

Tesina fin de curso de acupuntura CEMETC Escuela Dragón de Jade Caracas Venezuela

TRATAMIENTO INTEGRAL DE ACUPUNTURA, MOXIBUSTIÓN Y FISIOTERAPIA PARA TENDINITIS DEL MANGUITO ROTADOR

María Eva López Urdaneta

Cédula: 4.089.975

Docentes a Cargo: Profesora Angela Calvo

Profesor Daniel Navas

Profesor Germán Tovar

Caracas, Abril de 2020

Título de la tesina: Tratamiento Integral de Acupuntura, Moxibustión y Fisioterapia para Tendinitis de Manguito Rotador

Autor: María Eva López Urdaneta

Dirección Postal: Avda. Fray Fco. de Victoria, Qta. Mariégla, Urb. La Trinidad.

Municipio Baruta, código postal 1080

Correo electrónico: cachupina1957@gmail.com

Fecha de entrega:

Sede: Escuela Dragón de Jade Caracas Promoción Taibai

Por este medio autorizo la divulgación científica de este trabajo a través de la página web del CEMETC o por otras vías.

ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	1
RESUMEN.....	6
ABSTRACT.....	6
INTRODUCCIÓN.....	7
"Tesina de reflexión y comentario sobre la posible relación entre la Acupuntura y otras medicinas complementarias".....	7
JUSTIFICACIÓN.....	9
OBJETIVO GENERAL.....	10
OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	11
MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL.....	12
Descripción Anatómica de La Región Del Hombro.....	12
Articulaciones:.....	13
Músculos.....	17
Manguito de los rotadores.....	18
Patologías más frecuentes en el Manguito Rotador.....	21
Meridianos que recorren la zona del manguito rotador.....	22
Descripción breve de cada meridiano y de los puntos que se asocian a la ubicación de los músculos y tendones que forman el manguito rotador.....	23
Meridiano del Pulmón.....	23
Meridiano de Intestino Grueso Shou Yang Ming.....	27
Meridiano del Intestino Delgado.....	31
Meridiano de triple recalentador.....	40
Posibles causas de la tendinitis del Manguito Rotador desde el enfoque de la Medicina Tradicional China.....	47
El dolor de hombro como una alteración de los zang-fu.....	49
Sobrecarga mecánica.....	49

Traumatismos.....	49
Patología de la Vesícula Biliar.....	50
Patología de Intestino Grueso.....	50
Etiología de las alteraciones de los MTM:.....	50
Posibles causas de la tendinitis del manguito rotador según medicina occidental.....	51
Factores de Riesgo.....	53
Tratamiento de la tendinitis del manguito rotador según Medicina Tradicional China.....	55
Tratamiento Enfocado Como Un Síndrome Bi.....	59
Tratamiento.....	63
Estrategia Terapéutica:.....	64
Moxibustión.....	67
Pruebas o maniobras que se realizan con la finalidad de conocer con más exactitud cual o cuales de los componentes del manguito rotador está afectado	69
Tratamiento de Fisioterapia.....	72
CONCLUSIONES	78
BIBLIOGRAFÍA	79
ANEXOS:	80

DEDICATORIAS

Al universo por darme la constancia necesaria para cumplir con esta meta.

A mis hijos por enseñarme lo que significa el amor incondicional, y; por ser siempre mi apoyo fundamental en la vida, incluso en esta etapa de crecimiento.

A mi familia por mostrarme que los lazos del amor pueden girar alrededor del mundo y así mantenernos unidos.

Muy especialmente a Dimas Ocando Faria a quien cariñosamente llamamos en la familia Dinitas por tomarse el tiempo para ayudarme siempre desinteresadamente y con todo su cariño

A mis amigos y compañeros de estudio por también ser parte de mi familia

RESUMEN

El propósito del siguiente trabajo es dar a conocer como la Medicina Tradicional China y la Medicina Occidental ,pueden mezclarse ,específicamente en el área de medicina Física y rehabilitación ,en su rama de Fisioterapia, empleando técnicas de ambas disciplinas de sanación, haciendo un trabajo simultaneo de Acupuntura ,Moxibustión y Fisioterapia ,con la finalidad de aportar más y mejores herramientas para conseguir el restablecimiento o mejoría del paciente en la patología de la tendinitis del manguito rotador.

ABSTRACT

The purpose of the following work is to publicize how Traditional Chinese Medicine and Western Medicine can be mixed, specifically in the area of Physical Medicine and rehabilitation, in its Physiotherapy branch, using techniques from both healing disciplines, doing simultaneous work Acupuncture, Moxibustion and Physiotherapy, in order to provide more and better tools to achieve the restoration or improvement of the patient in the pathology of rotator cuff tendonitis

INTRODUCCIÓN

"Tesina de reflexión y comentario sobre la posible relación entre la Acupuntura y otras medicinas complementarias".

Tomando como premisa lo expuesto en el párrafo anterior es válido fusionar herramientas de diferentes disciplinas o enfoques terapéuticos tanto de la Medicina Tradicional China como de la Medicina Occidental ó Alópata, en este caso en particular, orientada hacia la Medicina Física y Rehabilitación, más específicamente. en el área de Fisioterapia, los dos enfoques tanto oriental como occidental, aunque son diferentes no son excluyentes el uno del otro y permiten el uso de ambos para tratar de conseguir mayor efectividad en el proceso de sanación del paciente en el menor tiempo posible y con los beneficios que pudiese representar para el mismo, tanto de ahorro de tiempo como de recursos en el tratamiento de la lesión que nos atañe, incluso tomando en cuenta la importancia del aspecto emocional en cualquier patología, es de considerar el bienestar que proporciona al paciente el saber que se están utilizando diferentes herramientas y recursos en ambas disciplinas médicas en un tratamiento Integral para conseguir la solución al problema de salud que presenta, en el menor tiempo posible.

Es de hacer notar que hay cierta confusión en líneas generales, en cuanto a la estructura del Manguito Rotador, es por esto que el presente trabajo, muestra claramente como está formado anatómicamente y cuál es su función en la biomecánica corporal. para de esta manera ubicar tanto al acupuntor / fisioterapeuta. Incluso al propio paciente dentro de un contexto fácilmente

comprensible, en la integración del tratamiento a aplicar, juega un rol sumamente importante la zona a tratar en el caso de la acupuntura por el trayecto de los meridianos, aunque no es solo el recorrido de los mismos, lo que nos indica el tratamiento a seguir, sí es un elemento importante para el diseño del mismo, en el caso del tratamiento fisioterapéutico, al conocer como está formado el manguito rotador y qué función tiene, habrá una visión clara de las pautas de tratamiento que corresponde.

JUSTIFICACIÓN

En la población general se sabe que entre el 15 y el 20 % de las personas por encima de los sesenta años tienen lesiones del manguito rotador parciales o completas en algunos de los tendones del mismo ,lo cual afecta la calidad de vida ,del individuo, no solo en su aspecto salud ,sino también en su desempeño laboral, incluso domestico ,debido a que, al ser la articulación del hombro la más móvil del cuerpo hay una cantidad de movimientos que pudiesen o no ,estar limitados, el problema aumenta con la edad, ya que tiene una relación directa con el deterioro progresivo más que con un evento traumático específico. Toda patología que curse con dolor es motivo de investigación y estudio con la finalidad de conseguir herramientas, métodos, técnicas, etc.; que ayuden al paciente a aliviar el mismo, ojala desde su punto de origen, en este aspecto la Medicina Tradicional china tiene un papel relevante, porque, puede tratar desde su aspecto preventivo hasta el curativo, el proceso patológico de la afección, y simultáneamente junto a la fisioterapia, para lograr la mayor eficacia, tomando en cuenta que las estructuras musculares afectadas necesitaran un tratamiento de ejercitación para lograr fuerza muscular y amplitud articular, y así obtener la funcionalidad necesaria para las actividades de la vida diaria, lo que conlleva en muchos casos la independencia y la autonomía del individuo cumpliendo con una de las premisas más importantes en la rehabilitación, que es llevar al paciente al máximo de sus capacidades e insertarlo de nuevo a la sociedad en la cual se desenvuelve de acuerdo a sus características.

OBJETIVO GENERAL

Dar a conocer cómo se pueden fusionar la Medicina Tradicional China y la Medicina Occidental en su rama de Medicina Física y rehabilitación más específicamente desde el punto de vista fisioterapéutico para hacer un tratamiento integral en la tendinitis del manguito rotador.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

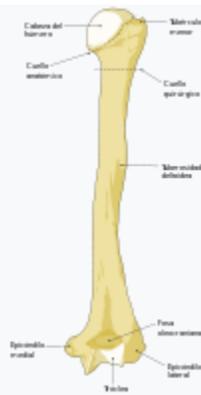
- Describir anatómicamente la zona o región del hombro ,con la finalidad de visibilizar la lesión del manguito rotador.
- Describir que es el manguito rotador y cuál es su función.
- Describir los meridianos que pasan por la superficie del manguito rotador.
- Identificar las ´posibles causas de la lesión del manguito rotador según Medicina Tradicional China y Medicina Occidental.
- Revisar los diferentes tratamientos planteados desde la Medicina tradicional China y la Fisioterapia para la lesión del manguito rotador.

MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL

Descripción Anatómica de La Región Del Hombro

En anatomía humana, el hombro es la parte del cuerpo donde se une el brazo con el tronco. Está formado por la conjunción de los extremos de tres huesos: la clavícula, la escápula y el húmero; así como por músculos, ligamentos y tendones. La principal articulación del hombro es la que une la cabeza del húmero con la escápula, recibe el nombre de articulación escapulohumeral y presenta dos superficies articulares, una de ellas corresponde a la cabeza del húmero que tiene forma semiesférica y la otra es la cavidad glenoidea de la escápula, estas superficies están recubiertas por cartílago que permiten un movimiento suave e indoloro. Exteriormente una envoltura de tejido blando circunda el conjunto, es la llamada cápsula articular que está reforzada por varios ligamentos que le dan estabilidad e impiden que los huesos se desplacen más allá de sus límites fisiológicos. Un conjunto de músculos y sus tendones se unen a las superficies de los huesos y hacen posible la movilidad de la articulación, entre ellos es muy importante el manguito rotador formado por cuatro músculos que proporcionan movilidad y estabilidad al hombro. Varias estructuras transparentes en forma de saco llamadas bolsas serosas, permiten el deslizamiento suave de los diferentes componentes móviles. El hombro es la articulación con mayor amplitud de movimientos del cuerpo humano.

Articulaciones:



Húmero



Escápula



Clavícula

El hombro es un *complejo articular*, está formado por varias articulaciones.

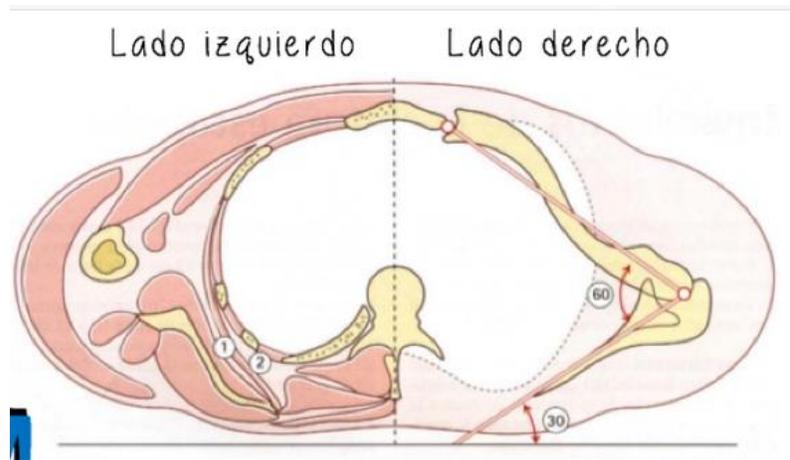
Estas se pueden clasificar en dos grupos:

Primer grupo:

- **Articulación Glenohumeral:** Compuesta por la cabeza del húmero y la cavidad glenoidea. Estaría considerada como una articulación verdadera desde el punto de vista anatómico ya que son dos superficies cartilaginosas las que se deslizan entre sí.
- **Articulación Subdeltoidea:** También considerada como segunda articulación del hombro. Anatómicamente no estaría considerada como articulación aunque fisiológicamente sí, son dos superficies que se deslizan entre sí; la cara profunda del deltoides y el manguito de los rotadores, aquí podemos encontrar una bolsa serosa que facilita el deslizamiento. La articulación subdeltoidea está mecánicamente unida a la articulación glenohumeral: un movimiento cualquiera de la glenohumeral genera un movimiento en la subdeltoidea.

