

# LA EXTREMIDAD INFERIOR. ENRAIZAMIENTO Y FLUIDEZ

Por

**Albert Rosa**

**Osteópata. Naturópata. Kinesiólogo  
Director Técnico del centro Kineos  
Profesor de Osteopatía y Terapias Manuales**



**“Visto que uno de los primeros goces de la vida consiste en poder desplazarse donde la voluntad nos conduce, si se siente dolor en los pies, se descuida el andar y de rechazo la salud experimenta un perjuicio real.”**

**LAFORREST**

**Cirujano pedicuro de Luis XVI**

**La extremidad inferior.** Instrumento por el cual podemos desplazarnos e interactuar con el entorno. El pie, la rodilla y la cadera son realmente las raíces móviles y adaptativas que permiten dar fluidez y elasticidad a nuestro modo de relacionarnos con el exterior.

Su conexión con raquis se produce en distintos niveles, el energético a través de los meridianos energéticos, el fisiológico a través de las conexiones vasculonerviosas, fasciales y musculotendinosas correspondientes.

Acerquémonos pues a un estudio global de sus características fisiológicas así como a consideraciones holísticas de como alteraciones energéticas, emocionales y físicas se ven representadas en dichas estructuras.

# El pie



**El pie.** De gran importancia osteopática. Si existe una base superior de sustentación de todas las fascias, que es el cráneo, también existe otra inferior que es el pie. Cualquier disfunción osteopática en el pie puede repercutir sobre la pelvis y por tanto sobre toda la estructura.

El pie es la base de la dinámica y la estática. No puede existir una buena estática, sin un buen apoyo, y sin un buen apoyo, las tensiones fasciales compensatorias alteran otros complejos articulares a distancia.

Desde el punto de vista fisiológico articular, es responsable de tres funciones básicas:

- A. Amortiguar las fuerzas de presión en los apoyos gravitatorios de la estática
- B. Adaptarse a la fuerza de inercia de la traslación del cuerpo en el paso
- C. Distribuir los impulsos dinámicos de la progresión.

Esto requiere al conjunto podal dos características; **dureza y flexibilidad.**

El hombre se siente orgulloso de sus pies. En psicología, el descontento o los complejos con los propios pies, están en relación con complejos o sentimientos de inferioridad del individuo. Es por eso que el hombre cuida, protege y embellece sus pies. El apoyo sobre los pies, es lo que nos ha diferenciado en la evolución como antropoides, la bipedestación nos confiere el grado de humanidad. Y esa misma protección que se le confiere a los pies, es la que en muchos casos los disturba.

Debemos pensar que el hombre continúa su periodo de adaptación evolutiva a la bipedestación, al igual que sigue haciéndolo su capacidad cerebral. Los dos están

destinados a seguir creciendo en busca de una mayor progresión en la resolución de sus cualidades.

El pie es un **receptor postural** de suma importancia y uno de los objetos causantes de desarreglos en otros captos a través de receptores dérmicos tales como Pacini (muy abundantes en la planta, son receptores de presión), y los de Rufini (donde su frecuencia sensitiva varía a partir de los 2 gr. de apoyo y son muy sensibles al estiramiento). Existen además otros importantes receptores posturales, por ejemplo de tipo tendinoso como los conocidos corpúsculos de Golgi.

Sabemos que si existe alteración en el triángulo de base superior, también repercutirá en el de base inferior. En caso de desequilibrio tónico de repercusión sobre C0-C1-C2, los pies pueden verse involucrados, y viceversa. Conocemos cómo la inhibición de la musculatura suboccipital tiene repercusión sobre la tensión de los tendones de Aquiles. Los diferentes músculos posturales no funcionan de forma aislada, sino en forma de verdaderos conjuntos de acción sinérgica o antagónica según los casos.

Son cadenas que pueden partir del pie, tal y como lo describen autores como **Madame Mezières o Monsieur Bourdiol**, donde hablan de cadenas ascendentes, otros describen las descendentes, desde la base craneal y escapulotorácica, como **Struyf Denis**.

