



# FISIOTERAPIA DEL COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO

Evaluación y tratamiento  
de los tejidos blandos

Javier Pérez Ares  
Javier Sainz de Murieta Rodeyro  
Ana Beatriz Varas de la Fuente

ESCUELA UNIVERSITARIA  
DE FISIOTERAPIA DE LA ONCE  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

**M** MASSON

# Tratamiento del síndrome miofascial del complejo articular del hombro

Andrzej Pilat

*«El tejido conjuntivo es el encargado de la transmisión de las fuerzas del cuerpo humano»*

## INTRODUCCIÓN

Entre los muchos procesos patológicos que afectan al ser humano a principios del siglo XXI, y en especial en lo referido a su vulnerable aparato locomotor, deben mencionarse los cuadros dolorosos del complejo articular del hombro. Cada vez es menor la frontera de la edad de las personas afectadas por este padecimiento, más personas jóvenes sufren este mal. Este fenómeno se presenta por diferentes motivos, y entre los más importantes, la manera muy vigorosa del movimiento, que produce una sobrecarga en los tejidos. Esto puede observarse especialmente en los gimnasios, donde, cada día, más crecientes exigencias y modelos que alcanzar, obligan al participante a realizar ejercicios excesivos, no acordes con su nivel físico, ni de resistencia. En el otro extremo están las personas inactivas que cada día pasan más tiempo en posiciones inadecuadas, lo que las lleva a cambios posturales que alteran la eficiencia funcional del complejo articular del hombro. Entre estas personas se encuentran también los típicos deportistas de fin de semana, quienes quieren compensar la inactividad de la semana con vigorosos ejercicios de un día y, posteriormente, caer de nuevo en la inactividad. Lamentablemente, en este grupo se debe incluir a los adolescentes, que al pasar prolongados períodos de tiempo frente a los monitores de los ordenadores, rompen su esquema natural de comportamiento postural, formando así distintas compensaciones funcionales que facilitan, posteriormente, la lesión. Las personas con cambios degenerativos

compatibles con la edad avanzada forman otro grupo de pacientes con el síndrome del hombro doloroso. Recordando las palabras de Codman: «en las personas mayores es tan difícil encontrar un hombro sano como una arteria sana».

## ELEMENTOS BÁSICOS DE LA BIOMECÁNICA DEL HOMBRO

El complejo articular del hombro forma una de las estructuras más lógicas y más completas desde el punto de vista biomecánico del cuerpo humano, pero a la vez la más difícil para evaluar y tratar. Esto se debe a la presencia de diferentes tipos de tejidos blandos que rodean este complejo articular y dificultan que el examinador pueda llegar a una clara conclusión diagnóstica. En el proceso de evaluación la historia clínica no aporta, por lo general, mayores ayudas, al menos que se observen importantes cambios postraumáticos en los que haya una asociación directa entre ellos y el dolor y/o la disfunción.

De igual manera, la innervación de los distintos tejidos blandos periarticulares del hombro se limita a la C5, y el dolor se manifiesta sobre el dermatoma correspondiente, es decir, por lo general, sobre la cara media del deltoides, presentándose así evaluaciones confusas que llevan, con frecuencia, a un diagnóstico muy generalizado o erróneo. En consecuencia, se trata de cubrir diferentes procesos patológicos, no diagnosticados correctamente, con los de un nombre universal como son, por ejemplo, la «bursitis», la «periartrosis escapulohumeral», o la «tendinitis del manguito rotador».

El análisis de la biomecánica funcional del hombro no puede limitarse a una sola articulación, la

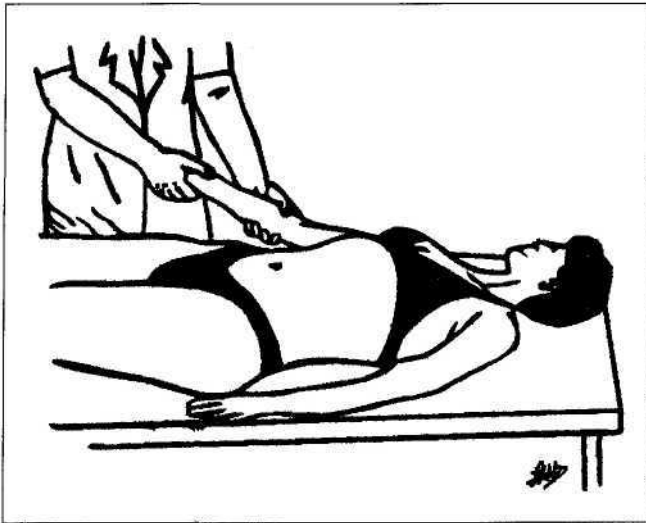


Figura 11-15. Tracción del miembro superior, primera fase.