Segundo grupo:

- **Articulación Escapulotorácica:** La articulación escapulotorácica está compuesta por la escápula (omóplato) y el tórax, es una articulación falsa, constituida por dos planos de deslizamiento celuloso.



corte horizontal del tórax

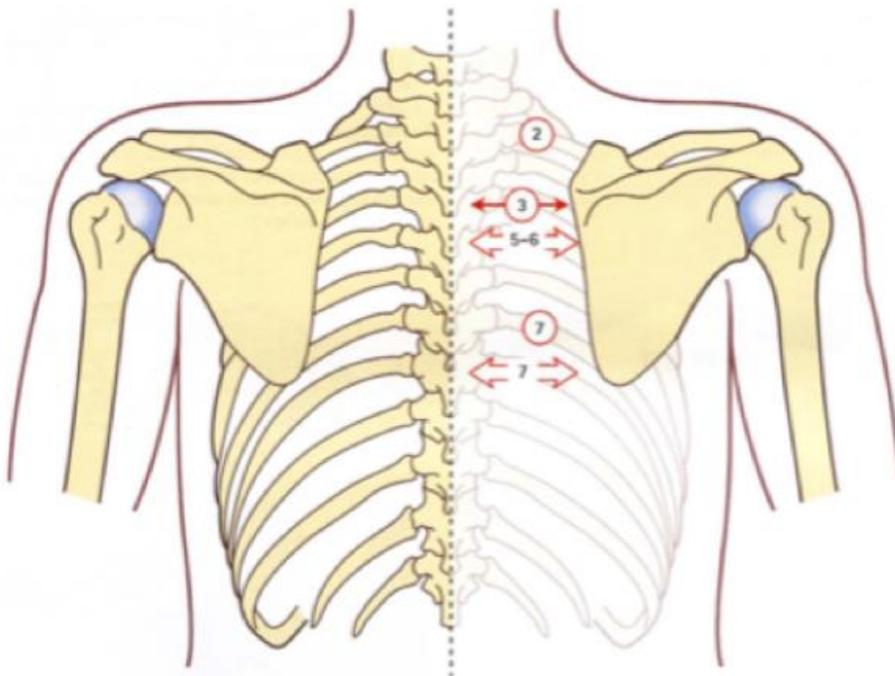
El **lado izquierdo del corte**, muestra el volumen torácico, la forma de las costillas es oblicua y los músculos intercostales. El serrato mayor (borde interno del omoplato hasta la pared lateral del tórax) es el que crea dos espacios celulosos, que son el **espacio omoserrático (1)** *comprende el omóplato recubierto por el musculo supraespinoso y serrato anterior* y el **espacio tóraco o parientoserrático (2)** *comprende la pared torácica y el musculo del serrato anterior.*

En la otra mitad del corte, del **lado derecho**, revela la **cintura escapular**, formada por la clavícula y el omóplato (**ángulo 60°**). El omóplato en un **ángulo de 30° (plano dorsal)** representa la abducción fisiológica de la articulación y la clavícula (oblicua) hacia fuera y hacia atrás , forma un **ángulo de 30° (plano frontal)** y se articula con el esternón (atrás y adelante) que es la articulación esternoclavicular y por fuera y detrás el omóplato mediante la articulación acromioclavicular.

En una **visión posterior** del esqueleto del tórax y de la cintura escapular, se suele representar el omóplato como si perteneciera a un plano frontal. En realidad, la oblicuidad de su plano haría necesario representarlo en perspectiva.

En **posición normal**, se extiende en altura, desde la **2da a la 7ma costilla (omóplato)**. Su ángulo supero-interno corresponde a la 1ra apófisis espinosa dorsal.

La porción interna de la espina del omóplato (ángulo constituido por los dos segmentos del borde interno) a la 3ra apófisis espinosa dorsal. El borde interno o espinal del omóplato se localiza a 5 ó 6 cm de la línea de las apófisis espinosas. Su ángulo inferior dista 7 cm de la línea de las apófisis espinosas.



- **Articulación acromioclavicular:** Verdadera articulación situada en la porción externa de la clavícula.
- **Articulación esternoclavicular:** Verdadera articulación, se localiza entre la porción interna de la clavícula y la parte superior del esternón.

En cada uno de los grupos, las articulaciones están mecánicamente unidas (actúan a la vez). Los dos grupos también actúan en simultáneamente y en proporciones variables.

Músculos



Vista posterior de la musculatura del hombro: 3. Dorsal ancho. 5. Redondo mayor. 6. Redondo menor. 7. Supraespinoso 8. Infraespinoso. 13. Porción larga del tríceps.

Los músculos ayudan a sostener el hombro y permiten la movilidad de la articulación en todas direcciones. Los más importantes para el funcionamiento del hombro son:

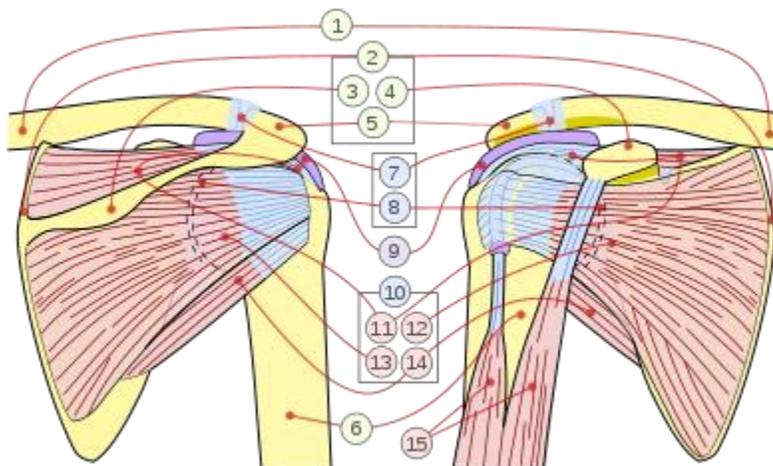
- El músculo supraespinoso: Realiza la abducción o separación del brazo.
- El músculo subescapular: Realiza la rotación interna.
- El músculo infraespinoso: Realiza la rotación externa.
- El músculo redondo menor: Contribuye a la rotación externa.
- El músculo redondo mayor: Contribuye a la extensión.
- El músculo deltoides: Realiza la extensión, flexión y la abducción.
- El músculo pectoral mayor: Interviene en la aducción o aproximación, la flexión y la extensión.
- El músculo dorsal ancho: Interviene en la extensión y la aducción.
- El músculo coracobraquial: Aduce al húmero.
- El músculo trapecio: Eleva, retrae y rota externamente la escapula.
- El músculo serrato anterior: Rota la escapula y la tracciona anteriormente contra la pared torácica.

Manguito de los rotadores

Se llama manguito de los rotadores al conjunto formado por los músculos supraespinoso, infraespinoso, redondo menor y subescapular, así como sus correspondientes tendones. Estos cuatro músculos parten de la escápula y se insertan en la cabeza del húmero muy próximos, aunque en realidad cada uno de ellos es independiente. En esta zona se producen frecuentemente lesiones, sobre todo tendinitis que a veces se denominan genéricamente tendinitis del manguito de los rotadores, mientras que en otras ocasiones se especifica el músculo

concreto afectado, nombrándose en tal caso como tendinitis del supraespinoso que es la más habitual o de cualquiera de los otros tres músculos que forman el manguito.

Manguito de los rotadores



Articulación del hombro. Vista posterior a la izquierda. Vista anterior a la derecha. 1. Clavícula, 2. Escápula (con 3. Espina de la escápula, 4. Apófisis coracoides, 5. Acromion), 6. Húmero; Articulaciones: 7. Acromioclavicular, 8. Glenohumeral; 9: Bolsa sinovial; 10. Manguito de los rotadores (con 11. Supraespinoso, 12. Subescapular, 13. Infraespinoso, 14. Redondo menor), 15. Bíceps braquial

El **manguito de los rotadores** es un término anatómico aplicado al conjunto de músculos y tendones que proporcionan estabilidad al hombro. Todos estos músculos conectan la escápula con la cabeza del húmero, formando un puño en la articulación. Su importancia estriba en que mantienen la cabeza del húmero dentro de la cavidad glenoidea de la escápula. Este manguito forma continuidad con la cápsula de la articulación del hombro. El conjunto incluye los siguientes músculos:

- El supraespinoso se origina en la fosa supraespinosa de la escápula y se inserta en el tubérculo mayor del húmero. Realiza los primeros 15 a 20 grados de separación del miembro superior del tronco, durante la abducción del brazo.
- El infraespinoso se origina en la fosa infraespinosa de la escapula y se inserta en el tubérculo mayor del húmero. Rota el brazo externamente.
- El redondo menor, actualmente llamado teres minor, se origina en la fosa infraespinosa, a lo largo del borde lateral de la escápula y se inserta en el tubérculo mayor del húmero, y también rota el brazo externamente.
- El subescapular, proveniente de la fosa subescapular de la escápula, se inserta en el tubérculo menor del húmero. Este músculo rota internamente el húmero.

La articulación del hombro es la que más variedad y amplitud de movimientos posee del cuerpo humano. Esto es debido a un diseño en el que la cabeza humeral apenas está cubierta por la superficie glenoidea escapular. Para compensar esta falta de contacto entre las dos superficies articulares, alrededor existen partes blandas que estabilizan la articulación, y evitan la luxación:

- El rodete glenoideo: es una estructura fibrocartilaginosa que aumenta la concavidad de la superficie glenoidea articular.
- La cápsula articular: rodea toda la articulación, y la estabiliza mediante engrosamientos de la misma que constituyen los ligamentos glenohumerales.

- Unidades musculares que parten de la escápula o del tronco y se insertan en el húmero y que, a la vez que contribuyen a la estabilización, su contracción es la responsable del movimiento.

De entre de los músculos que rodean al hombro, el grupo conocido como manguito rotador tiene una función fundamental al estabilizar la articulación glenohumeral. El supraespinoso, el infraespinoso y el redondo menor parten de la cara posterior de la escápula y juntan sus terminaciones tendinosas en forma de una banda que cubre superiormente la articulación antes de insertarse en el húmero. El músculo subescapular parte de la cara anterior de la escápula para formar otra banda tendinosa que a su vez cubre la cara anterior de la articulación. De esta forma, además de producir movimientos del hombro, mantienen la articulación estabilizada, y evitan que la cabeza humeral se luxe en dirección anterior o posterior.

Patologías más frecuentes en el Manguito Rotador

- Tendinitis / Tendinosis: lo sufijos itis, osis, en terminología médica de ambas disciplinas tanto de medicina tradicional china como de medicina alópata se refieren a en el caso de itis, empleada para designar una inflamación; en el caso de osis, sufijo que denota enfermedad degenerativa.
- Roturas parciales, completas, o masivas
- Artropatia degenerativa secundaria a lesiones del manguito rotador

La articulación de hombro tiene dos características que la hacen especialmente susceptible de lesionarse, por una parte, es una zona donde el flujo de sangre hacia los tendones es bajo, por lo que ante un daño no se regenera con facilidad; además, es una zona muy estrecha rodeada por hueso, facilitando el rozamiento de los tendones con los elementos óseos de la zona y favoreciendo la inflamación; esto a la larga puede deteriorar los tendones del manguito y producir la fatiga del tendón y posteriormente la ruptura.

Meridianos que recorren la zona del manguito rotador

Meridiano de Pulmón

Meridiano de intestino Grueso

Meridiano de Intestino Delgado

Meridiano de Triple Recalentador (San Jiao)

Aún cuando los meridianos de Bazo páncreas y Pericardio tienen puntos en la zona del brazo muy cerca del manguito rotador específicamente en el punto 2 de pericardio, no hay ninguna indicación según el tomo I de acupuntura y bioenergética del Dr. NOGUEIRA para su aplicación en dolor en la zona del hombro que es el punto de referencia del planteamiento hecho en este trabajo, igualmente sucede con algunos puntos del meridiano de bazo páncreas específicamente el punto 20 de bazo páncreas

Descripción breve de cada meridiano y de los puntos que se asocian a la ubicación de los músculos y tendones que forman el manguito rotador.

