

# **MASAJE DEL TEJIDO CONJUNTIVO**

Por Ascensión Andrés Cercadillo.

## **1.- RESUMEN**

El masaje de tejido conjuntivo es una técnica de terapia manual que se engloba dentro de las terapias neurales que facilita tanto el diagnóstico como el tratamiento de un gran número de patologías.

La observación y masaje de la piel del tejido conjuntivo pueden tener un efecto beneficioso en tejidos localizados distalmente a la zona del tratamiento.

En este trabajo se describen sus principios de aplicación, efecto, técnica, indicaciones y contraindicaciones.

## **2.- OBJETIVO GENERAL**

Describir qué es el masaje de tejido conjuntivo, conocer cómo y por qué funciona, desarrollo de la técnica e indicaciones de uso.

## **3.- INTRODUCCIÓN**

La terapia neural o terapias reflejas manuales podemos basarlas en la organización metamérica transversal del organismo.

Las terapias neurales actúan desde la periferia del cuerpo, invirtiendo el reflejo y poniendo en marcha mecanismos encargados de aliviar y regular la víscera enferma.

El órgano enfermo puede proyectarse en distintos territorios corporales en forma de:

- tensión tisular, inflamación o edema reflejo

- hiperalgia, dolor reflejo
- alteraciones vasomotoras reflejas

#### 4.- HISTORIA

A lo largo de la historia, ya sea desde la medicina tradicional china u otras tradiciones médicas se han establecido relaciones entre las vísceras internas y otros tejidos, obre todo hemos aprendido cómo los dolores de las vísceras se reflejaban en otras zonas u órganos.

En 1889 HEAD relaciona la víscera enferma con su zona de piel y tejido celular subcutáneo correspondiente. Son zonas de concentración dolorosa que aparecen proyectadas en la piel con relación a un órgano, en las cuales determinó puntos de máximo dolor, que denominó “puntos de máxima”.

En 1921 MACKENZIE descubre que ese fenómeno de la piel se da también en músculos y periostio.

SPERANSKY y KICKER ponen el punto de unión a estos hechos: el sistema nervioso autónomo. Determinan que una irritación en este sistema conduce a una alteración vasomotora lo cual dificulta el metabolismo y provoca una distrofia muscular. Llaman a esto “procesos neurodistróficos” y establecen el concepto de “reflejo víscero músculo-cutáneo”.

SEYLE presenta esta reacción como un síndrome de adaptación al stress.

Frau DICKE, entre 1929 y 1952, estudia las manifestaciones del tejido subcutáneo, observando modificaciones tisulares que producen induraciones, hinchazón o retracciones. En realidad se estudia a sí misma cuando está a punto de que la amputen una pierna: descubre que al tocar tejido denso dentro de su cadera se alivian los dolores.

En 1938 HANSEN en Berlín reemprende los trabajos de HEAD y determina las láminas dermatómicas o láminas de HANSEN. Establece las zonas y síntomas reflejos correspondientes a un órgano enfermo.

En 1957 KOHLRAUSCH publica sus trabajos fundamentales: “ Las relaciones reflejas entre vísceras y musculatura, sus acciones terapéuticas”; éstos trabajos probaron la existencia de relaciones reflejas no sólo en dirección víscero-cutánea, sino también en dirección cutáneo-visceral.

Está probado que la acción del masaje en las zonas reflejas de la musculatura y del tejido conjuntivo, revivificando y equilibrando los centros de regulación del sistema nervioso actúan sobre el órgano enfermo por vía refleja e indirecta.

Obtenemos un efecto sedativo, recuperador, protector y equilibrador de las zonas afectados.

Es necesario reconocer los síntomas reflejos en las diferentes capas tisulares: piel, tejido conjuntivo, músculos y estudiar los puntos máximos específicos de cada toque, teniendo en cuenta que la sensibilidad táctil y la agudeza visual además de la precisión de la técnica son fundamentales para valorar la respuesta y sentir bajo los dedos la tensión de un tejido que se distiende o se crispa.

Es importante una exploración anatómica exacta y una precisión rigurosa de las manipulaciones, porque es sólo el tejido conjuntivo el que hay que tratar para desencadenar el reflejo curativo.

## 5.- CONCEPTO DE METÁMERA

La metámera será el conjunto del territorio bajo la influencia del nervio raquídeo.

La metámera esta constituida por:

- El dermatoma: piel y tejido conjuntivo.

- El miotoma: suele estar más arriba que el dermatoma; así los puntos musculares álgicos están más arriba que las zonas cutáneas hiperálgicas.
- El viscerotoma: las vísceras.
- El angiotoma: los vasos, de gran importancia en la acupuntura.
- El osteotoma: formado por la vértebra, no hay estudios sobre la segmentación de los huesos.
- El neurotoma: se compone no sólo del nervio espinal, sino también del vegetativo, parasimpático y simpático.

Facilitación metamérica: la afección de un solo elemento del segmento sensible sensibiliza la metámera interna y también puede sensibilizar a otra mediante interconexiones.

Si, debido a unas cuantas excitaciones demasiado fuertes, nos encontramos con un “campo celular facilitado”, una excitación mínima o subliminal provocará en esos territorios una reacción importante e imprevisible.

El trabajo inicial será esencialmente dérmico y siempre superficial ya que puede que la musculatura no pertenezca al mismo segmento de la piel que lo cubre. El trabajo será tanto más superficial y lento cuanto más adherentes sean los tejidos y mayor sea la acción sedativa que se desea obtener.

La dosificación de los estímulos ha de ser individual, atendiendo a la palpación y al estado del paciente.

*Cuánto más acentuada es la perturbación patológica más perturbado está el sistema vegetativo; por consiguiente más pequeño ha de ser el estímulo en el tejido a tratar. WILDER Y KOWARSSCHICH*

A la vez se produce acción sobre la dinámica circulatoria que a su vez libera sustancias específicas.

## 6.- CARACTERÍSTICAS DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO

El tejido conjuntivo representa el 16% del peso corporal y tiene la misión de dar sostén, envoltura y unión a los tejidos además de ser vehículo de intercambio de sustancias. En él tienen lugar los intercambios metabólicos, sean bioquímicos, biofísicos o bioeléctricos.

Es un tejido rico en vasos sanguíneos y linfáticos, así como fibras nerviosas, cerebro-espinales y vegetativas, rico en receptores exteroceptivos y en células neurohumorales. Estas son las encargadas de generar neurotransmisores y, a través de ellos, transmitir los estímulos recibidos al cerebro.

Un mal funcionamiento orgánico pondrá en marcha una acción de reequilibrio en toda la metámera y sobre el tejido conjuntivo laso se desarrollarán estos reflejos, algias o dolores así como fenómenos de tumefacción o aumento de turgencia por modificaciones vasomotoras.

El tejido va a participar en la regulación del:

- equilibrio ácido-base
- metabolismo hidromineral
- balance eléctrico y osmótico
- reciclaje de productos del metabolismo

todo ello con el fin último de la autorregulación.

## 7.- PRINCIPIOS BÁSICOS DEL MASAJE DEL TEJIDO CONJUNTIVO

- A) El masaje consiste en una serie de maniobras llamadas “trazos”, con estiramiento del tejido superficial de una manera suave, larga y mantenida. Los trazos se realizan en número de tres, salvo en la columna vertebral, que se harán dos.

