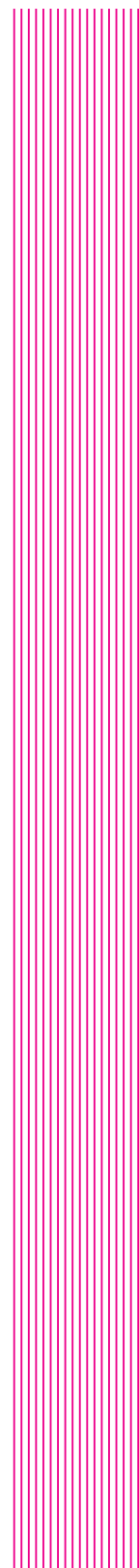
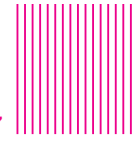


Primera parte

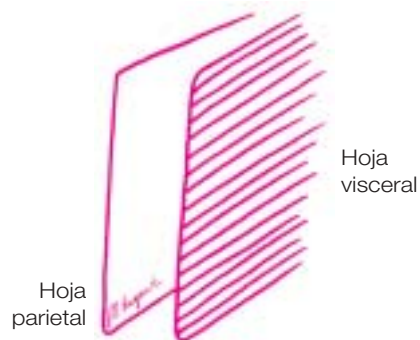
Descripción





I. Peritoneo

El peritoneo está en contacto, por un lado, con la cara interna de la cavidad abdominal y, por el otro, con la cara externa de los órganos. Este doble contacto es posible gracias al aspecto característico del peritoneo en membrana serosa de dos hojas. Por eso distinguimos en el peritoneo una hoja parietal y una visceral.



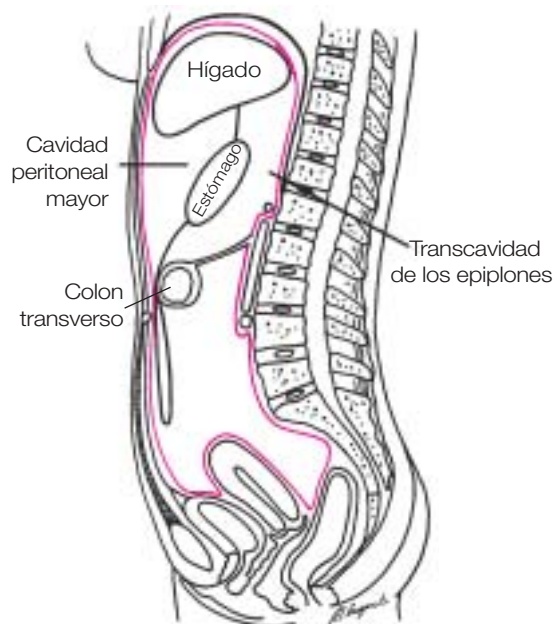
▼ **Figura 1**
Peritoneo

Esas dos hojas van a delimitar una cavidad peritoneal. Dicha cavidad está cerrada en el hombre y abierta en la mujer al nivel del pabellón de la trompa de Falopio y del ovario.

La cavidad peritoneal está ocupada por las vísceras digestivas y los numerosos pliegues peritoneales.

Consta de dos regiones principales que se comunican entre sí por el orificio epiploico:

- la cavidad peritoneal mayor
- la bolsa omental o transcavidad de los epiplones



▼ **Figura 2**
Peritoneo



III. Propiedades del peritoneo

Se puede estimar la importancia del peritoneo considerando la variedad y el número de sus propiedades. Vamos a examinarlas de forma detallada.