Meridiano del Pulmón

SHOU TAI YIN

Shou Tai Yin, pues constituye la rama superior (Shou, significa extremidad superior) del plano más superficial de los meridianos Yin, esto es, del Taiyin (cuyo segmento inferior lo integra el canal de Bazo, Zu Tai Yin).

Número De Puntos:

11 (bilaterales)

Meridiano Acoplado: Shou Yang Ming (Meridiano Principal de Intestino Grueso).

Corriente Energética Rong:

— Sentido: Centrífugo.

— Horario de máxima energía: 3-5 h. (hora Yin).

— Ley medio/día-media/noche: Su opuesto es el Zu Tai Yang (V.).

— Orden: Le precede en el circuito diario el M.P. de H., le sigue el M.P. de IG.

— Proporción energía (Qi)-sangre (Xue): El plano Taiyin tiene más energía que sangre, por lo que a la hora de dispersar se evitará sangrar sus puntos.

- Trayecto profundo:

- Comienza en el Zhongjiao (TR. Medio).

ESTUDIO GENERAL DEL TRAYECTO:

- Desciende en el IG. Sube al cardias, atraviesa el diafragma y se divide en dos ramas, cada una de las cuales va a penetrar en el pulmón correspondiente. — Sigue la tráquea hasta la garganta. Desciende al hueco infraclavicular y emerge en el punto 1P, Zhónfü.

- Trayecto superficial:

- Sube al borde inferior de la clavícula.

- Recorre la parte anteroexterna del brazo y antebrazo.

- Sigue el borde externo de la eminencia tenar.

- Termina en la extremidad del pulgar (IIP. Sháosháng). Un vaso secundario parte del Liéqué (7P) sigue el borde interno de la eminencia tenar y va a ganar la extremidad del índice donde conecta con el M.P. de IG.(*).

Los signos de enfermedad del Pulmón son:

- Signos de plenitud:

- Asma, tos, aflujo de la energía hacia lo alto.

- **Dolores en los hombros** y el dorso. Sudoración.

- Dolores en la pelvis, en los muslos, en las rodillas, en las piernas y en los pies.

- Signos de vacío:

- Respiración corta, entrecortada.

- hipoacusia.

— Garganta seca.

Los puntos del meridiano de pulmón asociados por su ubicación a la lesión del manguito rotador son 1. 2. y 3.

1. Pulmón: Tchong Fou, 52 (Palacio central). Zhóngfū

Localización:

— Se halla en el surco deltopectoral, en la parte externa del primer espacio intercostal, a seis distancias por fuera de la línea media (línea paraaxilar) y 1 distancia por debajo del Yunmen 2P.

Características:

— Punto Mu.

— Punto de nacimiento del «Meridiano Distinto» correspondiente.

— Punto de unión con el canal del Bazo.

— Punto de unión con el canal de H.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura oblicua hacia afuera de una profundidad (•) de 3 Fen.

— Moxibustión: moxar 5 veces.

Indicaciones:

— Problemas respiratorios y cardíacos en general, edema facial y de los miembros, **dolor del hombro**.

2. Pulmón: Lunn Menn, 53 (Puerta de las nubes). Yúnmén

Localización:

— Se halla en el surco deltopectoral, 6 distancias por fuera de la línea media y en una depresión bajo el reborde inferior de la clavícula. Este punto se encuentra en la misma vertical que punto Zhóngü 1P.

Modo de empleo:

- Acupuntura: puntura oblicua hacia afuera a una profundidad de 3 Fen.
- Moxibustión: moxar 5 veces.

Indicaciones:

— Problemas del aparato respiratorio y cardíacos en general. Algias intercostales, y también de hombro y brazo. Excitación.

3. Pulmón: Tienn Fou, 54 (Palacio celeste).

Tiánfü

Localización:

— Se encuentra en la cara anterior del brazo, sobre el borde externo o radial del músculo bíceps braquial. Está situado a tres distancias, por debajo de la extremidad superior del pliegue axilar anterior y a 6 distancias por encima del pliegue de flexión del codo.

Características:

— Ventana del cielo.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 4 Fen.

— Moxibustión: prohibido moxar.

Indicaciones:

— **Algias de la cara anterior del brazo.** Problemas del aparato respiratorio (tos, asma, bronquitis), congestión cerebral, vértigo.

Meridiano de Intestino Grueso Shou Yang Ming

Constituye la rama superior (Shou) del plano más profundo de los meridianos Yang, esto es, del Yang Ming (cuyo segmento inferior lo integra el canal del Estómago, Zu Yang Ming).

Número de Puntos: 20 (bilaterales).

Meridiano Acoplado: Shou Tai Yin (Meridiano Principal de los Pulmones).

Corriente energética Rong:

— Sentido: Centrípeto.

— Horario de máxima energía: 5- 7 h. (Hora Mao).

— Ley medio/día-media/noche:

Su opuesto es el Zu Shao Yin (R.).

— Orden: Le precede en el circuito diario el M.P. de P., le sigue el M.P. de E.

— Proporción energía (Qi)-sangre (Xue): El plano Yang Ming posee tanta sangre como energía, por esto, cuando se trate de dispersar se puede sangrar o punturar, indistintamente.

Trayecto superficial:

— Comienza en la extremidad del índice (1 IG, Slángyáng).

— Sigue el borde externo radial del índice.

— Recorre el borde externo o radial del 2. metacarpiano.

— Borde radial del antebrazo.

— Sigue por la mitad de la cara externa del brazo (borde externo del húmero).

— Llega al hombro (articulación acromio-clavicular).

— Alcanza el 14DM, Dázhüi (bajo apófisis espinosa de 7. vértebra cervical).

— Desciende al hueso supraclavicular (12E, Quépén) a cuyo nivel se divide en dos ramas.

Trayecto profundo:

— Una rama profunda:

— Penetra en el P. del mismo lado.

— Atraviesa diafragma.

— Penetra en IG. Desde aquí un vaso que desciende a la cara antero externa de la pierna para unirse al meridiano de E. (37E, Shangjúxǎn).

- Una rama superficial:
- Que sube a lo largo del cuello.
- Pasa al maxilar inferior (por el 5E, Dáiyíng envía su energía al maxilar inferior y a los dientes).
- Alcanza la mejilla.
- Contornea el labio superior.
- Se cruza con el Meridiano del lado opuesto en el punto 26DM, Réngzhóng.
- Sube hacia el ala de la nariz (20IG, Yíngxiáng) donde finaliza.

Los puntos asociados por su ubicación a la lesión del manguito rotador son 15,16

15 Intestino Grueso: Tsienn lu, (Hueso del hombro). Jiányú

Localización:

— Inmediatamente por fuera de la articulación acromioclavicular, en una depresión que se forma cuando el brazo está en abducción completa, sobre el músculo deltoideos.

Características:

- Punto perteneciente al Meridiano Distinto de Intestino Grueso (P.P.M.D.).
- Punto perteneciente al Meridiano Curioso Yang Qiao y Yang Wei y de unión con el M.P. de ID.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular u oblicua hacia abajo a una profundidad de 8 Fen a 1 T'sun.

— Moxibustión: moxar 7 a 14 veces. Es más eficaz punturar que moxar.

Indicaciones:

— **Problemas de hombro**, hipertensión, hemiplejía.

16 Intestino Grueso: Ku Kou, (Gran hueso). Júgü

Localización:

— Se encuentra en una depresión entre el extremo acromial de la clavícula y la espina escapular, es decir, inmediatamente por dentro de la articulación acromio-clavicular sobre el músculo trapecio.

Características:

— Punto del Yang Qiao.

— Punto He de acción específica sobre la médula.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 4 Fen.

— Moxibustión: moxar 3-7 veces.

Indicaciones:

— **Problemas de hombro** y brazo, odontalgia en el maxilar inferior.

Meridiano del Intestino Delgado

SHOU TAI YANG

Su denominación clásica es Shou Tai Yang pues constituye la rama superior (Shou) del plano más superficial de los meridianos Yang, esto es, del Tai Yang (cuyo segmento inferior lo integra el canal de la vejiga, Zu Tai Yang).

Número de Puntos: 19 (bilaterales).

Meridiano Acoplado: Shou Shao Yin (Meridiano Principal de Corazón).

Corriente energética róng:

— Sentido: Centrípeto.

— Horario de máxima energía: 13-15 h (hora Oe).

— Ley mediodía-medianoche: Su opuesto es el Zu Tai Yin (H.).

— Orden: Le precede en el circuito diario, el Shou Shao Yin (O), le sigue el Zu Tai Yang (V.).

— Proporción energía (Qi)-sangre (Xue): El plano Tai Yang posee más sangre que energía, por tanto, cuando se trate de dispersar, se podrán sangrar sus puntos.

Trayecto superficial:

— Comienza en la extremidad del quinto dedo (1ID, Sháozé).

— Recorre el borde cubital de la mano y antebrazo.

- Sigue la cara postero interna del brazo.
- Alcanza la cara posterior del hombro.
- Describe un zig-zag a nivel del omóplato (sobre la fosa infraespinosa, primero y sobre la supraespinosa, después).
- Se dirige al punto 14DM, DázhuT.
- Desciende al hueco supraclavicular (12E, Quépén) a cuyo nivel se divide en 2 ramas:

Una rama profunda descendente que:

- Penetra en el tórax.
- Se ramifica en el C.
- Desciende a lo largo del esófago.
- Y termina el ID. (viscera).

Una rama superficial ascendente que:

- Asciende a lo largo del cuello.
- Sube a la mejilla y a este nivel se divide en 2 ramas:
 - Una que: pasa al ángulo externo del ojo y se posterioriza entrando en el oído (19ID, TTnggong).
 - Otra que va hacia la parte lateral de la nariz y finaliza en el ángulo interno del ojo (IV, JTnmíng), donde se une al meridiano de V.

Otros vasos secundarios y conexiones:

El sistema de vasos Luo Transversales acopla a los meridianos de corazón e Intestino Delgado, uniendo Shénmén 7C (Yuan) y ZhTzhéng 7ID (Luo) por una parte y Wángü 4ID (Yuan) y Tóngli 5C (Luo) por otra.

Una pequeña ramita une al 9C con el 1ID.

El Shou Tai Yang cede uno de sus puntos, el Náoshǎn (10ID), a las cadenas de los vasos reguladores Yangqiao y Yangwei. Por el Bingfen (12ID), se conecta con Shou Yang Ming (IG.), Shou Shao Yang (TR.), y Zu Shao Yang (VB.). Este encuentro se repite a nivel del Tóngzǐliáo (1VB).

Por la rama que partiendo del Qudnlido (18ID) llega al Jíngmíng (IV) se relaciona el Shou Tai Yang (IG.) con el Shou Shao Yang (TR.), confluyente también en el segundo de aquellos puntos. De nuevo establece ligazón con este meridiano (y con el de Vesícula Biliar) en el último eslabón de su recorrido: 19ID, Tinggong.

Con el Vaso de la Concepción (Renmai) se anastomosa el M.P. de ID. en los puntos Zhóngwán, 12RM (donde llegan también ramas de los meridianos de Estómago y TR) y Shanzhong, 17RM (donde llegan también ramas de los meridianos de Hígado, Bazo y TR).

Un canal energético secundario une a la entraña Intestino Delgado con el punto del Zu Yang Ming, Xiuájúxǎn (39E), el cual ejerce respecto a esa viscera la función de «He de acción especial».

Acción general:

El ID. juega un papel de extraordinaria importancia en M.T.Ch., mucho más de lo que se puede considerar a simple vista, y ello por tres razones fundamentales:

1. Viscera del TR. inferior encargada de la 2.a purificación (la fase en formación directa de la energía Wei).
2. Acoplado de movimiento con el C.
3. Formación plano Tai Yang.