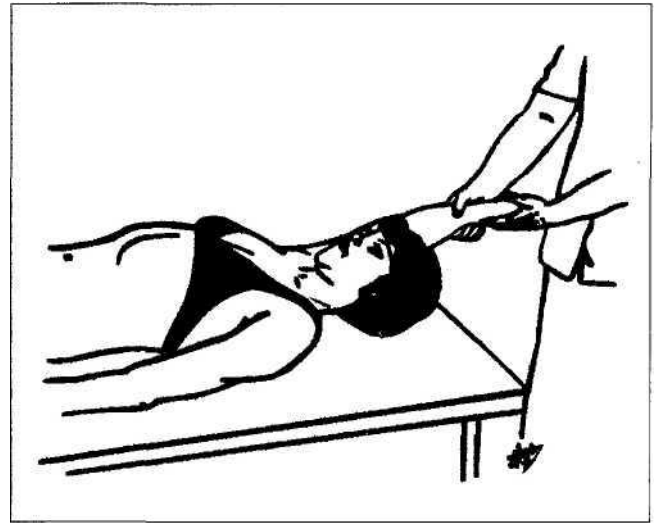


Figura 11-16. Tracción del miembro superior, segunda fase.

## TRACCIÓN DEL MIEMBRO SUPERIOR

### Objetivo

Las restricciones miofasciales del complejo articular del hombro pueden ser producidas tanto por las restricciones provenientes de la columna cervical, como por los cambios en todo el miembro superior.

La técnica permite relajar las restricciones miofasciales de distintas partes del miembro superior y se recomienda utilizarla no sólo en los problemas del hombro, sino también como técnica previa a las aplicaciones más específicas en diferentes segmentos del miembro superior.

### Posición del paciente

Acostado en decúbito supino, con el brazo extendido a lo largo del tronco.

### Posición del fisioterapeuta

De pie, en el lado que va a tratar, a nivel de las piernas del paciente.

### Técnica

#### A

El fisioterapeuta, con ambas manos, fracciona de forma suave el miembro superior del paciente, realizando simultáneamente una rotación externa (figura 11-15).

#### B

Posteriormente, realizando el movimiento de flexoabducción, lleva el brazo del paciente a una completa elevación (fig. 11-16).

Finalmente, continuando el movimiento a través de una extensión-aducción por encima de la cabeza del paciente, completa el arco del movimiento de 360°. En esta fase, es necesario llevar el tronco del paciente a una elevación lateral, manteniendo la tracción del brazo (fig. 11-17).

Toda la técnica debe ser realizada de manera lenta y progresiva.

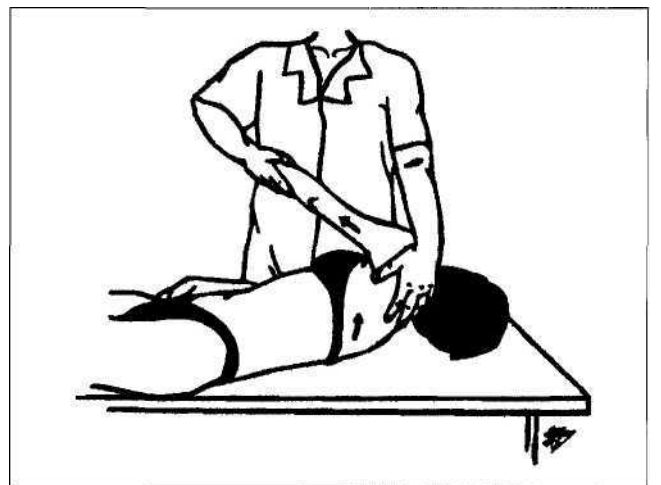


Figura 11-17. Tracción del miembro superior, tercera fase.

glenohumeral (escapulohumeral). Se debe hablar de un complejo articular que consta de cinco articulaciones funcionalmente unidas entre sí (escapulohumeral, esternoclavicular, acromioclavicular, escapulotorácica y subdeltoidea) y divididas en dos grupos funcionales (Kapandji). Desde el punto de vista de la biomecánica humana, este hecho implica a una gran cantidad de tejidos contráctiles e inertes. No es extraño pensar, pues, que cualquier deficiencia de uno de estos tejidos, influiría de manera negativa en la coordinación y el eficiente funcionamiento de todo el complejo en cuestión. Así, aparentemente, pequeñas lesiones, acumuladas a lo largo de la vida de la persona, pueden llevar a una progresiva compensación de los movimientos fisiológicos, hecho natural, en un proceso de adaptación definido por la función.

Este proceso de adaptación funcional tiene aún más importancia si se analiza el sistema miofascial del complejo del hombro. Este sistema incluye también la región de la columna cervical, uniendo mecánicamente estos dos grandes niveles funcionales.

## FASCIA Y SUS CARACTERÍSTICAS

La fascia es un tejido conjuntivo fuerte que rodea todos los órganos en forma tridimensional y, de esta manera, permite mantenerlos en su correcta posición y funcionamiento. Cada músculo, cada una de sus fibras y microfibrillas están rodeadas por la fascia, formando así el sistema miofascial. El recorrido de la fascia es ininterrumpido y, por esta razón, cualquier cambio estructural de la fascia en una determinada parte del cuerpo produce restricciones en las partes distales.