- B) La frecuencia del tratamiento será de dos o tres veces por semana y en algunos casos, se hace precisa su aplicación diaria. Nunca se deben sobrepasar las veinte sesiones consecutivas. Si a la quinta sesión no ha habido ninguna mejoría, interrumpir el tratamiento.
- C) La posición del paciente es, normalmente, la de sedestación salvo que presente en esta posición presente demasiada tensión o algias lumbares. Sentado las transformaciones tisulares que se producen: retracciones, induraciones y modificación del tejido conjuntivo se harán más fácilmente palpables y visibles.
- D) La exploración de los tejidos se realizará mediante deslizamientos superficiales, previos al tratamiento, comenzando a realizar los trazos en el lado opuesto al de mayor tensión presente a la palpación.
- E) Si no es posible que el paciente permanezca sentado, se le tratará en decúbito lateral o decúbito prono. Las extremidades superiores se tratan siempre en decúbito prono.
- F) Se comienza el tratamiento reequilibrando el sistema vegetativo mediante la construcción base (CB) consistente en unas maniobras sobre la región lumbo-sacra. Estas maniobras fundamentales permiten, además, adaptarse a la sensibilidad de cada individuo y apreciar su reacción evitando reacciones indeseables.

### **Descripción de la técnica:**

La técnica es tanto terapéutica como diagnóstica. Se realiza a base de trazos, dos o tres en la piel, cuyo estiramiento provoca la estimulación del sistema neurovegetativo. Estos trazos se aplican en las metámeras sanas y nunca sobre zonas enfermas o donde se puede irritar el órgano. La técnica del trazado está compuesta por cuatro fases:

- Localización morfológica.
- Tensión hística.

- Trazo o estiramiento.
- Relajación de la tensión. En esta última fase el tejido recupera su posición inicial.

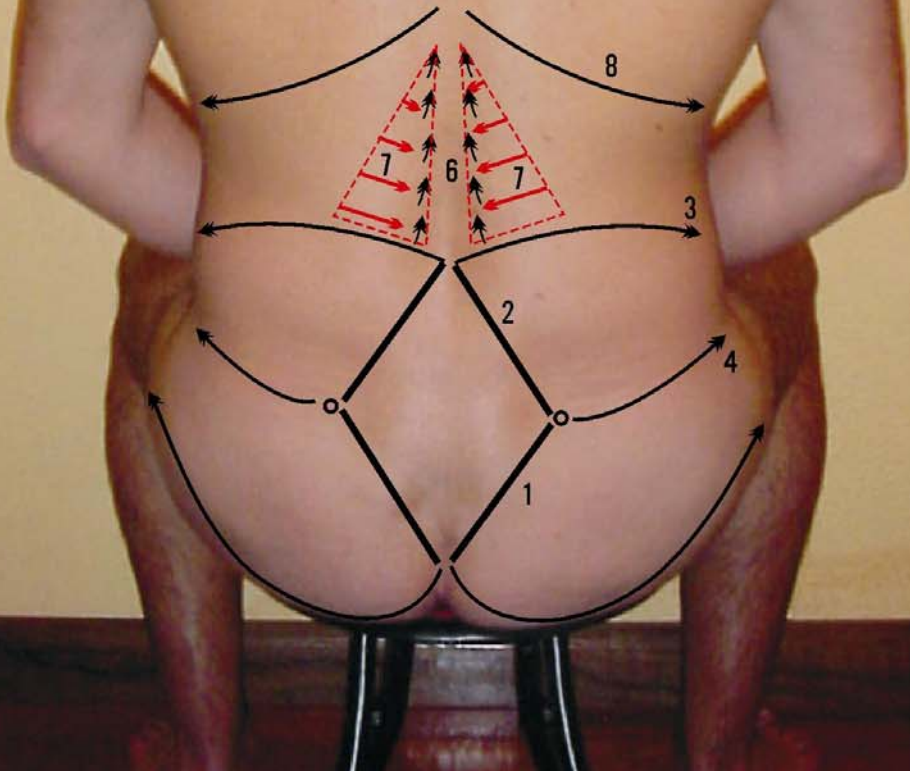
La ejecución manual del masaje del tejido conjuntivo se hace casi toda con los dedos corazón y anular. Para obtener una buena respuesta los dedos deben estar pegados a la piel, de manera que la arrastre. El estímulo es un ligero estiramiento sobre la piel. Cualquier presión no tendría sentido, ya que disminuiría el efecto de estiramiento. Asimismo, los dedos deben ser capaces de distinguir cualquier anomalía a la palpación. Como zonas de mayor tensión, pliegues en la piel, edemas, puntos dolorosos o de máxima.

#### 8.- CONSTRUCCIÓN BASE

- El rombo: la circunvalación del sacro. El rombo se forma mediante dos líneas desde los puntos más anchos del sacro o surco, hacia el pliegue anal y hacia arriba hasta la quinta vértebra lumbar.
- Tres líneas del sacro por encima de la cadera. La primera de las tres líneas de la cadera pasa justo por encima de la cresta iliaca, bordeándola, para terminar con un suave enganche en la espina iliaca anterior superior. La segunda línea empieza en el punto más ancho del rombo y desplazándose paralela a la primera, pero más caudal; también finaliza en la cresta iliaca anterosuperior. La tercera línea comienza en el pliegue anal, pasando por el borde anterior del trocánter y «enganchándose» en la espina ilíaca anterosuperior. Se trabaja con el miembro superior bien extendido.

# CONSTRUCCIÓN BASE

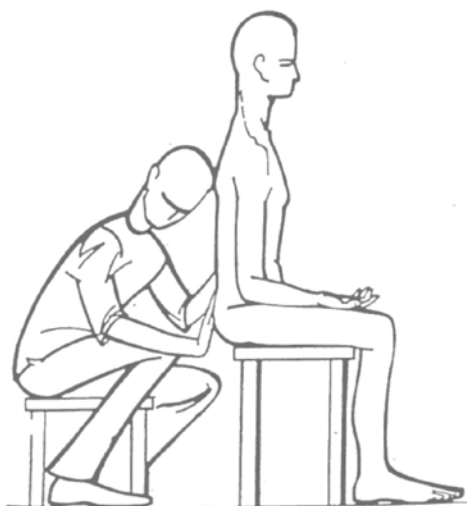
- 1 y 2.- Rombo
  - 3, 4 y 5.- Trazos de la pelvis
  - 6.- Enganches de la columna
  - 7.- Abanicos
  - 8.- Subcostal
- (Gráfico 1)





- Cinco líneas cortas cuyo trayecto va desde la quinta vértebra lumbar hasta la duodécima vértebra dorsal, por encima del músculo erector dorsal. Le sigue *el abanico*, dentro del ángulo formado por la columna y la cresta iliaca. Se empieza con la mano más plana y después se eleva algo más, para profundizar poco a poco. El borde de la caja torácica se trabaja con una línea que bordea ésta hasta la línea media clavicular. Se termina suavemente por encima de la costilla anterior.
- Líneas bordeando la caja torácica, duodécima costilla.
- Líneas compensatorias bilaterales en los músculos pectorales.
- Líneas compensatorias supra o infraclaviculares.
- Si se finaliza el tratamiento en este estadio se añaden unas líneas bimanuales o líneas de *pequeño derivativo*, que siguen el mismo trazo que la parte inferior del rombo, pero con ambas manos.
- Además, y también bimanual, se hace *el gran derivativo superficial* mediante suaves pasadas repetidas con toda la superficie de las manos, empezando en la zona cervical, pasando por toda la parte lateral dorsal y terminando caudal de manera bilateral en el sacro.
- De este modo todos los tratamientos finalizan con las líneas bilaterales de la pequeña y gran compensación en la cara dorsal y en la cara ventral por encima de los músculos pectorales. Así se consiguen equilibrar tensiones existentes o eventualmente producidas por una sobreestimulación. En pacientes con sensibilidad coronaria, abstenerse de trazar las líneas infra y supraclaviculares.
-