Del equilibrio de sus raíces Yin (degradación y absorción) -Yang (manifestación y transporte), van a depender dos funciones vitales:

a) Yin: Acción «bioquímica» separación de lo «puro e impuro», esto es, captación de la energía que aun contiene el «agua alimenticia» y que será vehiculizada por su raíz Yang a los R. y absorción (membranas intestinales) de lo «impuro» materia, de una manera selectiva, de tal forma que al torrente sanguíneo (mesentérica y portal) lleguen sustancias materiales suficientemente purificadas. Una alteración de esta función supone, pues, un incremento de sustancias «impuras» en sangre que forzaría la acción orgánica del TR. inferior (R.-H.), pudiendo ocasionar depósitos (cálculos) o bien el aumento de las tasas de impuros a nivel del propio torrente sanguíneo (colesterol, triglicéridos, etc.). Esto ocasionará, a la postre, alteraciones en su acoplado el C. como regulador general de la función sanguínea y circulatoria.

Estas sustancias insuficientemente degradadas son «energía no liberada, aun concretizada» que debería de haber formado parte de la energía Wei, con lo cual se produce un déficit de la función defensiva.

Resumiendo: desequilibrio del Dao Vital, Incremento del Yin Materia = Disminución del Yang Energía. La relación con C, con el cual forma movimiento, no sólo es consecuencia indirecta de la acción mesentérica sino, también, por su relación directa en el mantenimiento de la homeostasis orgánica, a través de su acción de mutua alimentación y alternancia.

b) Una alteración en la manifestación del ID. (Raiz Yang) puede provocar, por exceso, alteraciones cardíacas sobre su acoplado de movimiento acción Yin-Yang y por defecto, una insuficiente manifestación a nivel del Tai Yang, rama Shou (neutralización del calor cósmico), pudiendo ocasionar procesos de deshidratación, alteraciones dermatológicas y disfunciones en el proceso del equilibrio termogénico orgánico.

Perturbaciones de origen externo: **escápulo-braquialgia**, sordera, esclerótica amarilla, inflamaciones de la oreja y el mentón, dolor en el codo.»

NEI JING LING SHU Capítulo X:

«Alteraciones:

— El enfermo presenta anginas, hinchazón del mentón, tortícolis, **hombro** muy doloroso, la parte superior del brazo está muy dolorosa (da la impresión de estar

como fuera de articulación)

Los puntos asociados a la patología del manguito rotador por su recorrido son 9,10,11,12,13,14,15

9 Intestino Delgado: Tsienn Tchen. **Robustez del hombro** Jianzhén.

Localización:

— Con el brazo en aducción se encuentra en la vertical del pliegue axilar posterior, 1 distancia por encima de su extremidad superior.

Modo de empleo:

— Acupuntura; puntura perpendicular a una profundidad de 8Fen.
— Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

— Problemas del hombro, sordera, cefalea.

10 Intestino Delgado: Yu Lu, 185 («Shu» de la región superior del brazo).

Nadshü.

Localización:

— Se encuentra en la vertical del pliegue axilar posterior, en una depresión bajo el borde inferior de la parte externa de la espina del omóplato.

Características:

- Punto de los Vasos Reguladores Yangwei y Yangqiao.
- Punto de nacimiento del Meridiano Distinto del Intestino delgado.

Modo de empleo:

- Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 8 Fen.
- Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

- Algias del hombro y brazo.

11 Intestino Delgado: Tienn Tchong, (Principios celestes).

Tiánzóng.

Localización:

- Se encuentra en el centro de la fosa infraespinosa, a nivel de la apófisis espinosa de la cuarta vertebra dorsal, en la unión del tercio superior y el medio de la distancia entre el borde superior de la espina escapular y el ángulo inferior de la escápula.

Modo de empleo:

- Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 5 Fen.
- Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

- Problemas funcionales del miembro superior como incapacidad de elevarlo.
- Hinchazón de la región maxilar.

12 Intestino Delgado Ping Fong (Recibe el viento). Bingféng.

Localización:

— Se encuentra en el centro de la fosa supraespinosa, en la misma vertical que el anterior, en la depresión que se forma al levantar el brazo horizontalmente.

Características:

— Punto de encuentro con los restantes meridianos Yang «de la mano», más con el Zu Shao Yang (VB.).

— Acupuntura: puntura oblicua a una profundidad de 5 Fen.

— Moxibustión: moxar 5 veces.

Indicaciones:

— Dolor en el omóplato o en el **hombro**.

13 intestino delgado: Kou Youn (Parte sinuosa del muro). Qüyuán.

Localización:

— Se encuentra en el extremo interno de la fosa supraespinosa, donde la espina del omóplato describe una curva, equidistante del 10ID (Nadshii) y de la apófisis espinosa de la segunda vértebra dorsal, punto doloroso a la palpación.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura oblicua a una profundidad de 5 Fen.

— Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

— «Pei» a nivel de la región posterior del **hombro**.

14 Intestino Delgado: Tsienn Dae («Shu», de la región escapular externa).
Jianwaishü.

Localización:

— Se halla situado en la horizontal que pasa justo por debajo de la punta de la apófisis espinosa de la primera dorsal (13DM, Táodáo), a 3 distancias de la línea media (en la vertical del borde vertebral de la escápula), sobre el músculo del trapecio.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura oblicua a una profundidad de 6 Fen.

— Moxibustión: moxar 1 a 6 veces.

Indicaciones:

— Dolores de cuello y omóplato.

15 Intestino Delgado Tsienn

Tchong lu («Shu» de la región escapular central). Jianzhongshü.

Localización:

— En la horizontal que pasa justo bajo la punta de la apófisis espinosa de la séptima cervical (14DM, Dázhüi), a 2 distancias de la línea media, sobre el músculo trapecio.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura oblicua a una profundidad de 3 a 6 Fen.

— Moxibustión: moxar 3 a 10 veces.

Indicaciones:

— Rigidez en el cuello, **dolores en los hombros**, problemas pulmonares como asma y bronquitis.

Meridiano de triple recalentador

Su denominación clásica es Shou Shao Yang, pues constituye la rama superior (Shou) del plano «bisagra» (o medial) de los meridianos Yang, esto es del Shao Yang (cuyo segmento inferior lo integra el canal de la vesícula biliar, Zu Shao Yang).

Número De Puntos: 23 (bilaterales).

Meridiano Acoplado: Shou Jue Yin (Meridiano Principal del Maestro de Corazón).

Corriente energética Rong:

— Sentido: Centrípeto.

— Horario de máxima energía: 21-23 h. (hora Rae).

- Ley mediodía-medianoche: Su opuesto es el Zu Tai Yin (BP).
- Orden: Le precede en el circuito diario el Shou Jue Yin (MC), le sigue el Zu Shao Yang (VB.).
- Proporción energía (QI-sangre (Xue): El plano Shao Yang posee más energía que sangre, por esto cuando proceda dispersar, se evitará sangrar sus puntos.

Trayecto superficial:

- Comienza en la extremidad del 4 dedo de la mano (anular).
- Sigue el borde interno del citado dedo.
- Circula por el dorso de la mano entre 4. y 5. metacarpianos.
- Ascende por la cara posterior del antebrazo y brazo.
- Gana la cara posterior del hombro.
- Cruza el meridiano de VB.
- Alcanza el hueco supraclavicular (12E, Quépén) a cuyo nivel se interioriza.

Trayecto profundo:

- Penetra en el tórax.
- Alcanza el 17RM (Shánzhong) donde se conecta con la envoltura del corazón (MC). Atraviesa el diafragma.
- Termina a nivel del TR. (superior, medio e inferior). Un vaso parte del 17RM (Shánzhong):

- Gana la región supraclavicular, donde se exterioriza.
- Sube al cuello, conectándose con el 14DM (Dázshui).
- Alcanza la región retro auricular (17TR, Yífeng) a este nivel se divide en dos ramas:

Una rama que:

- Contornea la oreja hasta su cima.
- Desciende a la mejilla.
- Alcanza el maxilar inferior.
- Termina en la región infraorbitaria.

Otra que (rama auricular):

- Penetra en el interior del oído.
- Reaparece por delante del mismo (21TR, Érmén).
- Contornea el maxilar inferior.
- Alcanza la mejilla (a cuyo nivel se cruza con la rama anterior).
- Gana la extremidad de la cola de la ceja (23TR, Sízhúkóng).
- Termina en el ángulo externo de la órbita, donde se une al meridiano de VB.

Acción general:

Acerca del Sann Jiao (TR.) dice el Mu Jing (clásico de los puntos): «El cuerpo humano está dividido en tres zonas energéticas: zona del Recalentador Superior, zona del Recalentador Medio y zona del Recalentador Inferior. La parte

del cuerpo que se extiende desde el cardias hasta el final de la lengua, pasando por el tórax, el corazón y el pulmón se halla en el Recalentador Superior.

La parte que se extiende desde el cardias al píloro, incluida la zona alta del abdomen, el estómago y el bazo, se halla en el marco del Recalentador Medio.

La parte que se extiende desde el píloro hasta el aparato genito-urinario se halla en el marco del Recalentador Inferior.»

El Triple Recalentador es el responsable del metabolismo energético humano. A él se debe a la formación de la energía Wei y Rong. De su armonía dependen la función nutricia y defensiva, en definitiva, la salud global del individuo.

Los puntos asociados a una lesión del manguito de los rotadores son,11,12,13,14,15

11 Triple Recalentador: Tching Lang luann, 345 (Pulcritud del abismo). QTngléngyuan.

Localización:

— Se halla en mitad de la cara posterior del brazo, en una depresión situada a 1 distancia por encima del punto anterior, también sobre el tendón del triceps braquial.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 2 Fen.

— Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

— Dolores y parálisis del hombro, dolores del brazo.

12 Triple Recalentador:

Siaduo, (Fundir metal). Xiaolud.

Localización:

— Se halla en mitad de la cara posterior del brazo, equidistante entre el 11TR (QTngléngyuan) y 13TR (Náohui), precisamente en el extremo inferior de la masa muscular del triceps, cuando el brazo está en pronación.

11 Triple Recalentador:

Tching Lang luann (Pulcritud del abismo). QTngléngyuan.

Localización:

— Se halla en mitad de la cara posterior del brazo, en una depresión situada a 1 distancia por encima del punto anterior, también sobre el tendón del triceps braquial.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 2 Fen.

— Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

— Dolores y parálisis del hombro, dolores del brazo.

12 Triple Recalentador:

Siaduo, (Fundir metal). Xiaolud.

Localización:

— Se halla en mitad de la cara posterior del brazo, equidistante entre el 11TR (QTngléngyuan) y 13TR (Náohui), precisamente en el extremo inferior de la masa muscular del triceps, cuando el brazo está en pronación. Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 5 a 6 Fen.

— Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

— Epilepsia, cefaleas, «Pei» (reumatismo) a nivel del hombro.

13 Triple Recalentador: No Roe, (Parte superior del brazo). Náohuik.

Localización:

— En la cara posterior del brazo, en el borde posterior e inferior del músculo deltoides.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 5 a 7 Fen.

— Moxibustión: moxar 5 a 7 veces.

Indicaciones:

— Enfermedades de los ojos, algias a nivel del brazo y hombro.

14 Triple Recalentador: Tsiann Liou, 348 (Hueso de control). Jianliáo.

Localización:

— En la cara posterior del hombro, entre acromión y troquiter del húmero, alrededor de 1 distancia por detrás del 15IG (Jiñnyú).

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 5 a 7 Fen.

— Moxibustión: moxar 7 veces.

15 Triple Recalentador: Tienn Liou, (Hueso celeste). Tiñnliáo.

Localización:

— En la cara posterior del hombro, equidistante entre la punta del acromión y el punto 14DM (Dázhfii) y también equidistante entre el 21VB (Jiánjǐng) y el ángulo superior de la escápula (13ID.)

Características:

— Punto del Meridiano Curioso Yang Wei.

Modo de empleo:

— Acupuntura: puntura perpendicular a una profundidad de 8 Fen.

— Moxibustión: moxar 3 veces.

Indicaciones:

— Algias escapulares, dolores de cuello y brazo, asma.

Posibles causas de la tendinitis del Manguito Rotador desde el enfoque de la Medicina Tradicional China

Las tendinitis, como todas las enfermedades, son Yin o Yang (aunque desde el punto de vista de la filosofía de la MTCh todas las enfermedades de Hígado son Yang). Las tendinitis yin, las más frecuentes en el deporte, son patología por sobrecarga, por sobre uso, hipersolicitación, a los tendones...» En resumen las tendinopatías la M.T.Ch. las encuadra dentro de los síndromes Bi, más concretamente dentro de los Bi Exógeno-Endógeno y dentro de estos del Pei Tendin muscular. es importante recordar que un síndrome Bi o Síndrome Pei es igual a un estancamiento energético (Yu Qui) y/o sanguíneo (Yu Xue) capaz de producir dolor, parestesia, o incapacidad funcional. Nos interesa tener en cuenta el Movimiento, que en este caso no es otro que el movimiento Madera, que tiene como órgano de sustento el Zu Jue Yin.