Desde el punto de vista de la estructura molecular de la fascia, ésta se compone de:

**Colágeno.** Proteína que asegura a la fascia la fuerza y protección en los estiramientos excesivos.

**Elastina.** Proteína que permite obtener suficiente elasticidad en los lugares específicos, como los tendones, la piel y las arterias.

*La combinación del colágeno y de la elastina permite absorber las fuerzas de tensión.*

**Gel compuesto por polisacáridos.** Su principal función es rellenar el espacio entre las fibras. En condiciones normales, este gel distribuye la presión por todo el cuerpo de manera simétrica; esta distribución no es posible en presencia de una restricción miofascial.

Desde el punto de vista de la acción biomecánica del sistema miofascial, cabe destacar los siguientes aspectos:

1. Cada contracción del músculo moviliza el sistema miofascial.
2. Cada restricción miofascial afecta al correcto funcionamiento del músculo.
3. La fascia transmite las fuerzas a través de los triángulos en la base de adaptación a múltiples tensiones. Como la fascia es tridimensional, cumple no sólo con su función motora y estabilizadora, sino también con la de soporte mecánico para todos los componentes.

## FUNCIONES DE LA FASCIA

1. Cohesión de las estructuras de los cuerpos.
2. Soporte del balance postural.
3. Nutrición del tejido.
4. Espacio adicional para la fijación de los músculos.
5. Ayuda en la preservación de la temperatura corporal.
6. Ayuda en la curación de las heridas (producción de colágeno).
7. Defensa contra la presión mecánica externa e interna.
8. Mantenimiento de la masa muscular en correcta posición incrementando de esta manera la eficiencia mecánica de los movimientos.

## ANATOMÍA DEL SISTEMA MIOFASCIAL DEL COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO

Las fascias del complejo articular del hombro envuelven y controlan toda la musculatura involucrada en la estabilización y en los movimientos del complejo del hombro.

Entre ellas se distinguen:

1. La fascia del pectoral mayor se inserta por dentro en el borde inferior de la clavícula, sobre la cara anterior del esternón y en la parte superior de la línea alba. Constituye en el hombro la aponeurosis superficial anterior. Se prolonga hacia fuera con la fascia del deltoides.
2. La fascia del deltoides envuelve y divide completamente el músculo. Es la continuación de la

fascia del pectoral mayor y del cuello, y recubre en su unión el espacio deltopectoral. Se une, por debajo, con la fascia braquial y por detrás, con la del infraespinoso.

3. La fascia de los músculos del infraespinoso, redondo mayor y redondo menor continúa con la del deltoides.
4. La fascia del dorsal ancho es la continuación de la del redondo mayor en la cara posterior del hombro.
5. La fascia clavipectoroaxilar es el conjunto de las fascias musculares y de las láminas de unión que se extienden desde la clavícula a la base de la axila, bajo la masa pectoral.
6. La fascia del subclavio se extiende desde el labio anterior al labio posterior del canal del subclavio. Envuelve completamente el músculo subclavio, y está reforzada por delante por el ligamento coracoclavicular interno.
7. De esta fascia parte una lámina aponeurótica, la fascia clavipectoral, que desciende hasta el pectoral menor.
8. En la inserción superior (el vértice) del pectoral menor, la fascia clavipectoral se desdobra en dos hojas que se colocan a uno y otro lado del músculo. La hoja anterior se reúne por debajo de la hoja profunda de la fascia del pectoral mayor y se fija a la piel del hueco axilar. La hoja posterior se continúa con la fascia profunda de la base de la axila, después de haber enviado expansiones a la piel. La membrana formada de esta forma por las dos hojas va desde el pectoral menor a la base de la axila.
9. Aponeurosis de la región axilar. La cavidad axilar tiene la forma de una pirámide cuadrangular truncada. La pared anterior está formada por los músculos pectorales, subclavio y sus fascias; la pared posterior, por los músculos subescapular, redondo mayor y dorsal ancho; la pared interna, por el serrato mayor; la pared externa, por la porción superior del bíceps, el coracobraquial y una prolongación de la aponeurosis braquial superficial. La base de la pirámide está constituida por dos láminas aponeuróticas, superficial y profunda.
10. La aponeurosis superficial proporciona la unión inferior entre el pectoral mayor y el dorsal ancho.
11. La aponeurosis profunda forma verdaderamente el hueco axilar; es la continuación posterior del ligamento de Gerdy. Cierra la base, pasa hacia atrás, por encima del redondo mayor y del dorsal

ancho, y va a fijarse en toda la extensión del borde axilar del omóplato y en la cara anterior del tendón de la porción larga del tríceps. La parte posterior constituye el ligamento suspensor posterior de la axila. Por fuera, esta aponeurosis profunda se une a la parte anterior de la aponeurosis del bíceps y del coracobraquial, pero queda libre por detrás. Forma así una arcada fibrosa entre la aponeurosis del coracobraquial y la parte superior del borde axilar del omóplato, arcada que rodea el paquete vasculonervioso. Es el arco axilar.