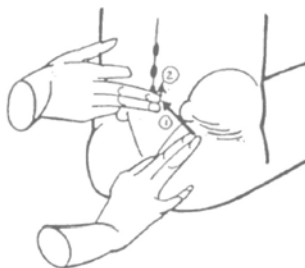
POSICION DE P/C Y TERAPEUTA



TRAZO 1 : ROMBO INFERIOR } 3 VECES DCHA.  
 } 3 VECES IZDA

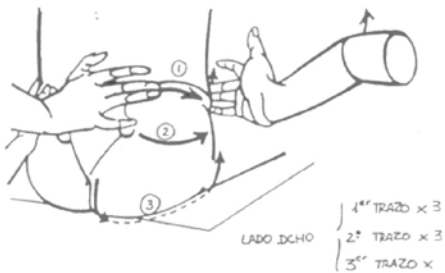


TRAZO 2 : ROMBO SUPERIOR } 3 TRAZOS DCHA.  
 } 3 TRAZOS IZDA



TRAZOS DE LA PELVIS :

1 TRAZO



2 TRAZO DE LA PELVIS



TERCER TRAZO DE LA PELVIS

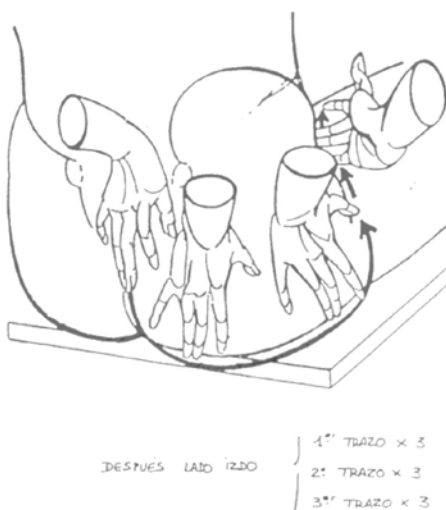


Figura 2: Conducción del trazo

- Tras haber tratado esta zona con algunas sesiones, se puede pasar directamente a las zonas de las extremidades inferiores.
  
- La extensión del trabajo hasta la región de los hombros, escápula o extremidades superiores se puede hacer tras haber terminado con la construcción base, que permite relajar al paciente y actuar sobre las seis metámeras suprayacentes. Se prosigue con las siguientes fases:
  - o Primera fase: Se extiende de D12 a D7.
  - o Segunda fase: Se extiende de D7 a C7.
  - o Tercera fase: Se extiende de la C7 a la base del cráneo.

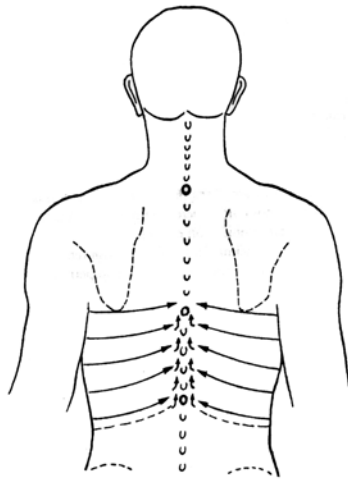


Figura 3: Primera fase: Zona intercostal. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebe-massage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

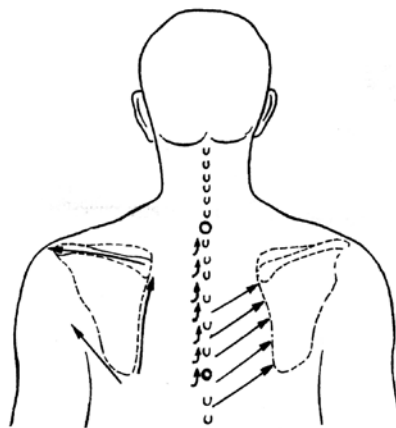


Figura 4: Segunda fase: Zona axilar y hombro. Vista dorsal. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebe-massage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

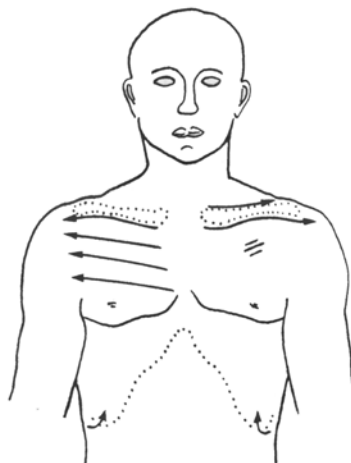


Figura 5: Segunda fase: Zona axilar y hombro. Vista ventral. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebe-massage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

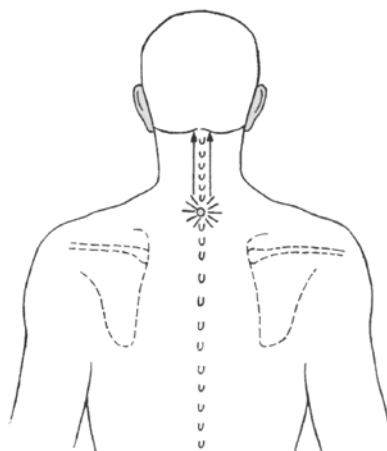


Figura 6: Tercera fase: Zona cervical. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebe-massage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

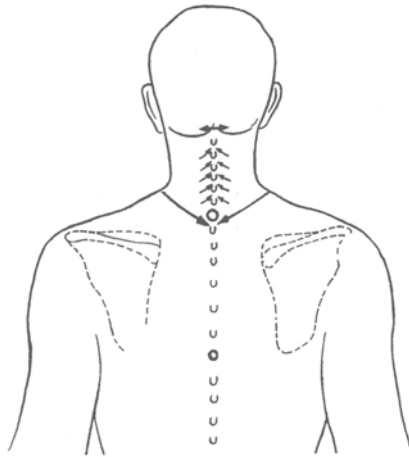


Figura 7: Tercera fase, zona cervical. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebsmassage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

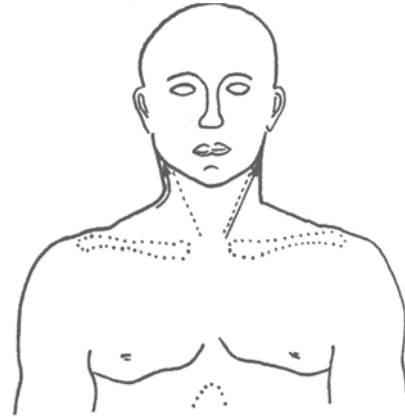


Figura 8: Tercera fase, zona cervical. Vista central. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebsmassage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

## 9.- CONSTRUCCIÓN DE BASE EN DECÚBITO LATERAL

En el caso en el que un paciente no pueda sentarse, éste se colocará en decúbito lateral sobre su lado más sano, con las rodillas ligeramente flexionadas.

Se comenzará por:

- El abanico en el lado inferior.
- En el mismo lado se traza el rombo desde la quinta vértebra lumbar hasta el surco sacroilíaco.
- Desde el surco se continúa, cambiando de mano, hasta el pliegue anal.
- Se sigue con una línea corta, paralela al pliegue anal, incluyendo de esta manera los segmentos del sacro.

