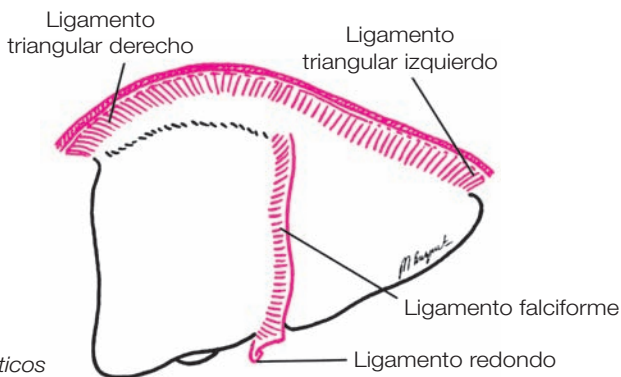
Además, tal como hemos insistido en la parte consagrada a la metodología del examen del sujeto, siempre es necesario posturar, como comple-



▼ **Figura 33**
Ligamento coronario

praumbilical; al nivel del borde anterior del hígado, las dos hojas del ligamento falciforme forman un canalón por donde pasa el ligamento redondo, que se fija a la parte posterior y superior del ombligo

- **por detrás**, por el ligamento coronario. La hoja inferior del ligamento coronario, que se prolonga sobre la porción vertical del diafragma, va a bordear la VCI y unirse al epiplón menor



▼ **Figura 34**
Ligamentos hepáticos

1. Posicionamiento de la zona del hipocondrio izquierdo

Paciente: en decúbito supino, miembros inferiores flexionados, cabeza ligeramente levantada.

Fisioterapeuta: a la derecha del paciente, en semiabertura delantera.

1. Localización: la primera comisura de la mano derecha se coloca por debajo de la zona de tensión del ligamento gastrocólico.
2. Fijación establecida por esta mano contra el reborde condrocostal izquierdo.



▼ Foto 38

Posicionamiento hipocondrio izquierdo 1

6. Posicionamiento de la zona del costado derecho

Paciente: en decúbito supino, miembros inferiores flexionados, cabeza ligeramente levantada.

Fisioterapeuta: a un lado, a la derecha del sujeto.

1. Localización: las pulpas de los dedos de la mano derecha se colocan sobre el borde interno de las tensiones del costado derecho.
2. Penetración: la mano izquierda procede a un crédito de distensión tisular al nivel del costado izquierdo y el pulgar de esta mano se coloca contra los dedos de la mano derecha.
3. Fijación sobre la mano derecha.
4. Posicionamiento: el pulgar de la mano izquierda estira los tejidos hacia el costado izquierdo.

Este posicionamiento libera las tensiones entre el epiplón mayor y el peritoneo del colon ascendente.



▼ Foto 58

Posicionamiento costado derecho 1

- Hinchazón subumbilical del vientre asociada a una depresión de la región supraumbilical. Con frecuencia indica una ptosis de los órganos al nivel supraumbilical. Esta ptosis comprime los órganos subyacentes y produce congestión.

C. Examen venoso

La observación de la circulación venosa de los miembros inferiores y del abdomen debe completar los exámenes clínicos médicos.

D. Examen de la tensión abdominal

El examen de la tensión abdominal supone una maniobra que nos proponemos describir aquí.

El paciente está en decúbito supino, cabeza levantada y miembros inferiores flexionados, a fin de distender la pared abdominal.

El fisioterapeuta está a la derecha del sujeto. Coloca ambas manos sobre la parte media del abdomen, una por encima y otra por debajo del ombligo.



▼ Foto 1

Tensión abdominal

3. Los dolores o las disfunciones aumentan con la inmovilidad y se alivian con el movimiento ligero.
4. El examen del sujeto y el tratamiento son globales.
5. La sede y la causa del dolor no se hallan prácticamente nunca en el mismo lugar.

Consideremos, por ejemplo, una lumbalgia.

En el caso traumático el paciente se acuerda sin ningún problema de la caída y del falso movimiento que produjeron los dolores. En este tipo de casos se observa que a mayor movimiento, mayor sufrimiento.

En el caso crónico el dolor se instala de forma progresiva, sin traumatismo. Al paciente le alivia el movimiento ligero cotidiano, mientras que por la noche, al levantarse o después de haber permanecido largo tiempo sentado los síntomas aumentan. En la población francesa actual más del 60% de las lumbalgias reconocidas son de tipo crónico, es decir, tal como veremos, de origen visceral.

Una vez elucidado el origen del problema –traumático o crónico– que presenta el paciente, la anamnesis se debe conducir de forma metódica, por medio de preguntas claras y sencillas.

Proponemos una lista básica:

- ¿Cuándo empezaron el dolor o los síntomas?
- El síntoma ¿va asociado a otros trastornos?

¿Trastornos articulares?

¿Trastornos vertebrales?

¿Trastornos funcionales viscerales?

En este último caso, ¿qué órgano es la causa, el estómago, el hígado, los intestinos, el corazón, los pulmones, los riñones, los genitales?

- El paciente presenta migrañas, cefaleas relacionadas con:
 - ¿trastornos circulatorios?
 - ¿trastornos hormonales?
 - ¿trastornos oculares?