Este sistema aponeurótico tan importante une el conjunto del hombro y del miembro superior a la clavícula y al omóplato y, por lo tanto, a la región cervical.

### IMPORTANCIA DEL SISTEMA MIOFASCIAL EN EL TRATAMIENTO DEL COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO

El clásico concepto del sistema locomotor del cuerpo, basado en la descripción anatómica de relación entre los huesos y los músculos, limita el estudio a un modelo del movimiento netamente mecánico y segmental. Este modelo divide el comportamiento del cuerpo en los movimientos básicos de cada uno de sus segmentos, donde a través de la contracción muscular se realiza el movimiento angular en un nivel, articulación, o grupo articular determinado. En realidad, cuando se realiza el movimiento en un segmento cualquiera del cuerpo, éste responde como un todo, pues el cuerpo humano representa una estructura global, plástica y cambiante. Los cambios que se producen en el cuerpo no siempre se pueden explicar basándose en el clásico esquema biomecánico del movimiento.

El mismo principio de cambios estructurales del movimiento fisiológico puede aplicarse al proceso de reacción corporal a una lesión, en el sentido amplio de la palabra. Lesión no es, por ejemplo, solamente un golpe, también lo puede ser un ejercicio realizado de manera excesiva o incorrecta, o una postura viciosa adoptada durante largos períodos de tiempo en las actividades diarias.

Cuando el cuerpo se lesiona en un lugar determinado, desvía los patrones normales del movimiento corporal adaptándolos a una nueva situación con el objeto de proteger el segmento lesionado a la vez que desarrolla la función con la mayor eficacia posible.

Así, desaparecen los patrones naturales del movimiento y, en consecuencia, el cuerpo desarrolla un patrón de movimiento nuevo que mantiene la asimetría defensiva iniciada a raíz de la protección contra el dolor. A medida que el proceso de dolor-defensa dura más tiempo, los cambios se desarrollan de manera más firme y, con el tiempo, se vuelven un hábito. Por lo general, en este proceso se desarrolla el acortamiento de las estructuras que quedan en desuso o con el uso limitado por la acción protectora. Esta compensación acaba produciendo un acortamiento y desviación permanentes. El tejido acumula en su memoria este comportamiento y, con el tiempo, lo asume como propio a través de movimientos repetitivos y constantes. Esta capacidad de crear y realizar las compensaciones es la base de la supervivencia para el cuerpo; sin ésta sería imposible caminar con un esguince, usar la mano con un dedo cortado, etc.

El tejido que determina esta nueva estructura del cuerpo es el tejido conectivo. Los músculos, con sus fibras y microfibrillas envueltos en la telaraña de las fascias, se contraen y cambian de dimensión presionando de esta manera la estructura de la fascia. Esta fuerza es transmitida hacia el periostio y, mientras se incrementa la tensión fascial, incapacita al músculo a realizar una elongación o un movimiento libre y natural.

Las láminas fasciales fluyen a lo largo del cuerpo envolviendo y separando entre sí los músculos, pero también penetra en sus estructuras más elementales, como las fibras y microfibrillas. Forman así una especie de lecho fascial, en el que cada microfibrilla, al contraerse longitudinalmente, se expande de forma transversal, ejerciendo así una presión sobre la fascia que la rodea y transmitiendo este movimiento hacia el periostio. Si se considera que hay una continuidad del recorrido del tejido conectivo (que sólo cambia su forma), entre el músculo (el tendón) y el periostio, esta acción ejerce finalmente la fuerza sobre el hueso y genera así el movimiento.

En cada organismo humano, los sitios de tensión, hipomovilidad o de estancamiento (secuelas de la lesión) encierran al músculo reduciendo su capacidad de elongación y, por supuesto, de movimiento; así se crean las restricciones miofasciales. En estos sitios, se observa un incremento de fibroblastos y de las fibras en la dirección de la tracción. Estos patrones están determinados por los sitios de atrapamiento, que se pueden observar con facilidad, sobre la superficie corporal. Por lo general, se encuentran cerca de superficies óseas, y son sitios muy sensibles y dolorosos. El segundo grupo de los lugares de atrapamiento

forma los sitios de entrecruzamiento entre las grandes masas musculares.

## RESTRICCIÓN MIOFASCIAL

Restricción miofascial es el cambio estructural de la fascia que puede producirse por diversos traumatismos, ya mencionados. En consecuencia, se forman adherencias, que limitan la natural flexibilidad del sistema fascial y que se denominan entrecruzamientos. Estas restricciones se pueden eliminar con las técnicas de movilización, pero sólo las técnicas de relajación miofascial profunda logran realmente restablecer la movilidad normal de la fascia; también permiten actuar sobre las restricciones distales. Hay que subrayar de nuevo la acción tridimensional de la fascia. El traumatismo no produce sólo restricciones lineales, sino que también actúa el componente rotatorio, que no se puede eliminar con las técnicas superficiales como, por ejemplo, el masaje.