De todos modos, según los posturólogos, en la práctica clínica, existen dos o tres causas de desequilibrio, con una frecuente participación podal. El pie, aunque no sea causativo, es frecuentemente adaptativo y fijado en sus adaptaciones. En este caso, no cabe hablar de lesión ascendente o descendente, ya que la lesión cohabita como parte de la primaria.

Estas cadenas musculares confluyen en cintura escapular y pélvica, donde se producen restricciones de movilidad, torsiones, básculas, etc., existiendo una sollicitación de asimetría y distonía. Recordemos cómo las fascias, como estructura, no tienen solución de continuidad, tenemos relaciones directas fasciales, que nos comunican por ejemplo todo el sistema miofascial lingual con el pie, o mencionar el conjunto CO-C1-C2 íntimamente conectado con tendón central y a la vez con la fascia femoral. Los sistemas de conexión fascial hasta pie son múltiples.



1. Escucha de las repercusiones mediastínicas sobre la fascia femoral

**Las lesiones osteopáticas podales**, es decir, el seguimiento de una **cadena lesional ascendente**, repercuten clara y directamente sobre las estructuras superiores. Todo movimiento del astrágalo influencia a la pelvis a través de la articulación tibioperonea superior. La lesión por ejemplo de un astrágalo superior repercute en una posible

superioridad tibial, afectando al fémur y elevando la coxofemoral dando un posible ílaco superior o un ílaco posterior.

Una disfunción del cuboides puede afectar por retracciones del músculo tibial posterior sobre peroné y mediante su relación con inserción del bíceps femoral influenciar sobre la pelvis.



2. Normalización de un peroné descendido utilizando como fulcro la propia extensión de la rodilla, la cadera en rotación interna.

En el momento de extensión de la rodilla el apoyo en la base del maléolo externo con ambos pulgares permitirá el empuje en superioridad del peroné.



3. Técnica de elastificación de un pie valgo utilizando un fulcro para potenciar la palanca de estiramiento

Todo tratamiento de una lesión podal debe ir acompañado de un estudio del segmento lumbopélvico.

En el seguimiento de una **cadena lesional descendente**, es decir de origen superior, ya sea craneal, cervicodorsal, visceral o de la cintura pélvica, dónde la mecánica fisiológica de los ílacos se ve alterada, el proceso acaba alterando el funcionamiento de cuboides-escafoides a través de tensiones musculotendinosas determinadas.

Podemos actuar sobre los trastornos podales a través del trabajo visceral y craneal, es de consideración lógica pensar cómo el pie, al igual que los dedos de las manos, es zona

terminal de meridianos de acupuntura, al igual que los es de fascias relacionadas con las vísceras propias a dichos **meridianos**.

Desde el punto de vista cognitivo, el pie está representado en el cerebro a través del **homúnculo de Penfield**, de tal forma que la estimulación podal está en relación con una zona determinada del córtex cerebral.

Recordemos también como la **Reflexología Podal**, es una técnica donde se habla de la relación energética y refleja del sistema orgánico del individuo. Las alteraciones estructurales del pie, pueden actuar pues, a nivel reflejo, sobre componentes distales de tipo visceral.

## La rodilla



Meridiano de riñón

**La rodilla.** Si el pie establece el primer contacto con el medio entorno el cual debemos manejarnos y nos sirve de apoyo para impulsarnos y obtener los objetivos establecidos, es la rodilla la que refuerza a modo de palanca las capacidades de actuación dentro de ese medio. La rodilla potencia, armoniza y estabiliza nuestros movimientos sirviendo de mediadora entre nuestro mundo interior y el exterior. Esta sufrida articulación permite dirigirnos y dirigir nuestra marcha y dirección.