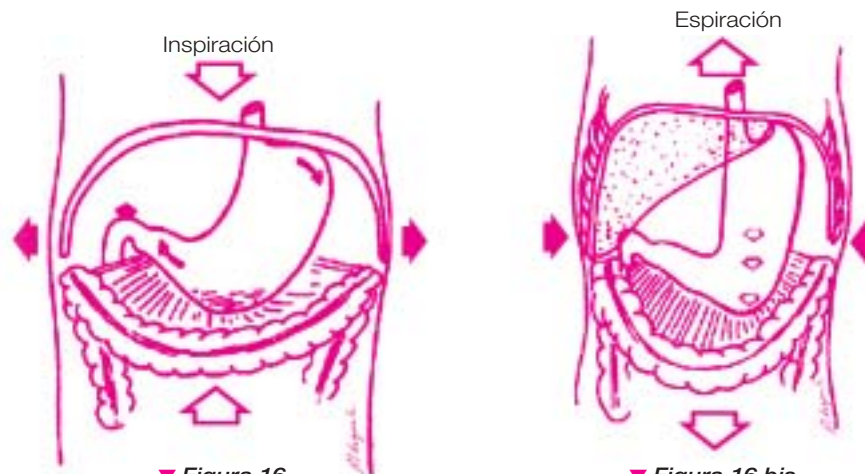
1. Propiedades mecánicas

A. Suspensión

El peritoneo es un tejido conjuntivo al que se otorga el papel de *suspensión* de los órganos en la cavidad abdominal, uniéndolos a las diferentes paredes. Pero ¿qué entendemos por suspensión? Los órganos ¿están realmente suspendidos, en el sentido de que penderían en el vacío, únicamente unidos a las paredes de la cavidad abdominal?

Todo indica lo contrario, que las vísceras no puedan estar suspendidas de esta manera.

Los ligamentos “llamados” suspensores unen los órganos pesados subdiafrágmaticos a la cara inferior del centro frénico. Si hubiera suspensión, ha-



▼ **Figura 16**
Diafragma en inspiración,
horizontalización del estómago

▼ **Figura 16 bis**
Diafragma en espiración,
verticalización del estómago



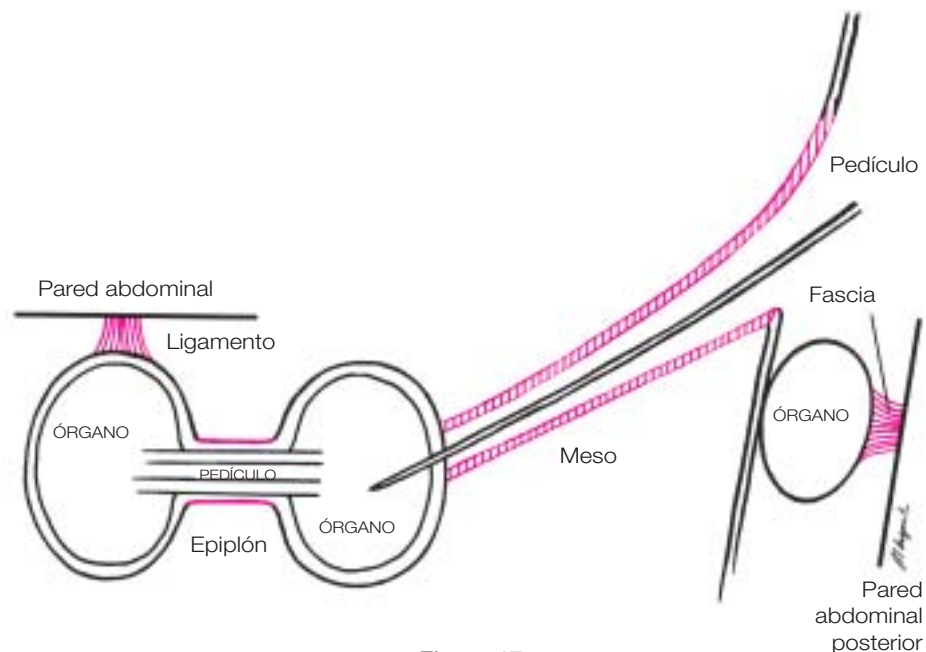
IV. Prolongaciones del peritoneo visceral y del peritoneo parietal

El peritoneo parietal posterior se prolonga en el interior de la cavidad abdominal en forma de pliegues. Son los mesos. Estos últimos se continúan con el peritoneo visceral del órgano. Los pliegues peritoneales que unen los órganos entre sí se denominan epiplones.

Los pliegues que unen los órganos a la pared se denominan ligamentos.

En cuanto a las fascias, aunque sean retroperitoneales, unen la pared posterior de un órgano a la cara anterior de la pared abdominal posterior. (fig. 17).

Precisemos las particularidades anatómicas de cada uno de esos elementos.