La capacidad de los tendones para contraerse y relajarse depende de la nutrición e hidratación de la sangre del hígado cuando la sangre del hígado es abundante, los tendones estarán bien hidratados y nutridos, garantizándose un movimiento suave de las articulaciones y la adecuada acción muscular lo contrario producirá contracciones y espasmos, limitación de movimientos, y mal funcionamiento general en cuanto a la fisiología muscular, aun cuando Giovanni Macciocia menciona en su libro que se han cometido errores de traducción y aclara que el funcionamiento muscular corresponde al bazo y los tendones corresponden al hígado, es imposible su separación puesto que los tendones en todo caso son las terminaciones de los músculos y cualquier anomalía de uno

implica al otro, y además la relatividad presente en todos los enunciados de acupuntura nos dice que en medicina tradicional china la interdependencia es una de las claves del funcionamiento corporal.

Palabras clave: Mov. Madera, Hígado, Síndrome Bi, Pei tendinomuscular, meridianos tendinomusculares.

La MTCh enfoca el dolor de hombro desde dos ópticas:

- El dolor de hombro como un síndrome Bi

Las patologías que aparecen como consecuencia de una obstrucción de sangre o Qi causadas por un patógeno externo. La mayoría de las afectaciones dolorosas del hombro pertenecen a esta categoría y afectan al meridiano tendinomuscular correspondiente a la zona del meridiano de acupuntura afectado. La clínica está dominada por el dolor, la pesadez y el entumecimiento. Las enfermedades típicas serían artritis reumatoide, neuropatías,...Los factores patógenos externos causantes (frío, viento y humedad) provocan una enfermedad superficial afectándose la superficie corporal y los canales, no afectando inicialmente a los órganos (zang-fu). Cuando se cronifican y profundizan dan lugar a síndromes Wei provocando atrofas y parálisis. Dependiendo de la estructura que afecta pueden ser según la localización:

- Bi tendinosos • Bi musculares
- Bi articular)
- Bi de piel • Bi óseo • Bi de los órganos: afectación orgánica de las enfermedades reumáticas. Los síndromes Bi según la etiología pueden ser:

• S. Bi Doloroso (Tong Bi): el frío es el factor patógeno. • S. Bi Móvil (Xing Bi): el viento es el factor patógeno. • S. Bi Adherente o turbio (Zhuo Bi): la humedad es el factor • patógeno. • Naturaleza adherente: por factores endógenos. • Por fuego de plétora o Fuego por insuficiencia de Yin: Artritis reumatoide.

El dolor de hombro como una alteración de los zang-fu

El dolor en los meridianos que pasan por el hombro puede ser debido a una alteración del zang-fu correspondiente al meridiano. El tratamiento en este caso se realizará tratando el órgano afectado en base al meridiano que duele.

Meridiano Tendinomuscular de Pulmón. Meridiano Tendinomuscular de Intestino Delgado Meridiano Tendinomuscular de Triple Recalentador Meridiano Tendinomuscular de Intestino Grueso. El frío externo y la humedad pueden afectar a los meridianos que discurren por el hombro produciendo dolor y rigidez secundarios a la contracción de músculos y tendones. Este frío provocará un estancamiento del Qi en los meridianos que si no se elimina podría cronificarse. De este modo se predisponen a estos meridianos a ser todavía más lesionados por el frío.

Sobrecarga mecánica

El trabajo excesivo de una unidad músculo tendinosa conducirá al estancamiento del Qi local en el hombro.

Traumatismos

Los traumatismos menores provocarán estancamiento local del Qi, y los más graves, estancamiento de sangre. Traumatismos antiguos predisponen al hombro a ser atacado por el frío.

Patología de la Vesícula Biliar

La patología de la Vesícula Biliar (Calor Humedad) puede ser el origen del problema que de forma secundaria afectan a Intestino delgado, alterando ambos meridianos y produciendo dolor a su paso por el hombro.

Patología de Intestino Grueso

También puede estar afectado, en un número reducido de casos, el meridiano de Intestino Grueso y puede dar dolor en el hombro como manifestación externa.

Etiología de las alteraciones de los MTM:

1. Gestos repetitivos, tanto deportivos como profesionales, que conllevan restricciones de la movilidad o hipermovibilidades y por tanto sobrecargas de los tejidos blandos.
2. Alteraciones de la estática, que conllevan una alteración de la normal biomecánica y generan estancamientos a nivel de los MTM.
3. Patología muscular, lesiones fisiológicas musculares: calambres, contracturas...
4. Traumatismos
5. Reumatismos psicógenos, fibromialgias, síndrome miofascial.

Para diagnosticar si la afección corresponde a un desequilibrio en el MTM es necesario conocer su recorrido pero también es importante conocer y tener

presente las zonas de reunión, ya que estas en caso de alteración del MTM serán puntos dolorosos a la palpación o dolerán espontáneamente.

Posibles causas de la tendinitis del manguito rotador según medicina occidental

Las lesiones del manguito rotador son de origen intrínseco y extrínseco. Las lesiones intrínsecas pueden ser degenerativas, traumáticas y/o reactivas y las extrínsecas por atrapamiento primario o secundario.

La enfermedad del manguito de los rotadores puede ser también el resultado de una lesión importante en el hombro, o una degeneración progresiva o un desgaste del tejido del tendón. La actividad repetitiva por encima de la cabeza o levantar objetos pesados durante un período de tiempo prolongado puede irritar o dañar el tendón.

Los tendones del manguito de los rotadores pasan por debajo de una zona ósea en su camino hasta fijarse a la parte superior del hueso del brazo. Cuando estos tendones se inflaman, pueden resultar más hinchados sobre esta área durante los movimientos del hombro. Algunas veces, un espolón óseo puede estrechar el espacio aún más.

La tendinitis del manguito de los rotadores también se denomina síndrome de pinzamiento. Las causas de esta afección incluyen:

- Mantener el brazo en la misma posición durante períodos de tiempo largos, como al realizar trabajo de computadora o arreglo de cabello
- Dormir sobre el mismo brazo todas las noches
- Practicar deportes que requieren movimiento repetitivo del brazo por encima de la cabeza como el tenis, el béisbol (particularmente el lanzamiento), la natación y el levantamiento de pesas por encima de la cabeza
- Trabajar con el brazo por encima de la cabeza durante muchas horas o días, como los pintores y los carpinteros
- Mala postura durante muchos años
- Envejecimiento
- Desgarro en el manguito de los rotadores
 - Desgarros

Los desgarros del manguito de los rotadores pueden ocurrir de dos maneras:

- ❖ Un desgarro repentino o agudo puede suceder cuando usted se cae sobre su brazo mientras está estirado. También puede suceder después de un movimiento súbito de un tirón al tratar de levantar algo pesado.
- ❖ Un desgarro crónico del tendón del manguito de los rotadores ocurre lentamente con el tiempo. Es más probable cuando usted tiene tendinitis

crónica o síndrome de pinzamiento. En algún momento, el tendón se desgasta y se rompe.

Hay dos tipos de desgarros del manguito de los rotadores:

- Un desgarro parcial es cuando la ruptura no corta completamente las conexiones al hueso.
- Un desgarro completo o total significa que la ruptura se da en todo el tendón. Puede ser tan pequeña como una punta de alfiler o puede comprometer todo el tendón. Cuando el desgarro es completo, el tendón se ha salido (desprendido) desde donde estaba pegado al hueso. Este tipo de desgarro no sana por sí solo.

Factores de Riesgo:

Los siguientes factores pueden aumentar el riesgo de padecer una lesión del manguito de los rotadores:

- **Edad.** Con la edad, aumenta el riesgo de padecer una lesión del manguito de los rotadores. Los desgarros del manguito de los rotadores son más frecuentes en personas mayores de 40 años.
- **Determinados deportes.** Los atletas que realizan movimientos repetitivos con los brazos regularmente, como lanzadores de béisbol, arqueros y jugadores de tenis, corren un mayor riesgo de tener una lesión del manguito de los rotadores.

- **Trabajos de construcción.** Algunas ocupaciones, como la carpintería o la pintura de casas, requieren movimientos de brazos repetitivos, a menudo por encima de la cabeza, que pueden dañar el manguito de los rotadores con el tiempo.
- **Antecedentes familiares.** Puede haber un componente genético en las lesiones del manguito de los rotadores, ya que es más común que aparezcan en determinadas familias.

En realidad, existe un proceso universal de degeneración de los tendones del hombro que sucede en todas las personas, comparable al deterioro de los discos de la columna cervical y lumbar, pero que sucede a diferente velocidad en cada persona. **Factores como la genética, las enfermedades crónicas** (diabetes, enfermedades reumáticas), **los tratamientos oncológicos, la ocupación profesional** , deportes de raqueta o de lanzamiento), **el colesterol elevado e incluso el tabaco** son factores de riesgo para la patología del manguito rotador.

Tratamiento de la tendinitis del manguito rotador según Medicina Tradicional China

Tendinitis Del Hombro

Afectan principalmente al supraespinoso y a la porción larga del bíceps.

Frecuentemente la patología tendinosa del hombro se engloba

—indebidamente para muchos autores— con el término de periartritis escapulohumeral. Dentro del concepto de P.E.H. englobamos las siguientes patologías:

— Hombro doloroso simple: tendinitis del manguito rotador o de la porción larga del bíceps.

— Hombro agudo hiperálgico: Evolución de la anterior con presencia de tendinitis calcificante, que origina una bursitis aguda. Actualmente se denomina con el nombre de «impingement syndrome».

Realmente es un síndrome producido por conflicto mecánico entre el manguito rotador y el acromion.

— Hombro pseudoparalítico: Rotura del manguito rotador.

— Hombro bloqueado: Evolución de los procesos anteriores. Capsulitis retráctil o adherente.

En este trabajo nos centraremos en las tendinitis del supraespinoso y de la porción larga del bíceps. Se tratarán también el síndrome subacromial —para algunos autores equivalente a una P.E.H.—.

Tendinitis del supraespinoso:

Referencia anatómica:

— Origen: fosa supraespinosa.

— Inserción: tuberosidad mayor del humero y cápsula articular.

— Acción principal: abducción.

— MTM implicados en la abducción del hombro:

MTM de TR

MTM de IG

MTM de ID

MTM de P.

— MTM afectado en la tendinitis del supraespinosos:

MTM de Pulmón.

— Tratamiento con acupuntura:

1. En Acupuntura y dolor articular agudo de Marco:

11 P. (Shaoshang)

8 P. (Jingqu).

12 ID. (Bingfeng) (como punto A´Shi)

2. En Tratado de Acupuntura. Tomo IV:

Si la causa de la P.H.E. es una tendinitis del supraespinoso:

16 IG. (Jugu).

13 ID. (Quyuan).

3. Tendinitis de la porción larga del bíceps:

- La porción larga del bíceps actúa como músculo motor en el movimiento de flexión y en la abducción del hombro.
- El MTM implicado en la flexión de hombro es el MTM de pulmón.
- Los MTM implicados en la abducción son: el de TR, IG e ID.
- MTM afectado en el tendón del bíceps: MTM de Pulmón.
- Tratamiento acupuntural.

En Acupuntura y Dolor Articular Agudo

11 P. (Shaoshang).

8 P. (Jinggu)

4 P. (Xiabai) (como A´Shi).

Hombro doloroso:

- Tratamiento acupuntural:

Evolución siguiendo los planos energéticos de exterior a interior:

Taiyang (ID)

Shaoyang (TR)

Yangming (TR)

a) Taiyang: parte posterior hombro.

3 ID. (Houxi) Apertura Dumai, pto tonificación.

1 ID. (Shaoze): Jing-pozo.

4 ID. (Wangu): Yuan.

6 MC. (Neiguan): Luo.

8 ID. (Ziaohai): He.

Electroacupuntura para el tratamiento local (algia Yin o Yang).

b) Shaoyang: parte lateroexterno del hombro.