Las piernas son nuestro arraigo a la tierra, y a través de ellas asciende la energía de la misma. Al igual que el árbol necesita de unas raíces sanas, a través de las cuales absorbe su alimento, son las piernas las raíces del “árbol de la vida” que es la columna. Para que la energía fluya a través de ella debe ser libre en las extremidades. La concepción oriental del hombre entre el cielo y la tierra, establece como primordial la liberación de los circuitos energéticos del cuerpo para que esta simbiosis pueda establecerse. Para que la energía del cielo pueda confluir en nuestro ser a través de la entrada craneal y el paso de Du Mai, Ren Mai y los meridianos de vejiga y triple recalentador, la energía de la tierra, determinada por estómago y sus agentes influyentes hígado, pulmón, intestino grueso, corazón y riñón debe estar lo más desenvuelta posible.

Por otro lado, las piernas determinan nuestra posición en el mundo, y como nos ven los demás.

Piernas y rodillas débiles pueden indicar una energía vital baja.

La Medicina Tradicional China nos recuerda como la debilidad o vacío de riñón se manifiesta en las rodillas, así como las emociones asociadas, miedo, inseguridad, incertidumbre.

La dependencia de los demás, la no capacidad de valerse por uno mismo, se verá reflejado en las rodillas.

Del modo contrario, unas piernas fuertes, excesivamente musculosas, denotan un exceso de arraigamiento, dejando poco margen a la espontaneidad y a los cambios de rumbo.

Así pues rodillas rígidas o bloqueadas denotan la rigidez en el modo como nos movemos por el mundo. La incapacidad por miedo, por indecisión, impotencia de ser flexibles y aptos para adaptarnos a las situaciones a medida que van sucediendo.

Rodillas sanas, flexibles, ágiles nos muestran la facilidad para actuar con espontaneidad y frescura.

Desde el punto de vista osteopático, la rodilla como articulación se asemeja al codo desde el punto de vista de adaptación de la articulación más distal y el raquis.

La rodilla está evidentemente influenciada por los apoyos, las alteraciones sobre pelvis y fémur y por tanto es zona de paso de lesiones ascendentes y descendentes.

Importante considerar las repercusiones viscerales desde la actuación miofascial, neurovascular y energética.

Miofascial a través de cadenas musculares y fascias que unen y relacionan órganos y vísceras con el sistema fascial femorotibial. Las implicaciones que disfunciones vertebrales y sus procesos somáticos derivados tendrán sobre la inervación de la zona correspondiente al derma y miotoma. Las implicaciones sobre el sistema vascular y la correcta nutrición de la articulación para sus tejidos. La repercusión de los bloqueos energéticos de los meridianos que transcurren por rodilla ya sea a través de su zona más medial, tibial anterior o posterior y peroneal, y su capacidad de influir sobre la estructura entendida esta como el soporte óseo, muscular, fascial y neurovascular en el caso de las extremidades, añadiendo los órganos y sus envolturas en el caso del tórax y abdomen.

A modo de aproximación anotar las siguientes influencias energéticas sobre la estructura.

**Alteraciones meridiano de estómago.** Influencia sobre **cuadriceps** ( **31E** m. sartorio debajo espina ilíaca, **34E** principio tendón rotuliano borde superoexterno rotuliano, **36E** peroneotibial anterior,) trabajo fascial sobre la lemniscata del músculo cuádriceps, el **astrágalo** y su relación directa con el estado del meridiano de estómago.



4. Escucha tisular en conexión hepática a la derecha y gástrica a la izquierda. Valoración de las tensiones sobre el meridiano de estómago

**Alteraciones meridiano de vejiga. 40 V** Punto de diagnóstico en hueco poplíteo  
**Alteraciones meridiano de vesícula biliar.** Influencia directa sobre el **peroné ( 34 VB** punto muy importante en la normalización de las tensiones tendinosas, localizado justo por debajo de la cabeza del peroné, **38 VB** punto de trabajo en las implicaciones E-H= tibia-peroné, **cuboides** en la integridad energética podal.