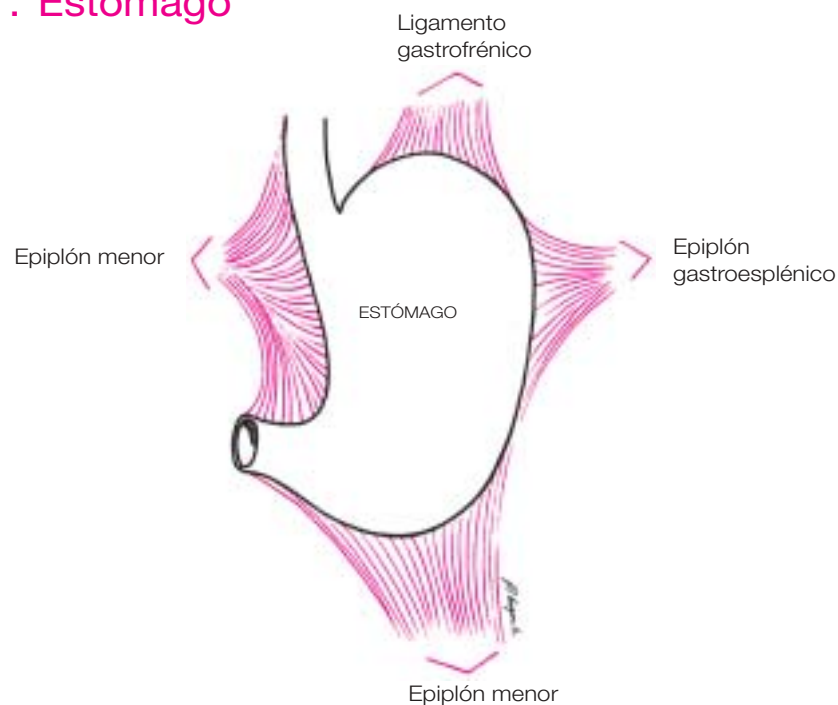
▼ Figura 17

Prolongaciones del peritoneo visceral y del peritoneo parietal



V. Continuidades tisulares de cada órgano peritonizado

1. Estómago

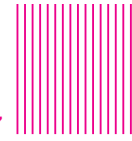


▼ **Figura 27**
Estómago

Está completamente peritonizado.

El peritoneo visceral (PV) del estómago se prolonga por varias estructuras:

- el ligamento gastrofrénico. Va de la tuberosidad mayor del estómago al peritoneo diafragmático. Algunas de sus fibras van al pilar izquierdo del diafragma. El ligamento gastrofrénico se prolonga:



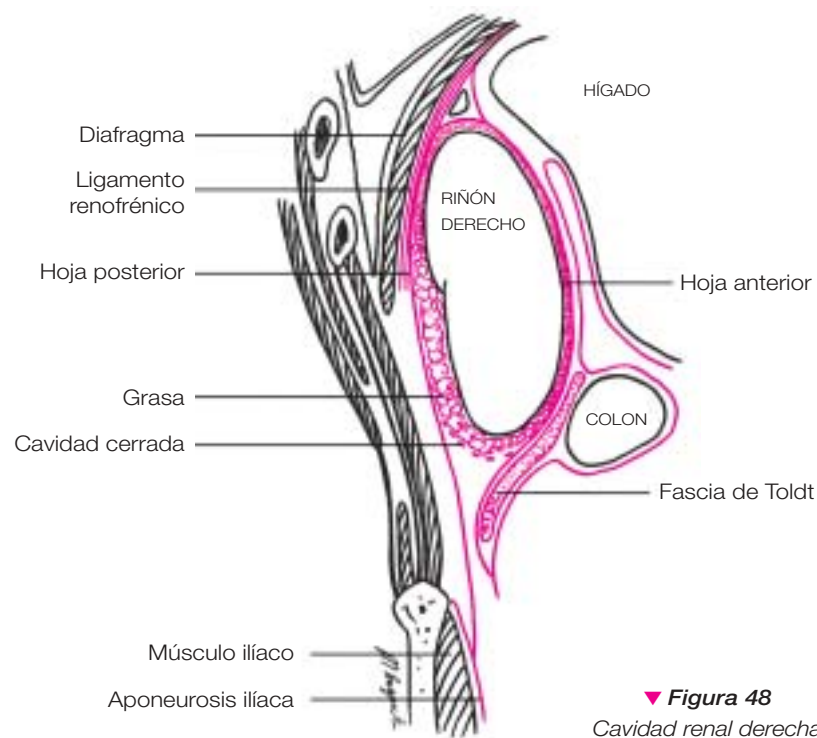
VI. Cavidades renales

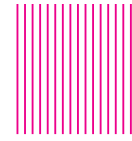
Los riñones están situados a ambos lados de la columna lumbar, de T12 a L3, son retroperitoneales y están contenidos en una cavidad renal.