1 TR. (Guanchong): Jing-pozo.

3 TR. (Zhongzhu): punto tonificación.

4 TR. (Yangchi): Yuan.

6 MC. (Neiguan): Luo.

10 TR. (Tianjing): He.

1 ID. (Shaoze):

8 ID. (Diji):

Tratamiento local según criterios anteriormente expuestos.

c) Yangming parte anterior del hombro:

1 IG. (Shangyang): Jing-pozo

11 IG. (Quchi): pto de tonificación y pto He.

4 IG. (Hegu): Yuan.

7 P. (Lieque): Luo.

1 ID. (Shaoze).

1 TR. (Guanchong).

8 ID. (Ziaohai).

10 TR. (Tianjing).

— En Tratado de Acupuntura. Tomo IV:

a) Fundamentalmente puntos locales con método dispersante, puntura profunda:

15 IG. (Jiangu), 11 IG. (Quchi), ptos A´Shi, 34

VB. (Yanglingquan), 38 E. (Tiaokou) Para bursitis subacromial 14

TR. (Jianliao) y 10 ID. (Naoshu).

b) Mesoterapia con 5 mg. De glucosa al 10% en puntos A´Shi, a días alternos. Diez sesiones constituyen un curso.

c) Hacer sangrar los puntos A´Shi y luego aplicar ventosa.

Tratamiento Enfocado Como Un Síndrome Bi

En paginas anteriores ya fueron mencionados los síndromes Bi y su clasificación general ,sin embargo ,nuevamente recordaremos puntos importantes para entender mejor de que se tratan los mismos. “Bi” puede traducirse como impedimento u obstrucción, con lo que se está significando que en todo dolor concomita una dificultad, una obstrucción, un estancamiento en la circulación de energía, sangre o ambos. Cuando son agudos, es frecuente que los dolores se

deban a la invasión e factores patógenos exógenos, mientras que cuando son crónicos, suelen tener una etiopatogenia más compleja.

En el tratamiento del Bi Zheng son de capital importancia los Puntos Shu Antiguos, los Puntos Luo y Yuan o técnica Yuan-Luo, el conocimiento del recorrido de los canales y de sus puntos de intersección con otras estructuras del Jing-luo y el recorrido de los colaterales cutáneos y tendino-musculares.

La patogenia del Síndrome Bi pudiera resumirse diciendo que cualquier factor con acción patógena que conduzca a un estancamiento u obstrucción de la circulación de Qi o Xue puede provocar un Bi Zheng, pero es necesario diferenciar dolor y Síndrome Bi.

Desde el punto de vista clínico, el dolor en MTCh se puede clasificar como sigue:

1.- Clasificación Sindrómica según los Ocho Principios:

- Localización (Anverso-Reverso)
- Naturaleza (Calurosa-Fría)
- Condición del Paciente (Plenitud-Vacío)
- Polaridad (Yin-Yang)

Nota: Estos pueden constituir o no un Bi Zheng.

2.- Clasificación Propia del Bi Zheng:

- Atendiendo al órgano o tejido que daña se clasifica en 16 tipos: Intestinos, pecho, garganta, vasos, tendones, músculos, huesos, articulaciones, piel,

riñón, corazón, hígado, bazo, pulmón, Bi Zheng de los Cinco Zang y Síndrome Bi Generalizado.

- Atendiendo al cuadro clínico pautado por su etiología:
 - Bi Migratorio (Viento)
 - Bi Doloroso (Frío)
 - Bi Fijo (Humedad)
 - Febril (Calor)

Nota: Todas estas variedades constituyen siempre un Síndrome Bi

3.- Clasificación según las condiciones de Qi, Xue y Jinye:

- Estancamiento de Xue
- Estancamiento de Qi
- Estancamiento de Qi y Xue
- Estancamiento de Xue por Xu de Qi
- Estancamiento de Xue por Xu de Xue
- Estancamiento de Xue por Calor
- Congelamiento de Xue
- Xu de Qi
- Xu de Xue

Nota: Estos pueden constituir o no un Bi Zheng.

El que nos ocupa particularmente es Bi de los Tendones (Jin Bi): Tendones y ligamentos tensos y dolor articular que provoca que el paciente evite el movimiento. Sigue los patrones de Bi por Viento, Frío, Humedad y Calor. El Dr Carlos Nogueira menciona en su libro de acupuntura y bioenerghetica ,tomo II,)

Pei tendinomuscular (Bi Jicou) Está originado por una disminución de la energía del Hígado.

Los síntomas se presentan de forma típica sobre el tejido muscular. En un primer estadio observamos: contracturas, edema y mialgia. Si el proceso continúa aparecen: estancamiento energético en hipocondrio derecho, melancolía, estados iracundos, sueño agitado, polidipsia y poliuria.

En un tercer estadio se constatan: vómitos ácidos, dolor en la cadera; en los varones, debido a que el Meridiano Principal de Hígado, a nivel de la barrera pubiana, rodea la zona genital, síntomas patognomónicos de vacío de la energía del Hígado como puede ser la retracción escrotal,.En el mismo orden de ideas y por la interrelación estructural entre músculos, tendones e incluso articulaciones se debería tomar en cuenta otros tipos como son Bi de los Huesos (Gu Bi): Los huesos se sienten pesados, difíciles de levantar, dolor en el centro o por dentro del hueso (como si doliera la médula ósea). Suele acompañarse de dolor y aumento de volumen articular. Generalmente se atribuye a Viento-Frío-Humedad.

- Bi de los Músculos (Ji Bi o Rou Bi): Dolor en un músculo o grupo muscular, sudoración, cojera o extremidades claudicantes y ajadas, entumecimiento de la piel en la zona afectada, y estado de ánimo apagado. Su nombre original es “Bi de la Carne”.
- Bi de las Articulaciones (Gu Jie Bi): Dolor en cualquier articulación, de duración limitada y provocada por Factores Patógenos Exógenos. Sigue los patrones de Bi por Viento, Frío, Humedad y Calor.

Tratamiento.

El tratamiento de todos los peis endógenos se fundamenta en:

A) Tratar la noxa externa si existe evidencia clínica o respuesta negativa ante un determinado factor climatológico.

B) Tratar el fondo o el órgano afectado con:

- Técnica Yuan-Luo: Yuan de órgano y Luo de viscera acoplada.
- Técnica Shu-Mu: estimulados.
- Técnica Rong y Shu-Yuan: punto acelerador y absorción respectivamente; este último, ya considerado.
- He de la viscera acoplada.

El Dr Marcos Diaz Mastellari propone:

Bi Migratorio.-

- Etiología: Viento.
- Cuadro Cínico:
 - La región afecta solo presenta dolor.
 - Dolor que migra, que se mueve, cambia de sitio (no se irradia).
 - Varía en intensidad.
 - Dificultad y/o dolor al movimiento activo.
 - Puede haber calor local y escalofríos y/o aversión al viento.
 - Lengua sin alteraciones.

- Saburra blanca fina que, al prolongarse su evolución, puede tomarse gruesa.

Estrategia Terapéutica:

- Emplear todas las agujas que resulten necesarias cuando la afección es de reciente instalación. Salvo en los puntos relacionados con la tonificación de Xue, en el resto debe emplearse el método dispersante.
- No emplear agujas de retención.
- Tratamiento diario o más de una vez al día.

Puntos Sugeridos:

En el tratamiento de un Síndrome Bi de cualquier etiología, debe comenzarse por emplear los Puntos Shu Antiguos de los canales que recorren la región afecta, atendiendo a las reglas que en cada caso corresponda. Sobre este aspecto se sugiere volver sobre el material de Los Principales Puntos de la Acupuntura. Los Puntos Shu Antiguos que, aislados o combinados, más frecuentemente se emplean en el tratamiento del Bi Zheng Migratorio son:

- Los Puntos Pozo junto con el Punto Ah-Shi.
- Los Puntos Arroyo con los Puntos Río.
- Los Puntos Arroyo solos.
- Los Puntos Río solos.

Luego de seleccionados el o los puntos Shu Antiguos que se emplearán, puede emplearse uno o varios de los siguientes:

- SJ-6: Dispersa el viento en San Jiao; produce una elevada liberación de péptidos opioides.
- ID-12: Punto de intersección del canal de I. Delgado con I. Grueso, San Jiao y V. Biliar; expulsa el viento; beneficia el hombro, la escápula y la nuca; protege los tendones y la sangre.
- VB-39: Punto influyente de las médulas; punto de intersección de los tres canales Yang de la pierna; protege la madera y contribuye a eliminar el viento y a tonificar la sangre; ayuda a aliviar los dolores del cuello, rodilla y pierna.
- Du-14: Punto de reunión de todos los canales Yang; contribuye a expulsar el viento en la superficie; dispersa el calor en la superficie.
- VB-21: Punto de intersección de V. Biliar con San Jiao, I. Delgado y Du Mai; dispersa el viento exógeno, especialmente cuando afecta la Madera; expulsa el frío exógeno; facilita la circulación de los canales y colaterales en la región; relaja los tendones.
- VB-22: Facilita la circulación de los canales y colaterales en la región; relaja los tendones y el pecho; conecta con el oído, la sien y la fosa supraclavicular.
- VB-34: Punto influyente de los tendones; dispersa el viento; contribuye a desobstruir los estancamientos en los canales y colaterales.
- VB-20: Punto de intersección del canal de V. Biliar con San Jiao, Yang Wei, y Yang Qiao; dispersa el viento; armoniza la energía y la sangre; beneficia la cabeza y los ojos; despeja los órganos de los sentidos.
- VB-31: Dispersa el viento exógeno; armoniza la sangre y la energía.

- Du-16: Punto “Mar de las Médulas”; tiene acción sobre la cabeza y el cerebro; dispersa el viento.
- V-12: Punto de penetración del viento exógeno; elimina el viento.
- Pc-6: Cuando la lesión por viento se prolonga puede afectar el corazón; protege al corazón; tranquiliza la mente.
- E-36: Rellena la energía en los canales; contribuye a expulsar el viento.
- V-17: Punto influencia de la sangre; tiene acción sobre el diafragma; beneficia la sangre; contribuye a expulsar el viento.
- B-10: Punto “Mar de la Sangre”; nutre y beneficia la sangre; contribuye a expulsar el viento.

¿Cuáles de todos estos puntos son los mejores, los que debemos emplear de preferencia?

Los que las características de cada paciente, incluidas las del cuadro clínico en cada momento de su evolución hagan aconsejables.

Moxibustión

El adecuado funcionamiento del hombro depende de un equilibrio mecánico de fuerzas, que a su vez depende de elementos estáticos y dinamizadores, y en último término dependen de la energía que los moviliza. Las energías primordiales que controlan el hombro presentan un desequilibrio cuando se sufre dolor.

Para la Medicina Tradicional China (MTC) el hombro forma parte de un engranaje indispensable en el movimiento energético de los zang y el fu, y de los canales que circulan por él.

La MTC enfoca el dolor del hombro desde dos ópticas: como un síndrome Bi (a la que pertenecen la mayoría de las afectaciones dolorosas del hombro) y como una alteración de los zang-fu.

El objetivo de este estudio, realizado por los Dres. Alberto V. Aponte, Hilda C. Alonso, Dunieski Hernández y Diana Guillén, consistía en analizar si la moxibustión reducía los tiempos habituales de recuperación del paciente. En él se avala la efectividad de esta técnica de acupuntura en pacientes con bursitis aguda de hombro no traumática que es del 83,3% de los casos, reduciéndose el dolor en estos casos debido al aumento del ángulo de abducción.

La moxibustión es la aplicación de calor en los puntos de la acupuntura que ayudan a la circulación de Qi y Xue, además de aumentar el calor en el cuerpo neutralizando las enfermedades por frío, tonificando la energía y permitiendo de

este modo aliviar el dolor. Por su parte, la bursitis de hombro se caracteriza por precipitaciones de sales de calcio de las bolsas serosas del hombro, o de la porción músculo tendinosa del manguito rotador.

En total se evaluaron 30 pacientes con diagnóstico de síndrome Bi por frío, con edades comprendidas entre 18 y 60 años, al ser este grupo el más frecuente en los casos de bursitis aguda de hombro.

A cada paciente se le realizó un estudio analítico observacional, diseñando un tratamiento que consistía en una sesión de moxibustión indirecta en los puntos de acupuntura Ig4, Ig11, Ig15, Vc6 y Aschi.