## EVALUACIÓN

El hombro es la articulación en la que se puede observar el proceso de compensación con más frecuencia que en otras partes del cuerpo. En las actividades de la vida diaria, pocas veces se utiliza el hombro aprovechando la amplitud completa de su movimiento fisiológico. Así que, en la mayoría de los casos, los cambios patológicos suelen ser muy avanzados en el momento del inicio del proceso doloroso y de la disfunción.

La evaluación del síndrome miofascial del complejo articular del hombro se divide en dos fases principales:

1. La observación de las bandas de atrapamiento del sistema miofascial marcadas sobre la superficie corporal.
2. La evaluación funcional de la amplitud y coordinación de los movimientos básicos.

## TRATAMIENTO DE LIBERACIÓN MIOFASCIAL

Bajo el nombre de liberación miofascial se incluyen una serie de técnicas de evaluación y tratamiento tridimensional, a través de movimientos y presiones sostenidas en todo el sistema de la fascia, con el objetivo

de eliminar sus restricciones. El proceso de evaluación y tratamiento se unen en una acción recíproca.

Al considerar las particularidades anatómicas del complejo del hombro la atención terapéutica se debe enfocar en dos direcciones: en primer lugar, la serie de tratamientos dedicados a la miofascia de músculos individuales o determinados grupos musculares, es decir, terapias que se pueden denominar «estructurales» desde el punto de vista miofascial; por otro lado, y siguiendo los principios de la continuidad de la red miofascial, se deben tener en cuenta las técnicas «globales», que tendrán su efecto en las relaciones fasciales intramusculares e intermusculares. Desde el punto de vista práctico, se deberían realizar, en primer término, los tratamientos denominados «estructurales» antes de proceder con las técnicas «globales».

## TÉCNICAS DE TRATAMIENTO

### ENMARCADO DE LA ESCÁPULA

#### Objetivo

Liberar las restricciones de la fascia sobre los tres bordes de la escápula. Esta técnica se recomienda en las restricciones escapulotorácicas y del complejo del hombro.

#### Posición del paciente

Acostado en decúbito lateral, con las rodillas flexionadas, se debe colocar un cojín entre el paciente y el fisioterapeuta. El brazo del paciente reposa sobre el cojín.

#### Posición del fisioterapeuta

De pie frente al paciente y ejerciendo una considerable presión para formar un bloque entre su cuerpo, el cojín y el cuerpo del paciente.

#### Técnica

##### *Borde interno*

El fisioterapeuta coloca su mano craneal sobre el hombro del paciente y la caudal sobre el borde interno de la escápula, es decir entre la escápula y los procesos espinosos. Llevando el hombro del paciente hacia atrás realiza el *stroke* a lo largo del borde interno de la escápula en dirección de arriba abajo (figura 11-1).



Figura 11-1. Enmarcado del borde interno de la escápula.

##### *Borde lateral*

El fisioterapeuta coloca la palma de su mano caudal sobre el hombro para estabilizarlo. Cruzando las manos, coloca la palma de la mano craneal sobre el borde lateral de la escápula. Posteriormente, con la mano craneal realiza una presión sostenida en dirección caudal (fig. 11-2).

##### *Bordesuperior*

El fisioterapeuta cambia la posición, colocándose a la cabecera de la camilla. Posteriormente, apoya ambas manos sobre el hombro ejecutando la presión

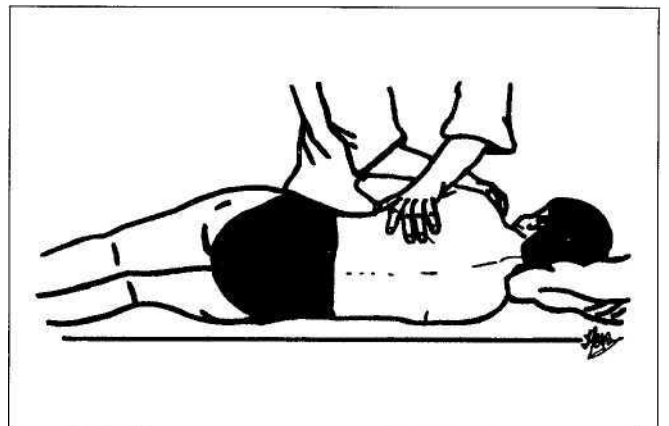


Figura 11-2. Enmarcado del borde lateral de la escápula.

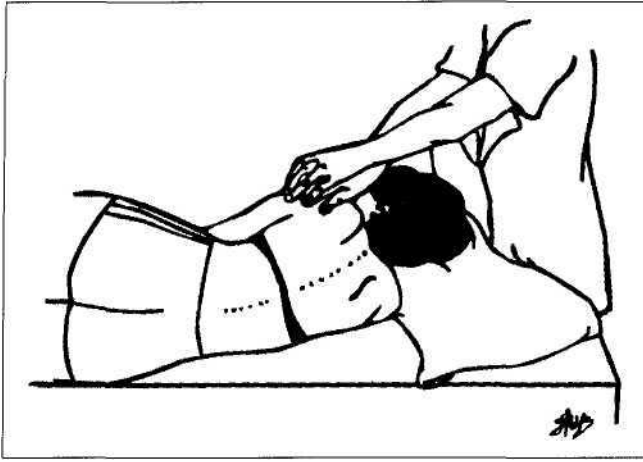


Figura 11-3. Enmarcado del borde superior de la escápula.

caudal. Mientras tanto, los dedos realizan un *stroke* en dirección de dentro afuera (fig. 11-3).