La glándula suprarrenal derecha se sitúa en la parte superointerna del riñón derecho; la glándula suprarrenal izquierda se sitúa en la parte más interna del riñón izquierdo.

Cada riñón está rodeado por una cápsula fibrosa, a su vez envuelta por una cápsula adiposa. Alrededor de la cápsula adiposa se encuentra la cavidad renal, formada a su vez por dos hojas:

- la hoja posterior
- la hoja anterior





VII. Uréteres

Su longitud alcanza alrededor de veinticinco centímetros. Recorren la distancia que separa la pelvis renal de la vejiga. Su orientación es prácticamente vertical y ligeramente girada hacia el interior. Situados detrás del PPP, son retroperitoneales, pero están situados por delante de la pared abdominal posterior, hasta el nivel del estrecho superior de la pelvis.

Una vaina conjuntiva formada por la fascia propia derivada de la fascia transversal envuelve la superficie de los uréteres. Esta vaina se adhiere al PPP y a las fascias de adherencia que los recubren. En las operaciones se constata que el uréter sigue los desplazamientos del PPP.

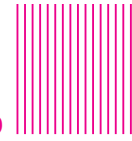
Llegados a la altura de la pelvis, los uréteres se dirigen hacia abajo y hacia el exterior. Se aplican contra la pared pelviana para volver a continuación hacia el interior cruzando los vasos ilíacos.

El uréter izquierdo pasa por detrás del colon sigmoide.

El uréter derecho pasa por detrás:

- de la inserción inferior del mesenterio
- del íleon terminal

En la mujer los uréteres pasan por detrás de los ovarios.

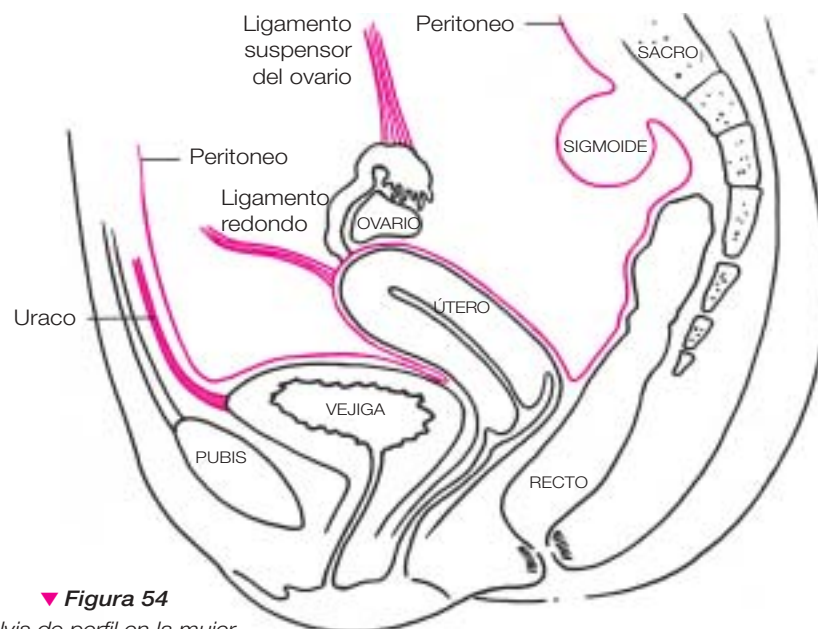


IX. Prolongaciones del peritoneo en la pelvis menor en la mujer

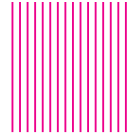
El peritoneo parietal anterior se prolonga por el peritoneo parietal pelviano. Recubre la cara superior de la vejiga, forma el saco anterior vesico-uterino, rodea el fondo del útero y sigue su cara posterior para reflejarse sobre la cara anterior del recto. A ese nivel forma el saco posterior uterorrectal, llamado también saco de Douglas. A continuación se prolonga sobre las caras laterales del recto y sobre la fascia presacra derivada del peritoneo parietal.