Para valorar la intensidad del dolor se tomó como referencia la escala de Mc Gil:

Grado 0. Sin dolor

Grado I. Mínimo – poco

Grado II. Moderado – incómodo (soportable)

Grado III. Severo – inquietante (difícilmente soportable)

Grado IV. Grave desconcertante (muy difícil de soportar)

Grado V. Máximo - insoportable

Antes de que los pacientes se sometieran al tratamiento, se les evaluó el dolor, situándose el mayor número de estos en el Grado IV, con un dolor muy difícil de soportar. Después del tratamiento, el mayor número de personas que

padecían bursitis presentaban una escala de dolor entre los Grados I y II, comprobándose de este modo la efectividad de la moxibustión en el hombro doloroso.

Respecto al ángulo de abducción, en el estudio se comprueba cómo en la mayoría de los pacientes ha aumentado el ángulo de abducción.

Despistaje y tratamiento de Fisioterapia para lesión del manguito rotador.

Pruebas o maniobras que se realizan con la finalidad de conocer con más exactitud cual o cuales de los componentes del manguito rotador está afectado

A continuación la descripción de algunas de estas pruebas

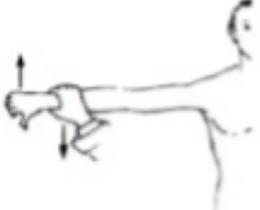
- **Prueba de Jobe:** El test de Jobe es un test para evaluar si existe una rotura del tendón del músculo supraespinoso, o un posible compromiso del espacio subacromial. Se realiza de la siguiente manera:

Posición del participante: sedente. Debe de realizar una flexión de 90 grados, una abducción horizontal de 30 grados y rotación interna completa del hombro.

Posición del terapeuta: en bipedestación, frente al participante. Una mano debe colocarse en el tercio distal del antebrazo, en la zona cubital.

Acción: se le pide al participante que mantenga la posición mientras el terapeuta opone una resistencia hacia la extensión (es decir, hacia abajo).

Signo positivo: existe un compromiso del músculo supraespinoso cuando existe debilidad o dolor durante la maniobra (comparar con el lado sano).

<p>Maniobra de Jobe</p>		<p>Supraespinoso</p> <p>(Si el brazo cae con la contra resistencia sugiere ruptura del tendón)</p>
--------------------------------	---	---

- **Test de Patte**

PROCEDIMIENTO: Se abduce el brazo a 90° con 30° de flexión. De este modo se puede evitar la participación del músculo deltoides en la rotación externa.

El paciente debe tratar de rotar el brazo todavía más hacia afuera contra la resistencia del fisioterapeuta.

VALORACIÓN: La incapacidad de realizar una rotación externa activa en abducción del brazo indica una **rotura con repercusión clínica del tendón del músculo infraespinoso.**

<p>Test de Patte</p>		<p>Infraespinoso</p>
-----------------------------	---	-----------------------------

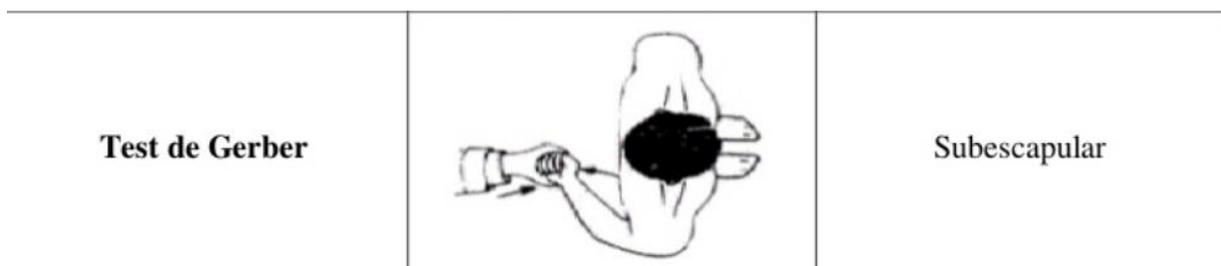
- **Prueba de Gerber**

El explorador lleva el brazo por detrás de la espalda con el codo flexionado en 90°. Resistimos el movimiento de rotación interna (separación de la mano de la espalda).

Para realizar esta maniobra se requiere que el paciente sea capaz de realizar la rotación interna del hombro hasta poder poner la mano sobre la espalda. Habitualmente el paciente puede separar la mano del plano dorsal.

La incapacidad para separar la mano o el dolor en la cara anterior del hombro, indican patología del subescapular.

Existen diferentes pruebas que pueden indicar al examinador la ubicación más clara de la lesión, anteriormente fueron mencionadas apenas tres de ellas, obviamente la anamnesis debe ser bien hecha , respetando los parámetros habituales de la misma en cuanto a observación, inspección ,palpación, exploración de movilidad articular ,etc



Tratamiento de Fisioterapia

Como en toda lesión que deba ser tratada por fisioterapia habrá que evaluar individualmente a cada paciente como se ha dicho anteriormente y tomando en cuenta las necesidades particulares diseñar el tratamiento adecuado , lo cual incluirá generalmente la aplicación de agentes físicos ,electroterapia ,masajes, y esquemas de ejercicios.

Aplicación de agentes físicos se refiere al uso de calor, superficial o profundo, frio, entre otros.

Electroterapia casi siempre a través de electroanalgesia por corriente transcutánea con la utilización del TENS.

Masajes superficial y profundo de la zona afectada en sus diferentes modalidades incluso el automasaje, hay una variedad de masajes el tratante evaluará cual es el de mayor utilidad en el tratamiento.

Ejercicios

A continuación se explicara brevemente algunos ejercicios básicos para lesión del manguito rotador.

Ejercicios pendulares

Finalidad con la cual se indican:

1. Mantener la articulación con el mayor grado de movilidad posible al reducir el espasmo muscular, evitar la rigidez capsular que frecuentemente acompaña a la inmovilización prolongada.
2. Decoaptación y relajación muscular para la disminución del dolor.
3. Estiramiento gradual y mantenido de la articulación del hombro con estabilización de la escápula, evitar movimientos de compensación y prevenir deterioro funcional.
4. Disminuir la tensión y la ansiedad

Se contraindican en:

1. Procesos o infecciosos agudos.
2. Fracturas en su período de consolidación.
3. Articulaciones muy dolorosas.
4. Anquilosis establecida

Postura del ejercicio pendular de Codman

Paciente inclinado hacia delante flexionando el tronco en ángulo recto, con el antebrazo apoyado sobre una mesa o silla y el brazo afecto se balancea sin que exista actividad muscular de la articulación glenohumeral (fig. 1). El cuerpo siempre está en actividad, aunque balanceando pasivamente el brazo afectado en flexión, extensión, movimiento lateral y rotación; con esto se logra la tracción de la articulación glenohumeral, estiramiento de la cápsula, disminución del encogimiento por elevación de la escápula impuesto por la gravedad sobre la

postura vertical y se evita la abducción activa; la mano no sostiene peso alguno ya que esto produce contracción muscular del brazo y del hombro



Fig. 1. Ejercicio pendular de Codman

Postura del ejercicio pendular de Sperry

La postura es la misma, la diferencia radica en que la mano sostiene 2,5 Kg de peso (fig. 2). Un peso sostenido pasivamente atado a la muñeca puede utilizarse para causar más movimiento pendular y contracción del hombro



Fig. 2. Ejercicio pendular de Sperry

Postura del ejercicio pendular de Chandler

Originalmente se emplea una camilla especial que tiene un agujero a nivel del hombro por donde el paciente introduce el miembro afectado, mientras que el técnico realiza las movilizaciones; o se puede realizar en una camilla estándar; en ambos casos el paciente está acostado en decúbito prono, pegado al borde de la cama, el brazo afecto cuelga perpendicular al suelo, con un peso de 2,5 Kg sostenido pasivamente atado a la muñeca, este peso está determinado para una persona de 70 Kg de peso, por lo que variará según el peso de la persona (fig. 3)

El técnico le moviliza pasivamente el miembro, se balancea el brazo lesionado en flexión, extensión, movimiento lateral y rotación; esta posición es la mejor, en esta se logra una mayor relajación muscular alrededor del hombro, permite mayor amplitud del movimiento por el estiramiento del tejido conectivo de la articulación del hombro y mayor decoaptación. Realmente el ejercicio original se hace en una camilla que dispone de un agujero por donde el paciente acostado introduce el miembro superior.

Los ejercicios pendulares tienen gran eficacia en el tratamiento del SHD tanto en la fase aguda como crónica, independientemente de la entidad que se utilicen, sus objetivos son, restablecer la movilidad de la articulación, disminuir del dolor y evitar la rigidez articular, así como la pérdida funcional del miembro afectado.



Fig. 3. Ejercicio pendular de Chandler

La mayoría de los ejercicios para el hombro se realizan para ya sea para fortalecer o bien, para estirar los músculos y tendones de la articulación del hombro.

Los ejercicios para estirar el hombro abarcan:

- Estiramiento de la parte posterior del hombro (estiramiento posterior)
- Estiramiento subiendo las manos sobre la espalda (estiramiento anterior del hombro)
- Estiramiento anterior del hombro (toalla)
- Ejercicio del péndulo para relajar la cápsula articular

Ejercicios para fortalecer el hombro:

- Ejercicio de rotación interna (con banda)
- Ejercicio de rotación externa (con banda)
- Ejercicios isométricos del hombro
- Flexiones de pecho contra la pared

- Retracción del omóplato (escapular) – sin tensores
- Retracción del omóplato (escapular) – con tensores
- Alcance del brazo

CONCLUSIONES

La finalidad de cualquier tratamiento aplicado a un paciente debe ser, lograr el alivio del mismo a través de la sanación de la patología que lo afecta, en la actualidad existen numerosas herramientas, de diferentes disciplinas que hacen posible cumplir con esa premisa. En el caso de un paciente afectado por la tendinitis del manguito rotador la Acupuntura y Moxibustión como componentes de la Medicina Tradicional China y Fisioterapia como parte de la Medicina Occidental en el área de Medicina Física y Rehabilitación, juegan un papel destacado en el objetivo primordial de cualquier terapia aplicada, es por esta razón que fusionar las dos para la consecución del mismo al no ser excluyentes es perfectamente factible. Los diferentes elementos del tratamiento de ambas Medicinas ,tanto china como occidental hacen posible en algunas patologías su aplicación en conjunto ,como es el caso de la tendinitis del manguito rotador, logrando de esta forma ampliar la posibilidad de hacer un tratamiento efectivo, donde tanto el paciente como el equipo tratante ,tengan un amplio abanico de alternativas para utilizar.