5. Normalización del punto 38 VB

Tan solo en los casos en los que la lesión traumática sea primaria en rodilla consideraremos su trabajo desde el punto de vista sintomatológico. En estos casos el proceso lesional es causante de otros desencadenantes. Incluso en los casos de artrosis, debemos preguntarnos como osteópatas el porqué de una deficiencia nutritiva y vascular de la articulación que haya provocado el desgaste de la articulación. Debemos estudiar los excesos de carga, posibles alteraciones neurológicas, fasciales, etc.  
Es por tanto la rodilla una articulación compleja y propensa a la patología.

# La cadera



**La cadera.** Al igual que ocurre con el hombro, es la articulación periférica más proximal al raquis. Por tanto, es como una puerta de entrada y salida, para que puedan manifestarse de forma recíproca las lesiones en primera instancia de tipo descendente o en última instancia de tipo ascendente.

Desde el punto de vista anatómico y fisiológico, la cadera no puede desvincularse de la pelvis y por tanto, de la columna vertebral.

Las relaciones musculares y ligamentosas directas entre coxofemoral y sacroilíacas y lumbares, hacen que esta estructura sea susceptible a las modificaciones correspondientes en el espacio, posición y función.

Esta interdependencia es además de doble vía, tal y como sucede en tantas ocasiones en Osteopatía.

Aunque las características fisiológicas de la cadera se asemejan a las del hombro, la coxofemoral cumple un papel estático, de carga, al que no debe atender el hombro.

Así pues la congruencia y solidez son dos aspectos necesarios e indispensables, para los cuales existen ciertas características anatómicas claramente diferenciables a las del hombro.

La cadera está perfectamente encajada y fijada. Tiene por delante, dos ligamentos que forman una Z, los dos ileofemorales (Bertín) y el ligamento pubofemoral (Poupard).

Detrás el ligamento isquiofemoral.

Estos ligamentos, enrollados alrededor del cuello, se tensan en extensión, en la bipedestación, y se destensan en la flexión, en el despegue.

Entre ambos ligamentos de Bertín hay una bolsa serosa que se comunica con la sinovial y con el psoasílico y su aponeurosis. Así pues a este nivel la extensión fascial femoral se hace realidad.

Las afecciones de cadera pueden ser primarias cuando exista patología traumática propia de la coxofemoral, y secundarias por otras estructuras colindantes.

**Por ejemplo, si la causa es primaria:**

- El dolor, que se siente muy a menudo inguinal, por inervación o tensión de los aductores, es producido por la pérdida de congruencia y/o estabilidad de la articulación.
- Causas como la coxartrosis u otras degeneraciones reumáticas, espasmo muscular que ocasiona compresión, déficit neurológico, etc., son responsables de una mala vascularización y nutrición, a la vez que de una mecánica alterada.



6. Bombeo coxofemoral con el paciente en decúbito prono y la rodilla flexionada. Se realiza una tracción en sentido horizontal.

Los bombeos tienen una importante acción vascularizadora y por tanto son altamente recomendables para los casos de coxartrosis, en los que además la coaptación articular es mayor.



7. Bombeo de la coxofemoral utilizando como palanca un fulcro entre las piernas.  
El paciente esta en decúbito lateral. El osteópata a su espalda. La cadera a tratar queda superior. Este bombeo se realiza mediante la utilización de un fulcro, un punto de apoyo que permite además la apertura de la articulación.  
Se coloca un cojín ancho entre las piernas del paciente, las cuales están en semiflexión. La mano cefálica fija el ilíaco. La mano caudal ejerce una presión en dirección perpendicular al suelo decoaptando y bombeando la articulación.

**Si la causa es secundaria, es decir periférica a la cadera, puede ser:**

De origen reflejo por otras articulaciones vecinas, lumbar, sacroilíaca, dorsales bajas (D12), ciático, etc.

De origen estructural, rodilla, pie, pelvis, cintura escapular, cráneo, etc.

De origen visceral y fascial

De origen emocional y energético.



8. Escucha e inducción bilateral atendiendo al comportamiento de la coxofemoral y localizando zonas de bloqueo fascial periféricas.

Sobre esta última causa, detenernos un instante.