- Se repiten todos los puntos expuestos hasta ahora en la parte superior, abanico seguido del rombo y del pliegue anal hasta incluir los segmentos del sacro.
- A continuación se traza la gran línea ilíaca, que comienza dorsalmente bordeando la cresta y alcanzando el trocánter, que se rodeará con un semicírculo. Sin abandonar esta última posición se colocarán los dedos de la otra mano, trazando el mismo recorrido, pero en sentido inverso, desde el trocánter hasta la parte dorsal de la cresta ilíaca, a la altura de la quinta vértebra lumbar.
- Cinco líneas de *enganche* a la vértebra lumbar, primero en la zona inferior y luego en la superior.
- Finalmente, la línea de la duodécima costilla, localizada en la zona superior.
- En este punto se solicita el cambio de decúbito, repitiendo todo el tratamiento, incluyendo la gran línea ilíaca y la última costilla, que estará entonces situada en el lado superior.
- Tras acabar se pasará a decúbito supino para trazar las líneas superficiales compensatorias con los dedos planos, por encima de los músculos pectorales, así como las líneas infra y supraclavicular.
- De nuevo se coloca al paciente en decúbito lateral y se trazan unas líneas que comienzan a la altura de la cresta ilíaca dorsal, bordeándola y manteniendo un estrecho contacto, pasando por la espina ilíaca anterosuperior (EIAS) y por las espinas ilíacas anteroinferiores (EIAI), y desde esta última localización, con los dedos muy planos hasta la sínfisis. Se trabajará primero un lado y después el otro.

- Para terminar la sesión se trazarán unas líneas horizontales en el espacio existente entre las últimas dos líneas, empezando en la región superior del pubis hasta las EIAS.

- Al igual que como acabamos de ver en la construcción de base en decúbito lateral, se puede tratar en decúbito prono en caso de necesidad.

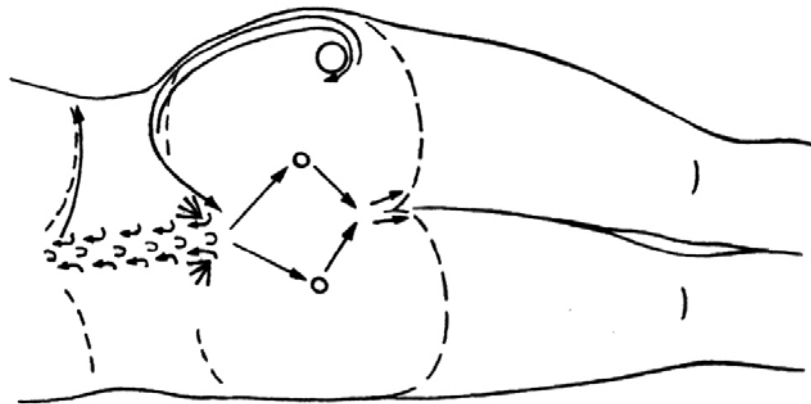


Figura 9: Construcción de base en decúbito lateral. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebsmassage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag

## 10.- REACCIONES INMEDIATAS

De tipo simpático:

- Aumento de la transpiración, que disminuirá con las sesiones;
- Hiperemia: incluso más intensa que en el masaje tradicional lo que provoca una renutrición tisular en músculos, estructuras periarticulares e incluso a nivel de tejido óseo lo que puede conducir a una disminución de la osteoporosis
- Piloerección.

- Dermografía: rosada es normal, más intensa se trata de una reacción exagerada.
- Sensaciones desagradables, dolorosas, que obligan a interrumpir el tratamiento. A nivel de un dermatoma hepático sensible podríamos provocar náuseas.
- Dilatación pupilar.

De tipo parasimpático:

- fatiga, somnolencia
- poliuria
- evacuación intestinal mejorada

## 11.- LOS SEGMENTOS

Delimitan una región de la caja torácica que corresponde al punto de partida de los nervios raquídeos; coinciden con los músculos intercostales correspondientes.

Los segmentos de la piel y subcutáneos se encuentran situados mucho más inferiormente que lo que les correspondería por el nervio espinal del que proceden.

Los músculos de la cintura escapular destinados al movimiento de las extremidades superiores, en su inervación pertenecen, no a los segmentos torácicos, sino a los cervicales.

Por ejemplo, el músculo pectoral mayor pertenece al segmento C5-C8, el músculo latísimo del dorso, a los segmentos C6-C8.

Si se tienen en cuenta estos factores anatómicos, es más sencillo llegar a entender algunas manifestaciones subjetivas de dolor, así como puntos con aumento de la sensibilidad, que se dejan palpar en el miotoma aunque su dermatoma se encuentre situado más abajo.

Los típicos dolores paravertebrales entre las dos escápulas suelen ser muchas veces la respuesta a irritaciones de las raíces nerviosas de C4-C5.

Cada segmento está compuesto por fibras tanto del sistema simpático como del sistema espinal.

Las fibras del simpático se reparten entre C6 y L2, mientras que las del sistema central se extienden por todos los segmentos espinales y el cerebro.

Con el masaje se encuentran pues zonas del sistema central y el vegetativo. Si las leyes descritas por Dicke afirman que se debe comenzar el tratamiento lo más alejado posible de los segmentos que pudiesen estar ligados a órganos sensibles, esto significa que siempre se deberá empezar por debajo de D12.

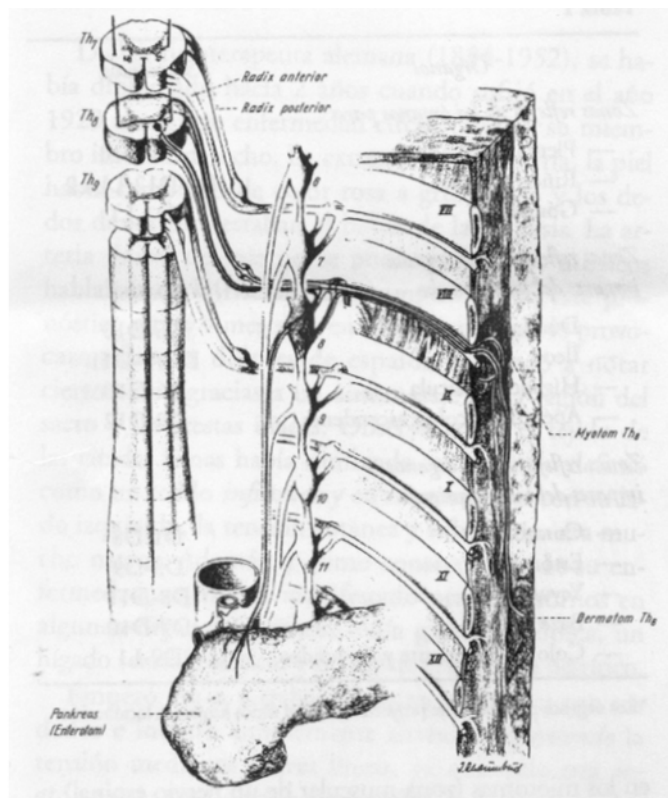


Figura 10. Segmento con enterotoma (páncreas), miotoma, dermatoma, y neurotoma y sus conexiones neurológicas más importantes. Dibujo de segmento innervation. Hansen KH, H. Schliack, G. Thienne, Stuttgart, 1962. Dicke, Schliack, Wolff. Bindegewebsmassage. Stuttgart: Hipócrates-Verlag.



## 12.- PUNTOS DE MÁXIMUM

En estas zonas se encuentran puntos de una resistencia particularmente elevada que desde Head se llaman puntos de maximum.

Son bandas que se encuentran en el sentido de la anchura del músculo, de una longitud de algunos centímetros y de espesor del tallo de una paja. Pueden alcanzar el espesor de un lápiz.