### LIBERACIÓN DE LA REGIÓN PECTORAL

#### Objetivo

Eliminar la restricción de la fascia de la región pectoral. Este tipo de restricción es típico en la retracción de los pectorales, posición cifótica o escápula alada.

#### Posición del paciente

Acostado en decúbito supino, con los brazos sueltos.

#### Posición del fisioterapeuta

De pie, a la cabecera de la camilla.

#### Técnica

Se utiliza la técnica de manos cruzadas. Cabe destacar que la presión debe ser progresiva y hay que esperar un tiempo, entre 3 y 5 min, para obtener una completa relajación.

#### *Liberación pectoral unilateral*

El fisioterapeuta, cruzando las manos, coloca una de ellas sobre el hombro, realizando la presión hacia arriba, y la otra sobre la zona pectoral superior, presionando hacia abajo (fig. 11-4).

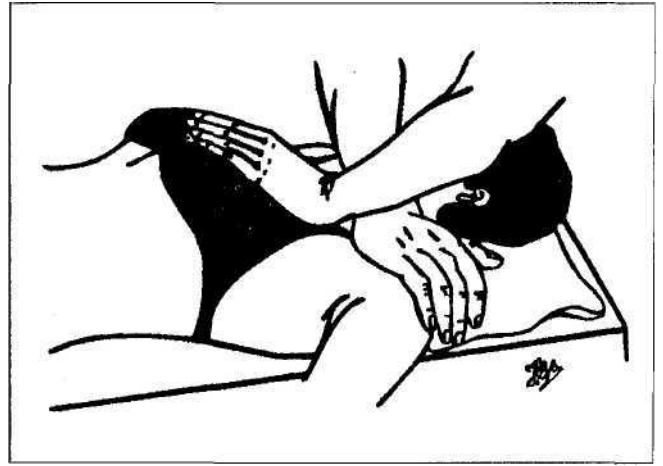


Figura 11-4. Liberación pectoral unilateral.

#### *Liberación horizontal bilateral*

El fisioterapeuta coloca sus manos, cruzadas, sobre ambos bordes del esternón. La presión es tridimensional (fig. 11-5).

#### *Liberación pectoral vertical*

Una de las manos del fisioterapeuta se coloca sobre la parte superior del tórax, realizando presión hacia arriba, y la otra, colocada sobre las últimas costillas, realiza presión hacia abajo. Ambas manos se colocan sobre la línea media del cuerpo (fig. 11-6).



Figura 11-5. Liberación horizontal bilateral.





Figura 11-6. Liberación pectoral vertical.

#### LIBERACIÓN DEL PECTORAL MAYOR Y MENOR

##### Objetivo

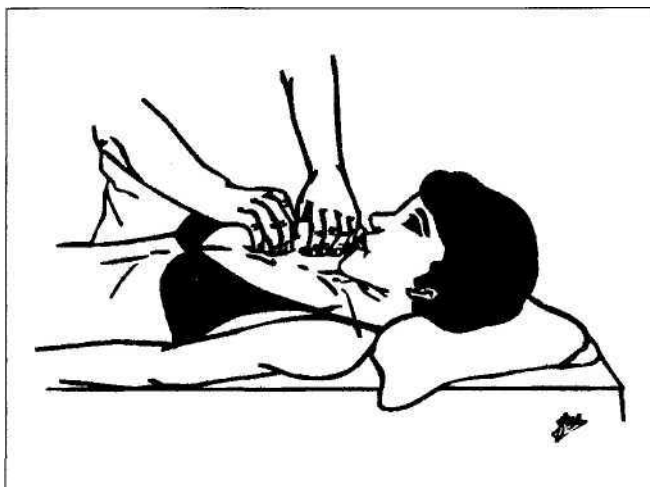
Liberar directamente la fascia alrededor de los músculos pectorales.

##### Posición del paciente

Acostado en decúbito supino, con el brazo en flexión en un ángulo entre 90 y 120°.

##### Posición del fisioterapeuta

De pie al lado de la camilla, coloca su rodilla sobre ésta para dar así apoyo al brazo del paciente (figura 11-7).



§ Figura 11-7. Liberación de la restricción de los pectorales.

##### Técnica

El fisioterapeuta hace contacto con el músculo pectoral mayor y, tomándolo entre sus dedos, realiza una pinza entre sus pulgares y los demás dedos. Posteriormente, de manera lenta y progresiva, trata de elevar el músculo «desprendiéndolo» de la pared torácica. Se realiza un movimiento oscilatorio.