Los temores, los conflictos concernientes a nuestra seguridad emocional, de relación de pareja, de familia, social, con el exterior en general pueden localizarse en la pelvis.

Recordamos que los bloqueos en las piernas están en relación con los bloqueos del “a donde vamos y como vamos” Las piernas nos facilitan desplazarnos a la vez que enraizarnos. Los miedos y bloqueos de expresión de nuestras emociones más profundas, cuando nos lastran nuestro andar por el mundo, pueden fijarse en las caderas.

Por ejemplo, encontramos pacientes con serias dificultades para relajar sus nalgas.

Su expresión de temor o nerviosismo se manifiesta ahí. La tensión en esta zona tiene que ver con la propia insatisfacción, con la necesidad de crear una coraza que les proteja del dolor. De protegerse del dolor y de olvidarse del dolor ya sufrido. En estos casos, la anamnesis y la investigación de las capas emocionales nos confirman procesos emocionales largos, intensos y dolorosos. Es una zona donde se “enquistan” emociones muy arraigadas.

La cadera tiene también una enorme relación con riñón, tanto fisiológicamente como energéticamente.

La relación psoas- riñón –D12, la fascia renal y la aponeurosis del psoas. Pero además, observemos que ocurre en las personas de edad avanzada cuando sufren una rotura de cadera. Sería recomendable realizar evaluaciones estadísticas de que es lo que sucede a su salud. No solo la cadera se fractura, también la Energía Vital de estas personas. Son numerosos los casos. Todos conocemos en nuestro entorno alguno. El anciano enferma semanas o meses después del traumatismo. Es como si ese fuego interno vital empezara a extinguirse. Y es que en las caderas albergamos emociones muy profundas, pero también una energía ancestral, la energía de riñón. Ese pozo agotable pero el último recurso en apagarse.

Otra relación energética importante, es con el meridiano de vesícula biliar. Al igual que lo era con peroné, el meridiano de VB tiene un paso directo por la coxofemoral, y algunos de sus principales puntos son determinantes en las afecciones de cadera.

Por ejemplo el 30 VB, es un punto clásico en el tratamiento de coxalgias y lumbares. Se encuentra detrás del trocánter mayor, con la unión del cuello del fémur.

Este último hecho, la relación somatoenergética, era bien conocido por el Dr. R. Voll y el Dr. Kramer que establecieron las relaciones entre los meridianos de acupuntura, el diente y los correspondientes signos de identificación odontológicos con posibles alteraciones energéticas, funcionales y emocionales del órgano correspondiente. Así pues, en los caninos ( 13, 23, 33, 43 ) se representan las alteraciones de hígado y vesícula biliar, así como trastornos de cadera.

Dentro de los componentes emocionales de hígado, el abuso sexual o psicológico durante la infancia alterará el correcto crecimiento del diente, y dentro del concepto de localización de las emociones, esto coincidiría con lo expuesto alrededor del espasmo de los glúteos y la congestión de la pelvis en los casos de emociones vividas traumáticas.

Estados de enfado mantenido durante años, o de incompreensión por alguna situación compleja para el niño, también alterarán el crecimiento del canino.

Por último recordar que nuestra marcha manifiesta componentes importantes de nuestro carácter.

Si nuestro andar es pesado o fugaz, disarmónico o simétrico, ágil o torpe, nos da información de ciertas características intrínsecas. Desánimo o exaltación, congruencia o descentraje mental, capacidad de adaptación o repetición de los mismos patrones mentales frente situaciones diversas.

El “más de lo mismo”, es decir, el utilizar y repetir reiteradamente un esquema mental para afrontar las diferentes situaciones que se nos presentan en la vida, acaba siendo una de las causas en ocasiones de un inicio psicopatológico creado por el propio individuo. En el pie, representante a través del astrágalo de los bloqueos de estómago por un “digerir” en exceso las ideas, es un “órgano” diana en este tipo de patrones mentales.

**Y es que observar como se anda es investigar como se siente.  
La terapia sobre la dinámica mejora el exceso de estática.**