Estos puntos musculares maximum reflejan (a la palpación por su hipertonía) el daño en los órganos internos.

## 13.- ZONAS DE HINCHAZÓN Y DE FOSITAS

Mientras que las zonas musculares no son perceptibles a la vista, las zonas subcutáneas son casi siempre visible desde el exterior

Por lo tanto, pueden destacarse por su abultamiento zonas de hinchazón llamadas así por Dicke y Leube. Son bandas anchas.

Al lado de estas zonas se ven contracciones denominadas 'zonas de fositas' que son más estrechas, de uno o dos dedos de ancho, normalmente.

La dureza de estas zonas de fositas es mayor. En una sesión no se llegarán a ablandar. Según Wünsche, las zonas de fositas se deben a la acción del tejido conjuntivo contraído.

FORMA Y SITUACIÓN DE LAS ZONAS

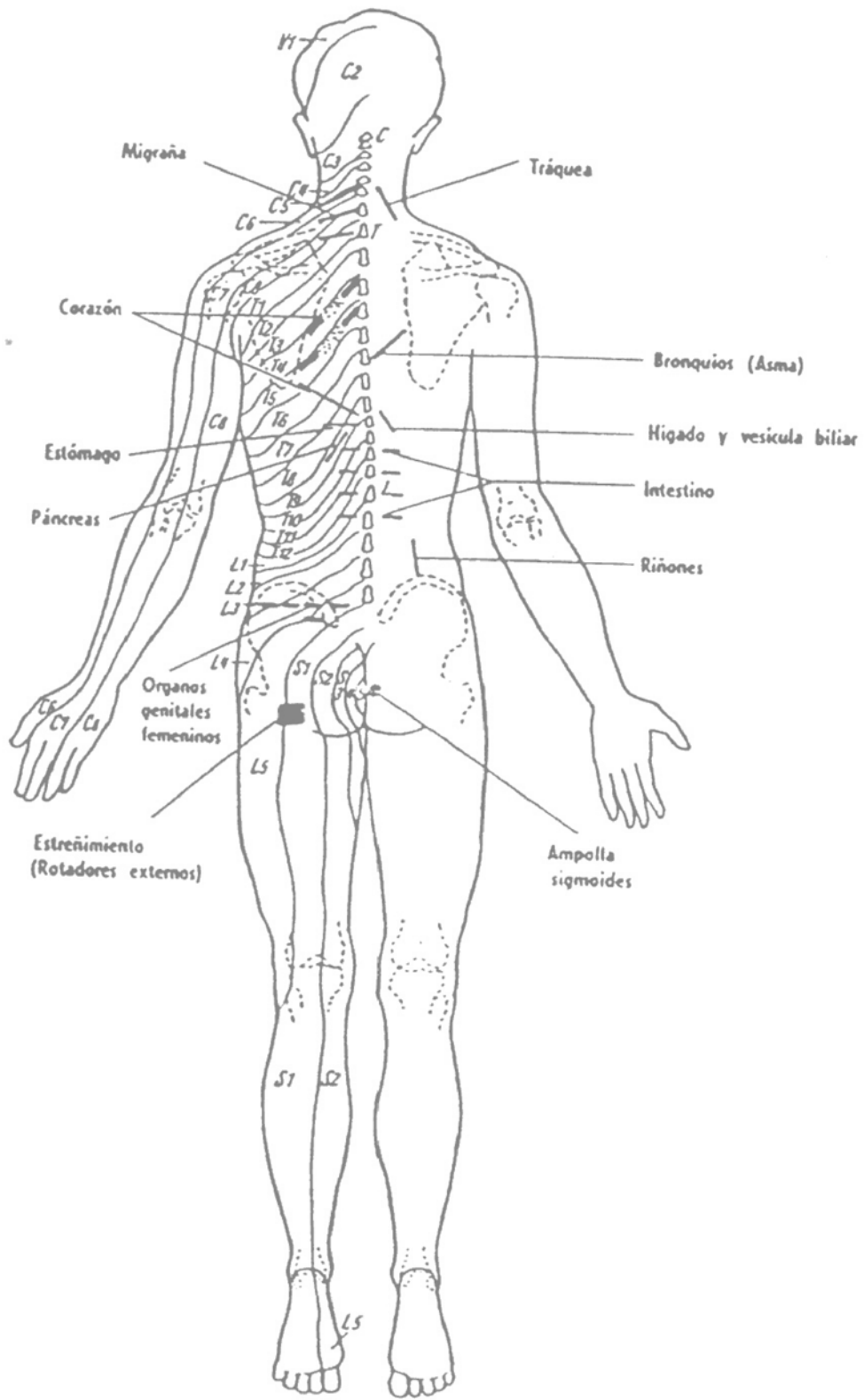


Figura 11: Puntos musculares máximos

ZONAS DE HINCHIZÓN Y DE FOSITAS

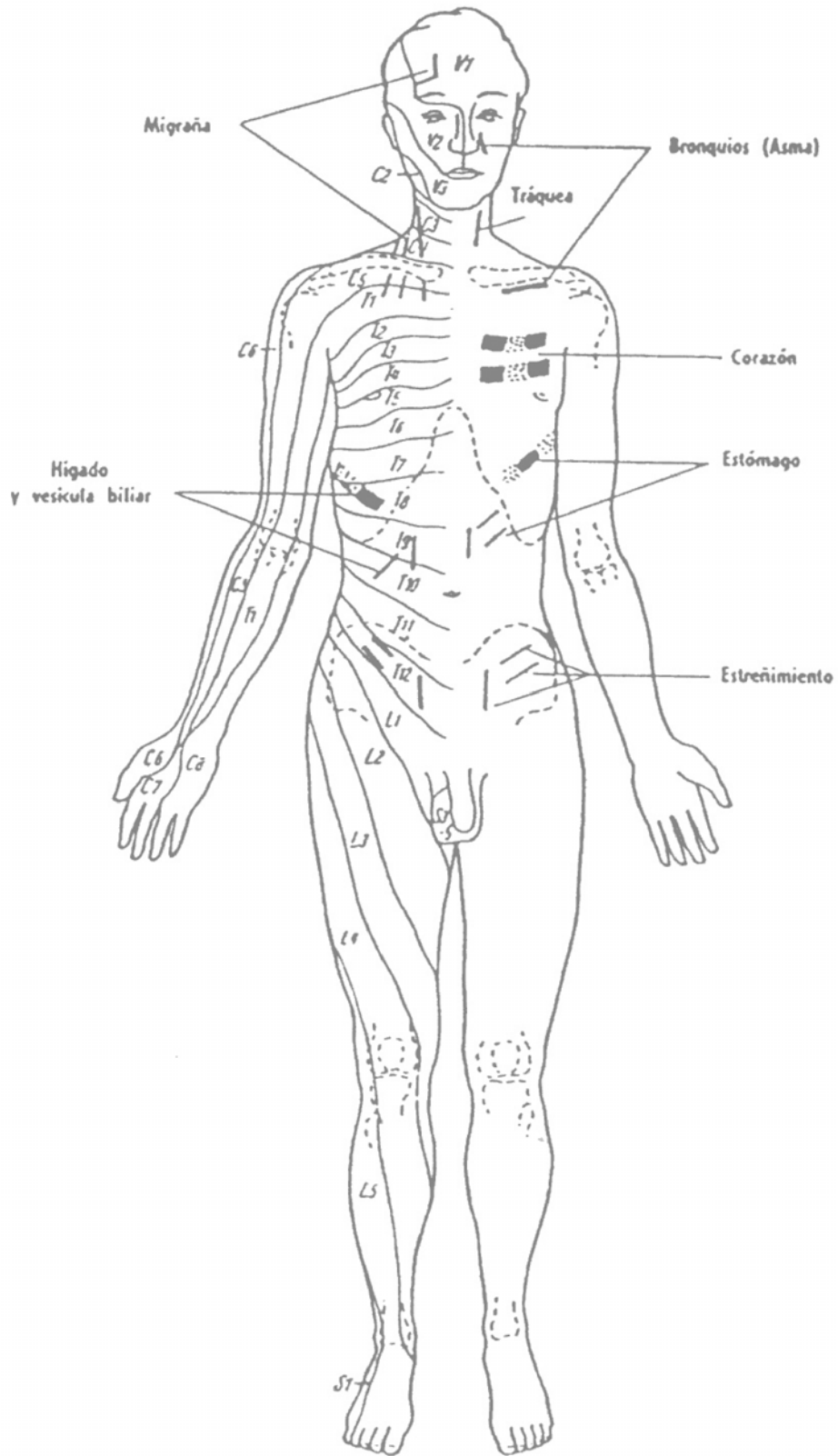


Figura 12: Puntos musculares máximos

La reacción al tratamiento de las enfermedades angiospásticas (por ejemplo, claudicación intermitente) se debe a la acción sobre las fositas, según describe Dicke.

#### 14.- CONDUCCIÓN DEL TRAZO

De todo lo que se ha dicho hasta aquí, se desprende que el trazo es siempre tangencial al tejido y, en general, efectuado con el pulpejo del dedo.

Junto a la construcción base, solo las vibraciones, algún amasamiento y maniobras de relajación están permitidas y deben ser empleadas; sea antes del masaje de las zonas reflejas para distender la musculatura, por ejemplo en los lumbagos, sea durante la sesión para relajar un tejido conjuntivo demasiado doloroso, en espera de poder aplicar los tratamientos adecuados como en las discopatías y en las osteocondrosis, o bien, después de la sesión, como en el asma y el estreñimiento con objeto de restablecer una respiración abdominal inexistente o deficiente.

#### 15.- APLICACIONES PARA CADA CASO

A modo de ejemplo, vamos a especificar los trazos de:

- A) Región intercostal.
- B) Cuello.
- C) Miembro inferior: Muslo.
- D) Periartritis escapulo-humeral.
- E) Trastornos circulatorios venosos: Varices.
- F) Afecciones del aparato digestivo: Gastritis.
- G) Afecciones de hígado, vesícula y vías biliares.

##### **A.- Región intercostal.**

Se continúa con trazos de la duodécima a la séptima dorsal hasta la altura del ángulo inferior de los omoplatos.

Los trazos intercostales son ejecutados a partir de la línea axilar anterior subiendo del borde inferior del tórax hacia arriba, trazo por trazo, siguiendo los trazos intercostales; la mano en posición plana para no agredir los nervios intercostales.