Para contactar el pectoral menor, el fisioterapeuta mantiene el contacto sólo con la mano caudal y la traslada lentamente hacia abajo, hasta que llega a contactar las costillas. Acto seguido, realiza una fricción transversa. El movimiento debe ser suave porque esta área es muy delicada (fig. 11-8).

#### LIBERACIÓN DE LA FASCIA DEL MÚSCULO SUBESCAPULAR

##### Objetivo

La restricción miofascial del músculo subescapular se manifiesta por un progresivo dolor en la cara posterior del hombro que se incrementa con los movimientos de abducción y rotación externa del brazo. Este dolor con frecuencia se diagnostica como una capsulitis adhesiva. La técnica permite eliminar las restricciones de su fascia y aumentar la amplitud de los movimientos del complejo articular del hombro, así como disminuir la posición adelantada de la cabeza y protracción de los hombros, mejorando de esta manera la eficacia de la terapia de corrección postural.



Figura 11-8. Liberación de la fascia del pectoral menor.

**Nota.** La zona del músculo subescapular puede ser muy dolorosa durante la palpación y, por consiguiente, necesita de un especial cuidado.

**Posición del paciente**

Acostado en decúbito supino, con el brazo elevado en unos 90-170°, dependiendo de la intensidad de la restricción.

**Posición del fisioterapeuta**

De pie, al lado de la cabecera de la camilla.

**Técnica**

**A**

El fisioterapeuta, con su mano craneal, sujeta el brazo del paciente y realiza una tracción. La palma de la otra mano, con el pulgar arriba, la coloca sobre el borde externo del omóplato, lo más cerca posible de la articulación glenohumeral (fig. 11-9).

**ByC**

En las restricciones más específicas, el pulgar o las puntas de los dedos índice, medio y anular, pueden realizar una liberación sobre un segmento específico

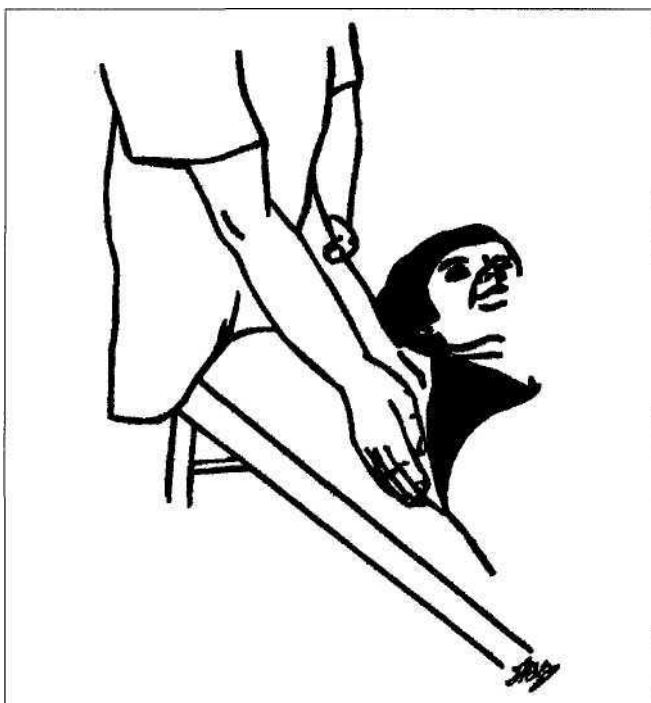


Figura 11-9. Liberación de la fascia del subescapular, técnica A.

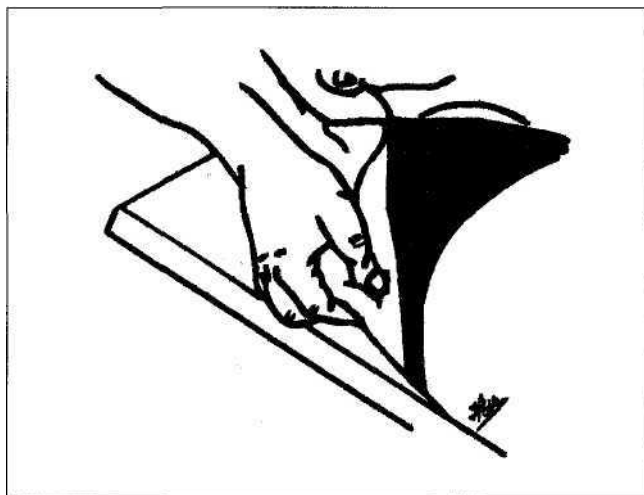


Figura 11-10. Liberación de la fascia del subescapular, técnica B.

del espacio, entre el borde externo y la cara interna del omóplato y el tórax (figs. 11-10 y 11-11).

**LIBERACIÓN GLOBAL DEL COMPLEJO ARTICULAR DEL HOMBRO**

**Objetivo**

Son múltiples las secuelas de la restricción miofascial de los músculos que influyen en el funcionamiento del complejo articular del hombro. Algunas de estas situaciones, por su asociación con los cambios en la columna cervical y en el tórax, ya se han descrito en otros capítulos.