BIBLIOGRAFÍA

<https://es.wikipedia.org/wiki/Hombro>

<https://www.mirandafisioterapia.com/post/2017/06/21/articulaci%C3%B3n-escapulotor%C3%A1cica>

Acupuntura I. Fundamentos de bioenergética Autor: A. Carlos Nogueira Pérez, ediciones C.E.M.R.T.C. SL. tomo I 5ta edición 2001

Acupuntura II. Fundamentos de bioenergética Autor: A. Carlos Nogueira Pérez, ediciones C.E.M.R.T.C. SL. tomo I 2001

<https://es.slideshare.net/karlahernandez79230305/manguito-rotador-59647248>

<https://www.barnaclinic.com/blog/traumatologia-deportiva/2018/03/21/sintomas-de-la-lesion-del-manguito-rotador/>

<https://www.novasan.com/blog/moxibustion-hombro-bursitis/>

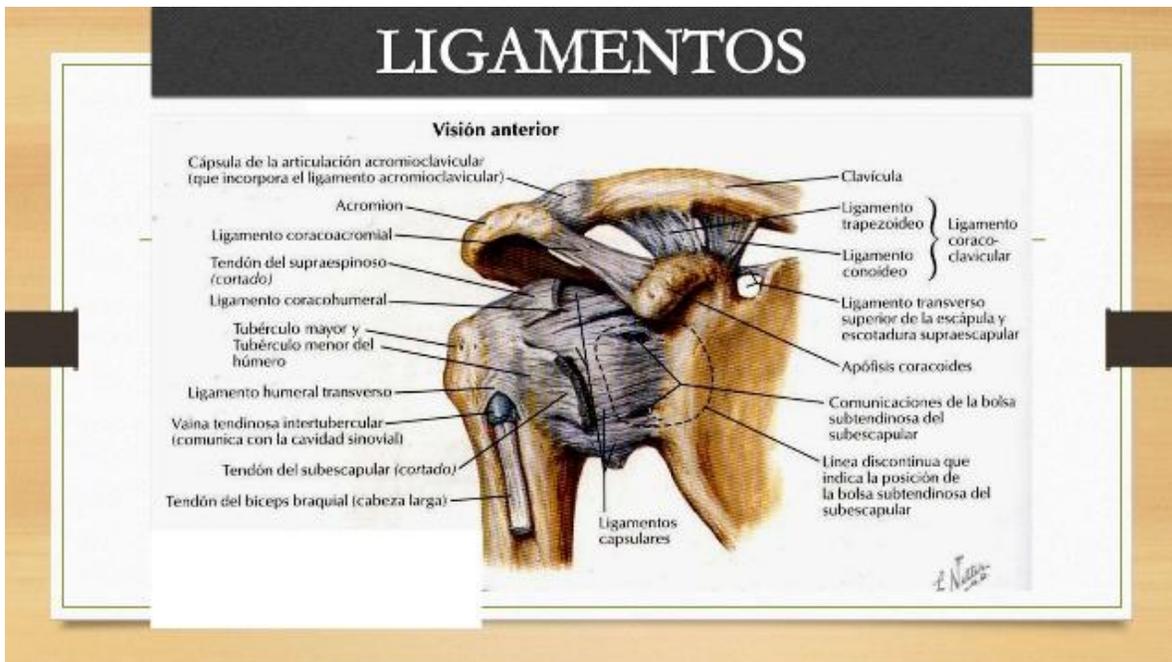
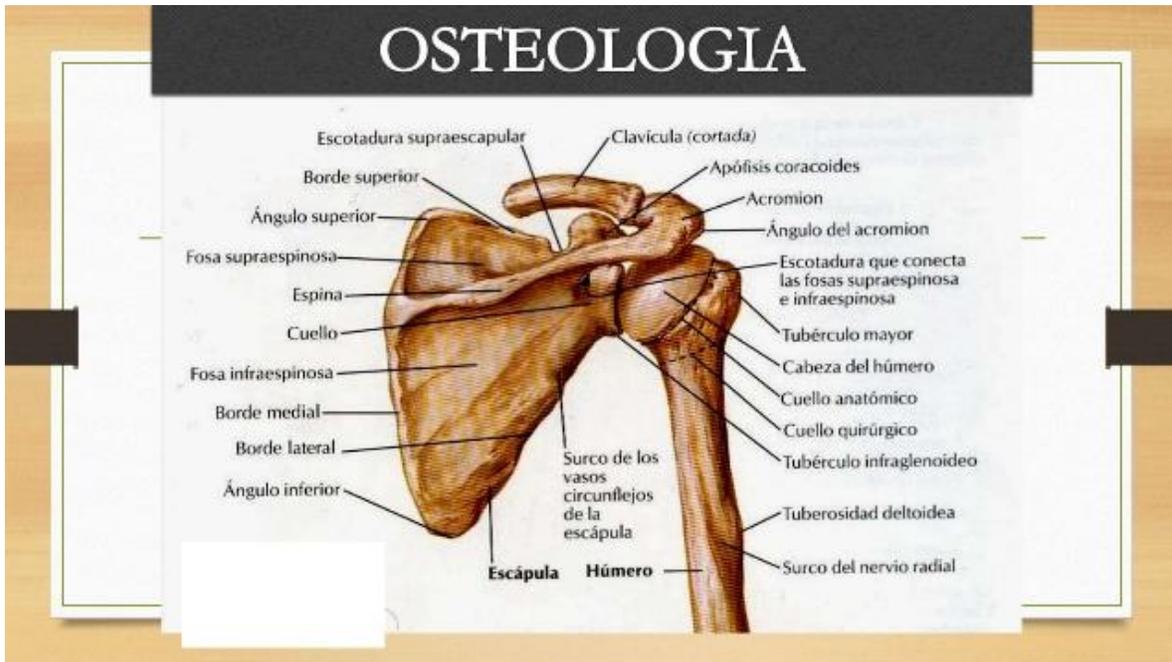
<https://es.slideshare.net/aneronda/resumen-maniobras-hombro>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812014000300009

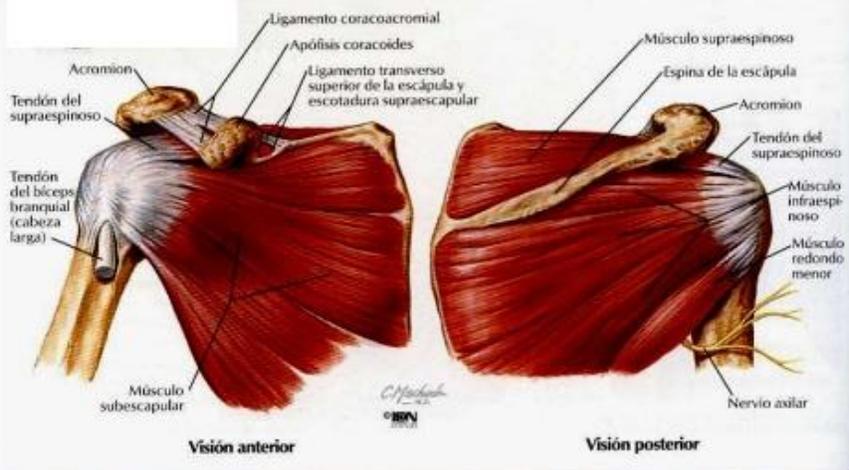
http://www.alhaurin.com/noticias_ampliar.php?id=8298

<http://www.geocities.ws/ppoggio/triplerecalentador.htm>

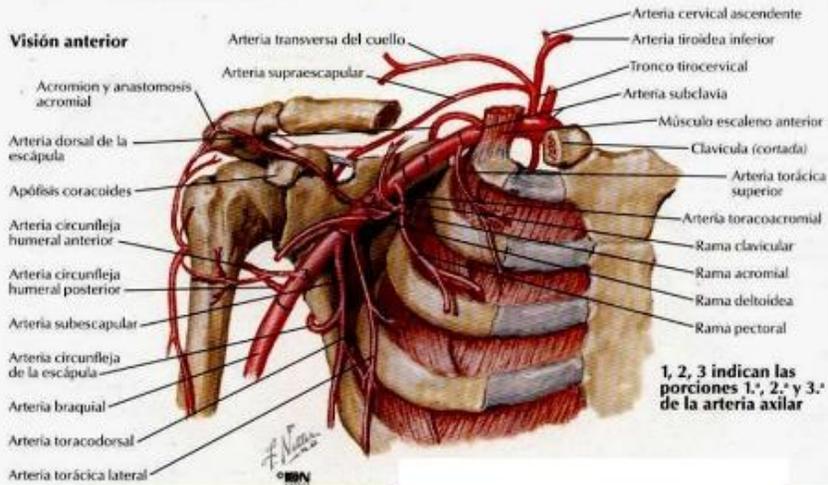
ANEXOS:



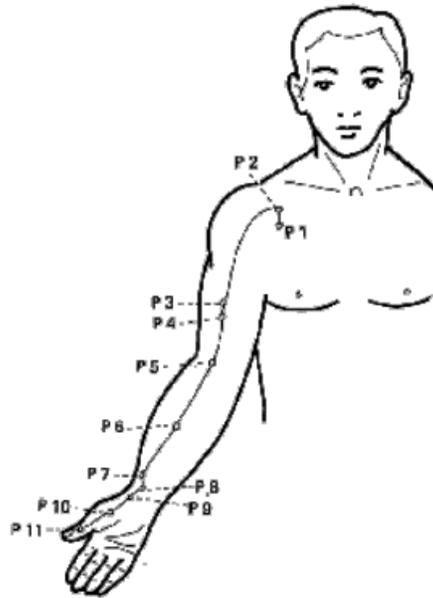
MIOLOGIA



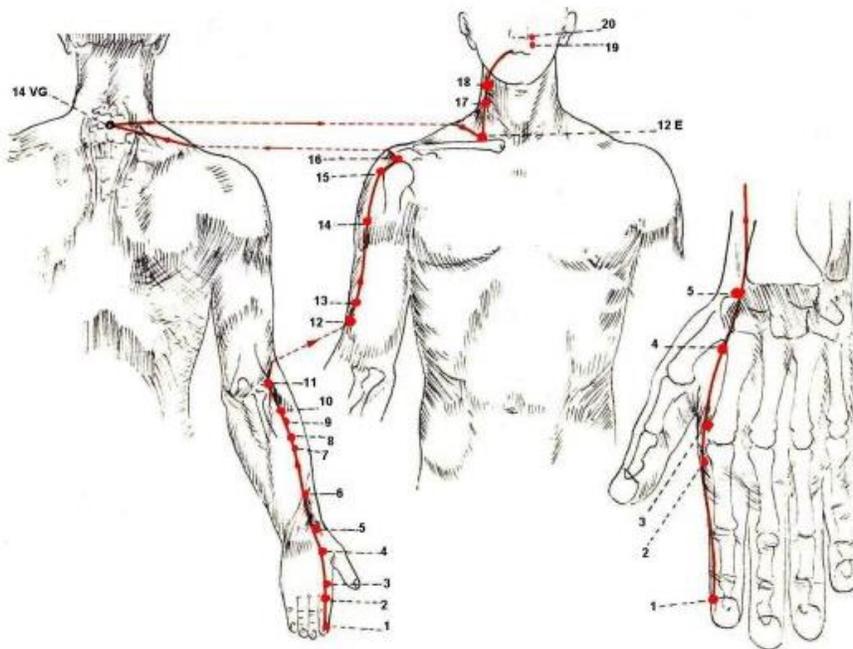
ANGIOLOGIA



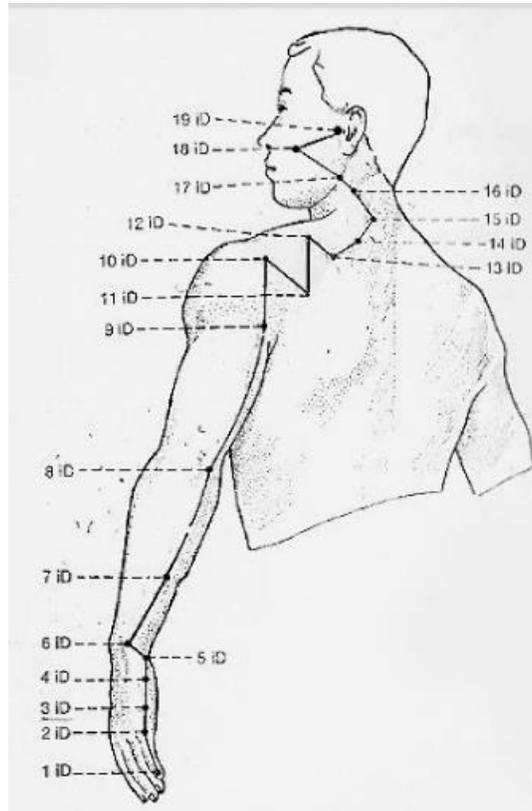
Recorridos de los meridianos que pasan por la superficie del manguito rotador.



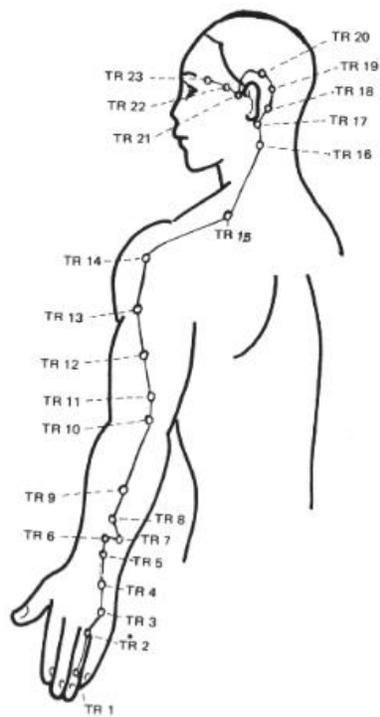
Meridiano de Pulmón



Meridiano del intestino Grueso



Meridiano del Intestino delgado



Meridiano del triple Recalentador