Estos trazos, que son cinco, se terminan con una ligera tracción de la columna vertebral. El quinto intercostal se repite dos veces.

Para acabar, se reequilibra la tensión de los pectorales, insistiendo por encima de la clavícula sobre la aponeurosis subclavicular.

Los trazos intercostales son igualmente aplicados en el sentido inverso de la columna vertebral hacia la parte lateral del tórax, hasta la línea axilar anterior, donde se agarran ligeramente al tejido.

## **B.- Cuello.**

Pequeños trazos radiantes alrededor de la séptima vértebra cervical, exclusivamente en la región aponeurótica del trapecio.

Trazos en ambos lados de la columna cervical hasta el ligamento cervical posterior y tracción hacia el occipital.

Trazos en ‘enganche’ de la columna cervical.

Estiramiento del ligamento cervical posterior por medios de trazos transversales.

Estiramiento del borde anterior del trapecio hasta su inserción superior.

## **C.- Tratamiento del miembro inferior: Muslo.**

Para este tratamiento, el paciente está tumbado sobre la espalda.

El trazado de la banda ilio-tibial de Maissiat empieza al nivel del trocánter mayor y se extiende superficialmente a lo largo del borde posterior de esta aponeurosis; al nivel del tercio inferior del muslo, se dirige hacia el tendón de inserción del bíceps crural.

Para obtener la distensión de fuertes tensiones del tercio inferior de la aponeurosis del muslo, se empieza por tratar la región del trocánter mayor.

Encadenamos por un estiramiento, empezando en el tercio inferior del muslo y prolongándolo hacia arriba a lo largo del borde posterior de la banda ilio-tibial de Maissiat y se contornea el trocánter mayor.

Después tratamos con la misma minuciosidad la región comprendida entre el trocánter mayor y la espina iliaca anterosuperior.

Después, el trazo interno sale del tercio inferior del muslo, seguido de la tracción en el espacio intermuscular. Entre los semitendinosos y semimembranosos, en el hueco popliteo.

Viene después el estiramiento bimanual de los músculos posteriores del muslo, superficialmente, del pliegue glúteo al hueco popliteo.

Estiramiento bimanual, ligero entre los gemelos, hacia arriba con tracción del hueco popliteo a inserciones superiores de estos músculos.

El estiramiento superficial del hueco popliteo será ejecutado igualmente con las dos manos.

Trazos suplementarios, trazos cortos en abanico, del tercio inferior de la fascia lata hacia la rótula.

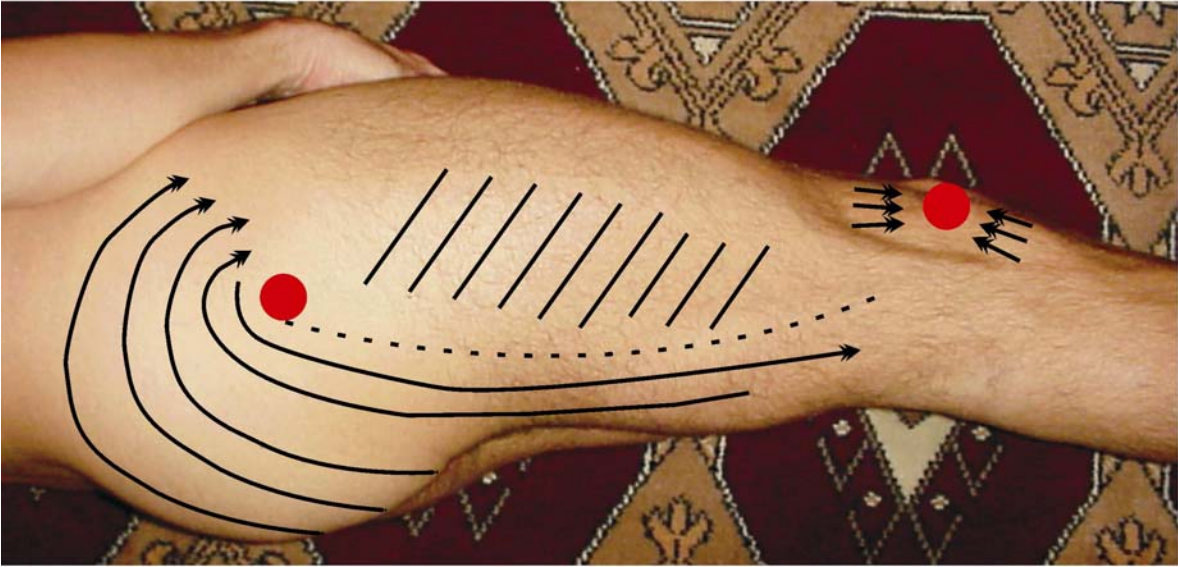


Figura 11: Miembro inferior. Vista lateral. Dicke, Schliack, Wolff, Bindegewebsmassage. Stuttgart. Hippokrates-Verlag