Las técnicas que se describen a continuación se relacionan, sobre todo, con los siguientes músculos:

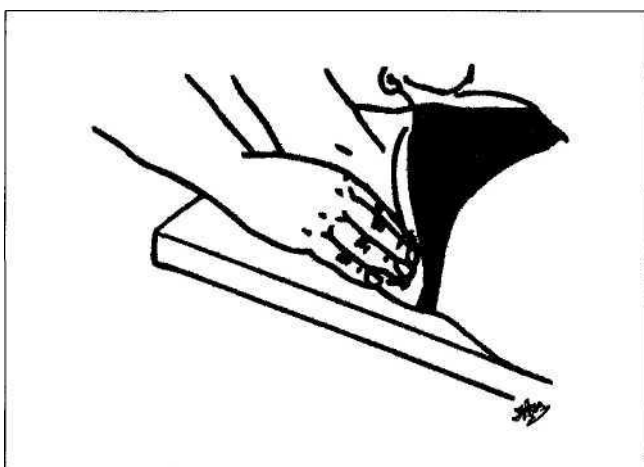


Figura 11-11. Liberación de la fascia del subescapular, técnica C.

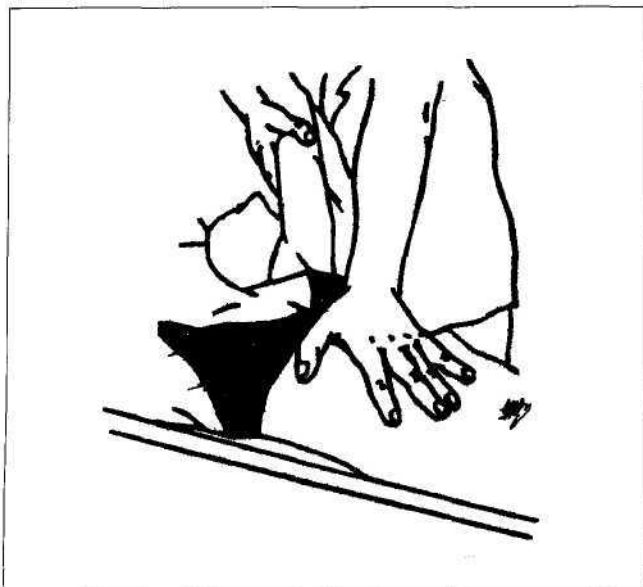


Figura 11-12. Liberación anterolateral de la fascia del hombro, técnica A.

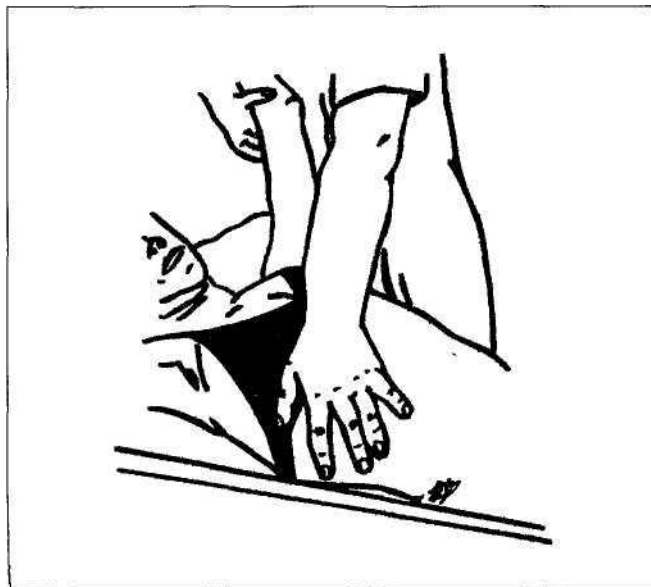


Figura 11-13. Liberación anterolateral de la fascia del hombro, técnica B.

1. Supraespinoso.
2. Infraespinoso.
3. Subescapular.
4. Deltoides.

Estas restricciones miofasciales son causantes de numerosos procesos patológicos del hombro que pueden incluir capsulitis adhesiva, hombros protruidos, posición adelantada de la cabeza, etc. Las restricciones de la cara anterior del hombro son particularmente más complicadas.

**Posición del paciente**

Acostado en decúbito supino, con el brazo elevado de 120 a 170°.

**Posición del fisioterapeuta**

De pie, en el lado que va a tratar.

**Técnica**

**A y B**

El fisioterapeuta sujeta, con su mano craneal, el brazo del paciente y simultáneamente realiza una tracción. Coloca la otra mano sobre la apófisis xifoides del esternón. Los dedos se dirigen hacia el ombligo, y esta mano también realiza una tracción (figuras 11-12 y 11-13).

En la restricción oblicua, el paciente debe acostarse de lado. El fisioterapeuta realiza la técnica anterior, con un movimiento de las manos parecido, pero en dirección oblicua (fig. 11-14).



Figura 11-14. Liberación anterolateral de la fascia del hombro, técnica C.