A partir de ahí se encuentran las mismas estructuras conjuntivas que en el hombre:

- uraco
- aponeurosis vesicoumbilical
- ligamentos pubovesicales



▼ **Figura 54**
Pelvis de perfil en la mujer



X. Conclusión

El objetivo de esta primera parte del libro ha sido mostrar, con ayuda de esquemas, las zonas de continuidad entre el tejido conjuntivo visceral y el sistema musculoesquelético.

Así pues, las páginas anteriores pretenden esclarecer y poner de manifiesto el hecho de que el cuerpo humano no es un simple sistema musculoesquelético, ni un simple sistema visceral, ni un simple sistema neuro-meníngeo. Ninguno de esos tres sistemas puede explicar de forma exclusiva la compleja organización del cuerpo humano. Y si, no obstante, el cuerpo es UNO, mientras que los elementos que lo componen son múltiples, es que todos esos sistemas, todas esas cadenas, están unidos entre sí y pueden influirse mutuamente.

Es cierto que esta teoría basada en la interdependencia de las diferentes cadenas es bastante nueva. Sin embargo, las observaciones clínicas siguientes no se ponen en tela de juicio:

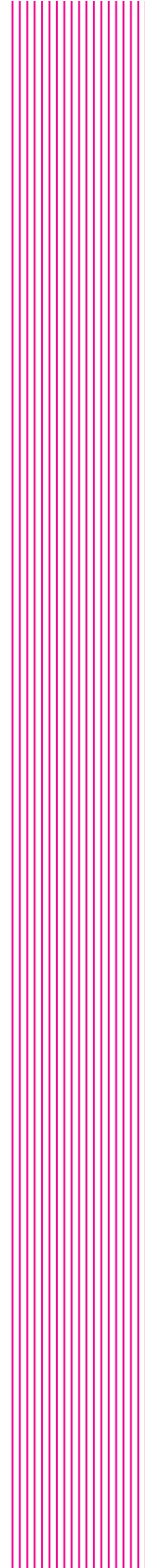
- La inflamación del peritoneo desencadena la reacción de la pared abdominal muscular, que se endurece.
- El vientre de madera es una urgencia visceral.
- Cuando se rompe un órgano después de un traumatismo (hígado o bazo), hay sangre en la cavidad abdominal. En esos casos el doctor Kamina señala un dolor en el hombro por irradiación del nervio frénico.

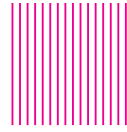
Así pues, lo que es nuevo no es la experiencia, que siempre ha confirmado nuestra hipótesis de interrelación, sino el hecho de tomar en cuenta esas experiencias como fundamento de una nueva comprensión del cuerpo humano y de las posibilidades de las que disponemos para aliviarlo.

El peritoneo, como todo tejido conjuntivo, no tolera una tensión constante y provoca rápidamente dolor. Entonces, la red de las cadenas musculares se pone de forma espontánea “a la escucha” de las tensiones internas a fin de ayudar a su reabsorción progresiva. Esta ayuda o cooperación se

Segunda parte

Práctica





I. Examen del paciente

1. Anamnesis

La anamnesis debe ser metódica. Permitirá conocer la historia del motivo de consulta. El terapeuta se debe informar de forma sistemática sobre el momento y la manera en que se ha declarado la aparición de los síntomas.

Los diferentes problemas de nuestros pacientes pueden ser clasificados en dos categorías: de orden *traumático* y de orden *crónico*.

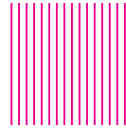
En el primer caso, es decir, el de origen traumático:

1. El paciente puede decir la fecha precisa del comienzo de los síntomas. Su problema se asocia de inmediato a un acontecimiento traumático que es capaz de describir.
2. La aparición de los problemas es rápida.
3. Los dolores o las disfunciones aumentan con el movimiento y se calman con el reposo.
4. Por regla general, el examen y el tratamiento del sujeto se limitan al nivel local.
5. La sede y la causa del problema se sitúan en el mismo lugar.