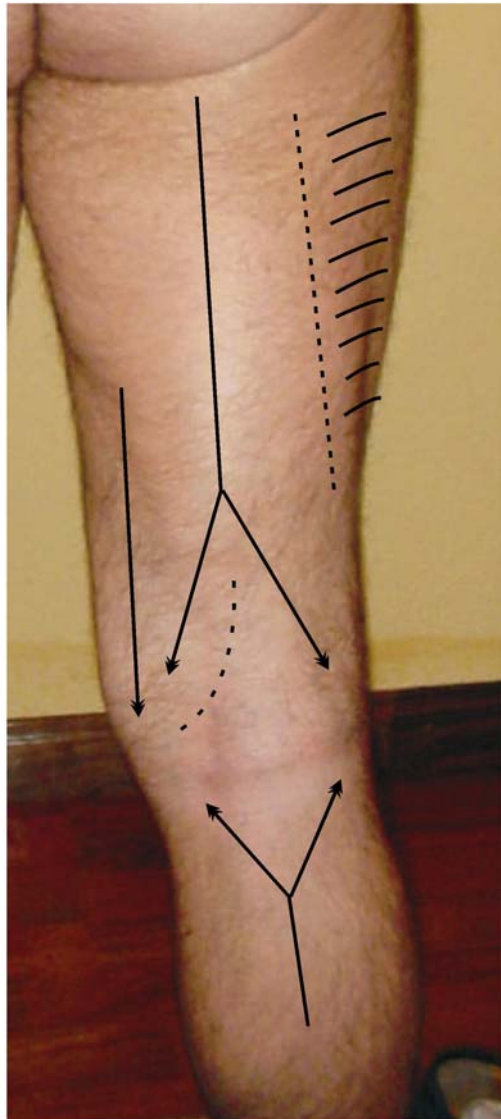


Figura 12: Miembro inferior. Vista dorsal. Dicke, Schliack, Wolff, Bindegewebsmassage. Stuttgart. Hippokrates-Verlag

El ‘trazo de varices’, a partir del tercio superior del muslo, a lo largo del borde lateral del costurero y se termina en la espina iliaca anterosuperior.

#### **D. Periartritis escápulo-humeral.**

Esta afección bastante frecuente, a menudo de origen traumática o reumática, es frecuentemente imputable a una degeneración de los discos vertebrales cervicales inferiores, causa de una reacción neurodistrófica antigua.

El masaje de tejido conjuntivo está particularmente indicado en estos casos y es preferible a la movilización bajo anestesia del hombro rígido que se practica a menudo.

#### **E.- Trastornos circulatorios venoso: Varices.**

Tratamiento:

1.- En posición sentada (posición habitual):

Construcción de base

Después, realizar trazos transversales sobre el sacro (trazos suplementarios).

2.- En decúbito dorsal:

Después de seis a diez sesiones, añadir el tratamiento del muslo:

Trazos ascendentes a lo largo del músculo íleo-tibial de Maissat y alrededor del trocánter.

Trazos del trocánter en la espina iliada antero-superior.

Trazos de varices.

A partir de la octava o novena sesión, terminar con el trazo hepático.

Descanso.

Realizar series de quince a dieciocho sesiones.



## **F.- Afecciones del aparato digestivo: Gastritis.**

Tratamiento:

En posición sentada.

Construcción de base: De cuatro a seis sesiones completas, sin descuidar el ángulo comprendido entre la columna vertebral y la cresta ilíaca; hay que tratar el borde izquierdo del tórax, primero con cuidado y después repetir varias veces.

Estiramiento del borde torácico derecho.

"Pequeña derivación"

Realizar trazos equilibrados sobre los pectorales, primero a la izquierda, después a la derecha.

A partir de la cuarta sesión, trazos por encima de la clavícula.

Repetir el estiramiento del borde torácico izquierdo.

"Pequeña y gran derivación".

Descanso.

Desde el momento en que se manifieste una mejoría, añadir lo siguiente:

1.- Trazos agarrando uno y otro lado de la columna vertebral.

Trazos intercostales, sólo del lado izquierdo.

Un gran trazo equilibrador.

Estiramiento del borde izquierdo del tórax.

"Pequeña derivación"

Trazos equilibradores sobre los pectorales.

Traza por encima de la clavícula, repetir el gran trazo equilibrador y el estiramiento del borde izquierdo del tórax.

Pequeña y gran derivación superficial.

Descanso de media hora.

En caso de que el paciente presente gran sensibilidad, se deberá mantener en la construcción de base.

## **G.- Afecciones de hígado, vesícula y vías biliares.**

Tratamiento:

En posición sentado o acostado.

Construcción de base:

Respetando hasta la octava o novena sesión, el ángulo entre la cresta iliaca y la columna vertebral y respetando el trazo superior de base del lado derecho, mientras que se estira el borde inferior derecho del tórax.

Estirar a continuación el borde izquierdo del tórax.

Realizar los trazos equilibradores sobre los pectorales, primero del lado derecho, después del lado izquierdo.

Repetir el trazo superior de base en el lado derecho.

‘Pequeña y gran derivación’ superficial.

Reposo:

A partir de la tercera sesión, en la mitad de la misma se trata el ángulo entre la última costilla y la columna vertebral, del lado derecho, después los trazos agarrando las vértebras lumbares.

En la sesión siguiente se estira suavemente el borde inferior del tórax y se continúa de la siguiente manera:

Trazos agarrando de una parte y otra la columna vertebral.

Trazos intercostales únicamente del lado derecho, sin repetir el último trazo, teniendo en cuenta el estado del tejido en el ángulo inferior derecho del omóplato.

Pequeña derivación.

Trazos equilibradores, primero, sobre los pectorales derechos, después, sobre los izquierdos.

Traza debajo de la clavícula.

Según el estado del tejido y la sensibilidad del paciente, repetir el trazo del borde inferior derecho del tórax o el trazo superior de la base.

Pequeña y gran derivación superficial.

Reposo.

En las siguientes sesiones, añadir:

Estiramiento del borde externo del omóplato.

Estiramiento hacia la base del gran dorsal.

Trazos de gran dorsal, (guirnalda), el terapeuta se coloca de pie detrás del paciente.

Trazos equilibradores sobre los pectorales.

Traza en el borde inferior derecho del tórax.

Terminar por la pequeña y gran derivación superficial

En la sesión siguiente, tras las maniobras de estiramiento, empezar por el estiramiento del ángulo infero-interno del omóplato derecho, en la mitad, con ligeros trazos partiendo de la región lateral y acabando en la posición media por debajo del punto máximo en D2-D3 y a continuación por el contorno del ángulo escapular.

Al cabo de ocho o nueve sesiones, se termina por el trazo de hígado.

En las sesiones posteriores, añadir los trazos superficiales transversales entre los omóplatos, primero con detenimiento por debajo del punto máximo D2- D3 y después continuando hasta el nivel de la espina del omóplato.

Trazos equilibradores sobre los pectorales.

Traza por debajo de la clavícula.

Pequeña y gran derivación superficial.

Decúbito dorsal, finalmente trazo del hígado.

Reposo.

Duración de las sesiones, de veinte a treinta minutos cada una.

