

LA INFLUENCIA DEL GLÚTEO MEDIO EN LOS ACORTAMIENTOS DE MIEMBROS INFERIORES

**Francesc Octavio Mata
Impronta Ortopedia, Madrid**

INTRODUCCION

En la mayoría de visitas por disimetría de miembros inferiores en la consulta del técnico ortopédico, la solución que se enfoca suele ser la de una alza compensatoria, en el presente artículo revisaremos de forma sintética la diferencia entre asimetrías estructurales y funcionales, y la influencia del principal músculo desestabilizador pélvico coronal: el glúteo medio, responsable de aparentes caídas hemipélvicas que se podrían interpretar como una falsa disimetría.

VALORACION

La valoración de una báscula pélvica coronal debería hacerse en estático y en dinámico, debido a que la mayoría de afectaciones musculares se manifiestan en una o dos de las fases de la marcha, mientras que en el resto se realinean de forma espontánea. En la postura de estático, observaremos una posición de caída generalmente global de todos los segmentos articulares y óseos de la extremidad inferior, que responde a distintos orígenes o causas a estudiar.

En esta fase debemos ser muy meticulosos por que dependiendo de la actuación ortopédica que realicemos, podemos desarrollar mayor patología de la que observamos, ya que una disimetría funcional ocasionada por un acortamiento muscular, acabará estructurándose si le aplicamos un alza compensadora.

Para ello realizamos una exploración física, que debería apoyarse siempre con una muestra radiológica telemétrica, o como mínimo en carga con la alineación de referencia postural.

En la valoración física deberíamos localizar los puntos de referencia básicos como: EIAS, EIPS, centro del pubis, centro patelar, TTA, maléolo medial y lateral bilateral, trocánter mayor y límite superior de las crestas ilíacas. (Ver imágenes)

A grosso modo podemos clasificar las causas etiológicas de una báscula coronal pélvica en bipedestación estática en óseas, articulares o musculares, y podemos destacar como las más comunes las siguientes (Fig. 1,2 y 3):

- Origen óseo:
 - Longitud diafisaria femoral.
 - Longitud diafisaria tibial.
 - Morfología calcánea
- Origen articular:
 - Posicionamiento hemipélvico antigravitatorio.
 - Ángulo acetabular.
 - Inclinación de la cabeza femoral.
 - Ángulo coronal genicular.
 - Ángulo coronal de tobillo.
 - Comportamiento subastragalino.
- Origen muscular:
 - Acortamiento psoas ilíaco.
 - Acortamiento fascia lata
 - Acortamiento glúteo medio.
 - Acortamiento isquio tibiales.
 - Acortamiento adductores.
 - Acortamiento gemelos/ sóleo.

De todas estas causas, deberíamos discernir cual de ellas apunta a ser el origen del posicionamiento alterado del paciente para decidir el mejor abordaje terapéutico. En las distintas posibilidades, obviamente incluimos el técnico ortopédico.

Como primer paso, aconsejamos valorar las principales líneas de referencia, que en una posición de bipedestación estática, y centrados en una plomada o laser que pase por el centro de la sínfisis púbica, deberían recoger los siguientes segmentos (Fig. 4):

- Línea A: línea que pase por los bordes inferiores acetabulares, y que nos marcaría el nivel de caída de la articulación coxal.
- Línea B: la que une a ambos trocánteres mayores, la usamos para establecer asimetrías entre la cadera y los fémures en el caso de existir, y nos ayuda a discriminar si el origen de la báscula puede deberse a una alteración del ángulo de inclinación femoral.
- Línea C: Recoge ambas mesetas tibiales, y nos ayuda a valorar los acortamientos a nivel tibial.
- Línea D: une la base de la tibia, o lo que es lo mismo, la articulación tibio astragalina, que nos ubica el tobillo.

Para una correcta interpretación de una telemetría con la finalidad de establecer la situación de una disimetría de miembros inferiores, es capital seguir ciertos pasos e identificar determinadas líneas angulares. Con la comparativa de los diferentes niveles podemos saber donde se encuentra el acortamiento, y al mismo tiempo podemos obtener pistas sobre el posible origen del mismo.