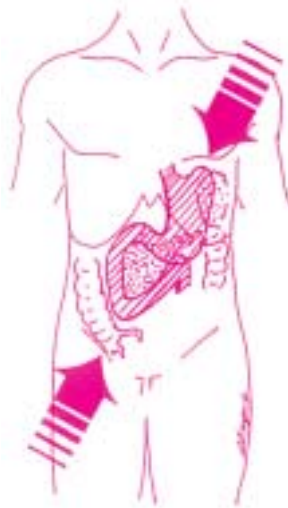
Si el traumatismo parece haber alcanzado la integridad de una estructura musculoesquelética u orgánica, se derivará al sujeto de inmediato a especialistas para exploraciones médicas complementarias.

En el segundo caso, el de origen crónico, la situación es completamente diferente:

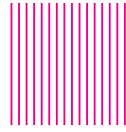
1. El paciente no puede dar una fecha precisa del comienzo de los síntomas. Sólo puede decir, en general, que los tiene “desde hace mucho tiempo”.
2. La aparición de los problemas es progresiva, puede extenderse a varias semanas, incluso varios meses.



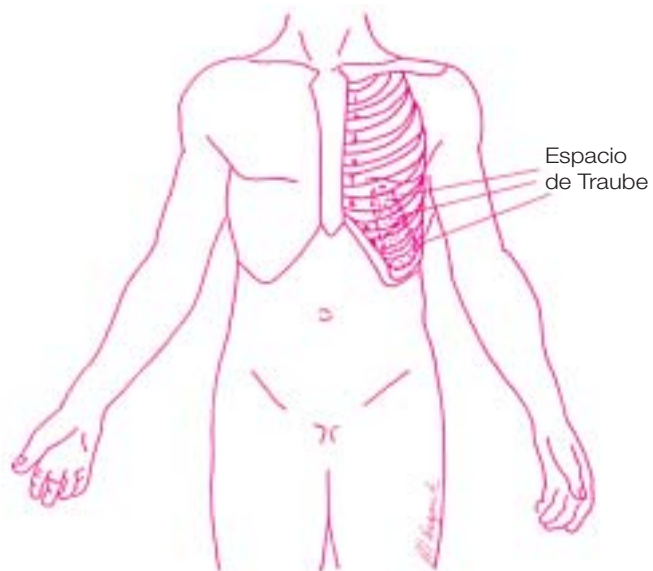
▼ **Figura 66**
Cadena de flexión



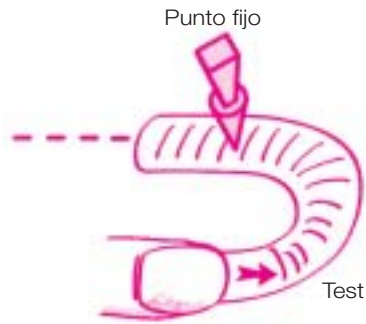
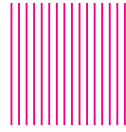
▼ **Figura 67**
Cadena cruzada anterior derecha



▼ Foto 2



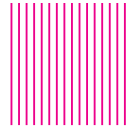
▼ Figura 68
Espacio de Traube



▼ **Figura 72**
Test centrífugo



▼ **Foto 20**
Palpación analítica (parte superior)



II. Tratamiento de la cadena visceral al nivel de la cavidad abdominopelviana

Una vez realizado el examen global cuyas etapas hemos enumerado y explicado, la formulación, lo más clara posible, de un diagnóstico debe permitirnos, por un lado, saber si el caso del paciente nos compete y, por el otro, si éste es el caso, ser capaces de determinar el tratamiento específico que le conviene. Un tratamiento sólo puede ser eficaz y riguroso en estas condiciones. Así pues, es fundamental tomarse el tiempo necesario para el examen y realizarlo a fondo.

En este segundo tiempo de la parte consagrada a la práctica vamos a describir las posturas típicas que permiten el tratamiento de la cavidad abdominopelviana.

El objetivo del tratamiento de la cadena visceral que constituye la aplicación de esas posturas es liberar las tensiones tisulares. Existe una acción directa sobre todas las zonas de adherencia y de tensión, y una acción secundaria sobre el sistema arteriovenoso, linfático y neurológico.

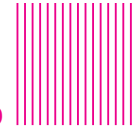
Antes de empezar, veamos algunas generalidades.

Para distender la cadena visceral, habrá que proceder siempre según las modalidades siguientes, en el orden:

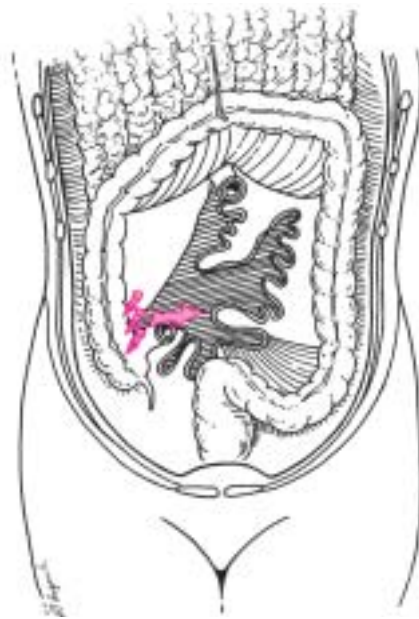
1. Localización de la zona que hay que tratar.
2. Fijación del punto de tensión.
3. Penetración tisular a 60° del plano abdominal.
4. Posicionamiento-estiramiento.

Observación

Durante esas maniobras las manos entran en contacto con la piel del paciente. Las técnicas se realizan a través de la movilización del plano cutáneo sin que los dedos del fisioterapeuta se deslicen sobre la piel.



5. Posicionamiento de la zona de la fosa ilíaca derecha



▼ **Figura 75**

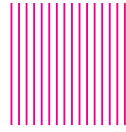
Postura fosa ilíaca derecha

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 de la fosa ilíaca derecha.
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 por la mano derecha.
4. Posicionamiento: el pulgar de la mano izquierda estira los tejidos hacia la fosa ilíaca izquierda.

Este posicionamiento estira la raíz del mesenterio al nivel de su inserción cecal y el ligamento inferior del ciego.



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.

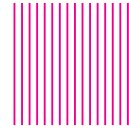
1. Localización: las pulpas de los dedos de la mano derecha se colocan sobre el borde interno de las tensiones del costado derecho.
2. Penetración: la mano izquierda procede a un crédito de distensión tisular al nivel del costado izquierdo y el pulgar de esta mano se coloca contra los dedos de la mano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



Conclusión

Después de doce años de práctica y de enseñanza, el estudio anatómico de la cadena visceral me ha llevado a adoptar una práctica nueva, basada en una comprensión renovada de la anatomía y de las interrelaciones que rigen el equilibrio de un cuerpo humano. La simplicidad técnica y la eficacia de esta nueva práctica han permitido, además, su integración coherente en el método de las cadenas musculares. En estas condiciones, el estudio de la cadena muscular visceral debe, como es lógico, completar y perfeccionar el examen del nivel musculoesquelético que pondría de relieve el estudio de las cadenas musculares. La inserción de este complemento, lejos de debilitar la teoría de las cadenas, muestra, por el contrario, toda su fuerza: esta teoría es imagen de la práctica de la que deriva, es rica, compleja y al mismo tiempo sólidamente racional; ahora bien, las preguntas y los complementos constructivos sólo son posibles en un marco teórico como éste.

En cuanto al objetivo de esta práctica nueva, creemos que consiste en devolver la libertad que le corresponde a la anatomía y a la fisiología, es decir, devolver al cuerpo su autonomía propia y *dejar hacer*, entre las sesiones, a esos sistemas de autorregulación. En este sentido, nuestro tratamiento no es más que el desencadenamiento de una *homeostasia* que se persigue sin él. Así pues, se opone totalmente a ciertos métodos posturales que pretenden “enderezar” al sujeto de forma autoritaria. Por el contrario, tiende a liberar las tensiones internas y periféricas para dejar que la estática se expanda de forma libre y espontánea.

En cuanto a los medios utilizados, procedemos por medio de posturas de distensión completa de la gimnasia visceral hipopresiva. Queda claro que estas técnicas manuales tienen que ver con nuestras competencias y, por consiguiente, con nuestros límites. Por eso, nos parece importante recordar que no tratamos patologías, sino solamente disfunciones.

En cuanto a los efectos beneficiosos esperados, se hacen sentir desde la primera o la segunda sesión. Generalmente, son estables a largo plazo, por lo que concierne a los síntomas articulares, musculares, viscerales y neuromeningeo. Los progresos concretos podrán ser percibidos en la evolu-