En las figuras 5, 6 y 7 se pueden apreciar las líneas de referencia, los ángulos que pueden afectar a un acortamiento y los balances hemipélvicos que pueden influir también en una posición asimétrica. Queremos resaltar que no abordamos las cuestiones relacionadas con deformidades óseas o articulares por una cuestión de espacio.

EL GLÚTEO MEDIO

Muchas desalineaciones de altura de miembros inferiores ocurren por una desigual tensión muscular de este músculo. El glúteo medio es responsable de la elevación de la pelvis contralateral durante la marcha, en la fase de máximo apoyo, y ayuda al lanzamiento de esa pierna. También es un músculo que actúa en la propiocepción pélvica de manera determinante en la posición bípeda, en estático, especialmente estabilizando el plano coronal. Por ese motivo es bastante común que un lado del cuerpo, que acostumbra a ser el dominante, o sea, el lado más ágil del cuerpo (diestro o zurdo), el que acabe desarrollando mayor actividad muscular.

En esta situación, es posible que en momentos en los que el lado dominado tiene algún déficit, ya sea por una lesión, o bien por algún tipo de alteración que aumente el gradiente entre ambos lados, se produzca una diferencia de tono entre ambos lados que supere un límite de tolerancia, a partir del cual, el músculo más tónico, pasa a estar contracturado, respecto al menos tónico.

El glúteo medio, tiene una función abductora de cadera, y al mismo tiempo es apertor pélvico y un ligero retroversor hemipélvico. Una hemipelvis que esté “abierta” a nivel ilíaco, tiende a acortar su distancia entre la cresta ilíaca y el trocánter mayor por lo que ese lado corporal aparece como más corto, por una cuestión biomecánica obvia.

La prueba exploratoria más concluyente y además muy sencilla de realizar consiste en posicionar al paciente en bipedestación estática, juntando ambas piernas, asegurándose que los segmentos de referencia se encuentren alineados y estabilizados, y medir la altura de las EIAS al suelo, en el caso de existir una diferencia significativa, (consideraremos significativo a partir de medio centímetro, aunque aconsejamos no actuar por debajo de un centímetro de disimetría) pediremos al paciente que se coloque en abducción de caderas, en torno a unos 30º (Fig. 8 y 9), para inhibir la influencia de ese músculo. Si al realizar la maniobra de abducción de caderas, la distancia entre las EIAS al suelo se equipara, podemos afirmar sin duda que la disimetría visual que hemos valorado anteriormente está provocada por una tensión desigual entre ambos glúteos medios, y por tanto sería indicado actuar sobre ellos, especialmente elongando el músculo acortado, y realizando una reeducación para activar más el “elongado”. Es cierto que la cinta iliotibial puede presentar influencia en esta valoración, y a veces puede ser difícil diferenciar entre ambos en cuanto a posición esquelética, pero debemos tener en cuenta que el glúteo medio es mucho más corto y ancho que la fascia lata, por lo que su tendencia a contracturarse o a aumentar de tono acostumbra a ser mayor.

En el caso de existir acortamiento de abductores de cadera, desaconsejamos la colocación de una alza en el lado “corto”, debido a que ello contribuiría a estructurar ese acortamiento. La solución en estos casos pasa por un tratamiento fisioterapéutico de este músculo, buscando como objetivo la simetría funcional entre ambos, e intentando recuperar el nivel fisiológico normalizado en ambos lados. En el caso de existir desajustes entre ambos músculos, es muy importante encontrar la causa que provocó esa desalineación, por que de nada servirá un tratamiento sin atacar las causas (posturas antiálgicas, inmovilizaciones, uso de prótesis u ortesis que afectan la marcha...).

Como conclusión podemos decir que las causas posibles de un acortamiento de una extremidad que causa caída de una hemipelvis en el plano coronal puede ser muy diverso, y se debe realizar un estudio pormenorizado para encontrar el origen y atacarlo convenientemente. Solo unas pocas causas posibles deben ser tratadas con compensaciones ortopédicas externas como plantillas o alzas, por lo que como profesionales, los técnicos ortopédicos debemos analizar

correctamente a nuestros pacientes para ofrecerles las soluciones más adecuadas.