En el caso de pacientes especialmente sensibles, si aparecen náuseas, el tratamiento es más fácil de soportar al comienzo con hidroterapia.

Para el tratamiento de la vesícula biliar, en el caso de pacientes con espasmos, realizar el trazo del hígado en el cuadro de la construcción base en breves sesiones de hidroterapia. Ello permite suprimir los espasmos y facilitar la evacuación de la bilis.

## 16.- INDICACIONES DEL MASAJE DEL TEJIDO CONJUNTIVO (M.T.C.)

Alteraciones psicósomáticas: insomnio, distonías neurovegetativas, neurosis, angustia, fobias, depresiones.

Sedación del dolor: Neuralgias, neuritis, mialgias, cefaleas, algias vertebrales, padecimientos discales.

Afecciones circulatorias:

- Vasculopatías venosas: Varices, úlceras varicosas, hemorroides, etc.
- Vasculopatías arteriales: Claudicación intermitente, síndrome de Raynaud, arterioesclerosis, etc.
- Esclerodermia, edemas.

Adherencias postoperatorias.

Alteraciones reumáticas y traumáticas: artritis, artrosis, discartrosis, contracturas musculares, periartrosis escapohumeral, epicondilitis, lumbalgias, ciáticas, síndrome de Sudeck, Dupuytren, amputaciones, fracturas, etc.

Alteraciones ginecológicas: amenorrea, dismenorrea, parto difícil, lactancia insuficiente, menopausia.

Alteraciones respiratorias: asma, bronquitis, enfisemas, alergias.

Alteraciones cardíacas: cardiopatías coronarias.

Alteraciones digestivas: gastritis, úlcera duodenal, alteración de vías biliares, diarrea o estreñimiento, colitis.

Alteraciones neurológicas: hemiplejias, poliomielitis, miastenia, distrofias musculares, esclerosis múltiple, Parkinson.

Trastornos urológicos: Trastornos vesicorrenales, eneuresis, etc.

## 17.- CONTRAINDICACIONES

Se describen contraindicaciones absolutas como los tumores malignos y la tuberculosis y contraindicaciones relativas en las que se deberán respetar determinados aspectos. Estas últimas son las infecciones (fiebre, abscesos, gripe, amigdalitis) en las que habrá que esperar para comenzar el tratamiento a que pase la fase aguda y ceda la fiebre; la menstruación, en la que habrá que suspender el tratamiento entre 48 y 72 horas, y la dismenorrea, en la que en función de la intensidad del dolor se suspenderá el tratamiento en los días de mayor intensidad.

## 18.- CONCLUSIÓN

La aplicación de esta terapia es útil en gran número de patologías, con pocos efectos secundarios si está bien realizado y con unas repercusiones físico, psíquicas y emocionales positivas, adecuadas y duraderas en el tiempo.

La experiencia demuestra que no solo la técnica y el hecho de aprender bien una serie de pasos ayuda a aliviar o a curar con esta terapia manual, en concreto el masaje de tejido conjuntivo; es la actitud mental del terapeuta con deseo expreso de ayudar a resolver su problema a la persona y el estado vital del terapeuta en ese momento ayudarán a la pronta recuperación o a su dilatación en el tiempo.

Es importante la colaboración del enfermo en una serie de pautas (posturas, actitudes ante la vida, etc.) que le servirán para propiciar un efecto duradero en la mejoría.

## 19.- BIBLIOGRAFÍA

ASDONK, J. : Veráderungen des Bindegewebes als Ursache des vertebralen Syndroms. Hippokrates, 36,937 (1965)

BLECUA, M.J., MARRUEDO, I., MORÓN, A.I. y GASCÓN, A.: Trabajo: "Masaje del tejido conjuntivo". Facultad de Medicina de la Universidad de Zaragoza. II Curso de Medicina Naturista.

DELMÁS, J., et A. : Voles et centres nerveux. Paris Masson et Cie. Editeurs, 1958.

- DICKE, F. : Meine Bindegewebsmassage. Stuttgart Hippokrates verlag, 1956.
- DISCHOFF-SEEBERGER, I. : Die Bindegewebsmassage. Der Deutsche Badebetrieb, 12, Heft 9 (1958)
- ECCLES, Sir: La physiologie des Synapsm Conférence référée par le Professeur Meuiders Rev. med. Louvain, 1965.
- FESSARD: Quelques propriétés des systèmes de neurones. Physique et Biologie, Préface Professeur L. de Broglie. Revue d'Optique Théorique, Paris 1954.
- FRAZER, FW.: Persistent post-sympathetic pain treated by connective tissue massage. Physiotherapy 1978;64(7):211-2.
- GALLOU JJ, GRINSPAN F.: Masaje reflejo y otros métodos de terapia manual refleja. En: Enciclopedia médico-quirúrgica. Fisioterapia-Medicina Física-Readaptación. París: Elsevier; 2:26-130-A-10.
- GMSS D.: Physical therapy and rheumatism of so tissues. Schweiz Med Wochenschr 1982; 1 12 (3 5):1214-8.
- GOATS GC, KEIR KA.: Connective tissue massage. Br J Sports med 1991;25(3):131-3.
- GROSS, D., ZÜRICH. Zur Indikation des Bindegewebsmassage bei Magenerkrankungen. Arch. phys. Ther. 13, Heft 3 (1961).
- GUTZEIT, K: Der vertebral Faktor im Krankheitsgeschehen. Anamnese des vertebragenen Erkrankungen. In: Die Wirbelsäule in Form und Praxis, Band 1. Stuttgart: Hippokrates-Verlag, 1956.
- HAASE H.: Connective tissue massage. Physiological effectiveness fundamentals and technics. Z Arztl Fortbild (Jena) 1968;62(13):734-6.
- HANSEN, K., et SCHLIACK, H: Segmentale Innervation. Ihre Bedeutung für Klinik und Praxis. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, 1962.
- HANSEN, K., et WERNER, M.: Lehrbuch der klinischen Allergie. Stuttgart - Georg Thieme Verlag, 1962.
- HARTMANN, F. : Ordnung und Unordnung in den Bindegeweben des Menschen. Niedersächsisches Arzteblatt 21, 4 (1966).
- HELMRICH HE.: Psychosomatic aspect of connective tissue massage. Z Psychosom Med Psychoanal 1969;15 (1):56-62.

- HOEPKE, H. Précis d'anatomie et de physiologie du système nerveux central et végétatif. Paris Maloine. 1963.
- HEYM, B. y PECOS MARTÍN, D.: Revista de fisioterapia. "El masaje del tejido conjuntivo". Monográfico 2, pp. 56 a 69. (1999).
- HÜTTEMANN, E : Über Behandlungen mit Bindegewebsmassage in der Frauenheilkunde. Aus der Universitäts-Frauenklinik Heidelberg. Zbl. Gynäk. 72, Heft 13 (1950).
- JUNGE-HÜLSING: Untersuchungen zur Pathologie des Bindegewebes. HeidelbergMainz-Basel DP- Alfred Hüthig Verlag.
- KAADA B, TORSTEINBO O.: Vasoactive intestinal polypeptide in connective tissue massage. With a note on VIP in heat pack treatment. Gen Pharmacol 1987;18(4):379-84.
- KISNER CD, TASLITZ N.: Connective tissue massage. influence of the introductory treatment on autonomic functions. Phys Ther 1968;48(2):107-19.
- KLEIN, S. Massage des zones réflexes dans le tissu conjonctif. Scalpel 42 (1957).
- KLEIN, S., et HENDRICKX, A.: Die neural-theoretischen Grundlagen des Bindegewebsmassage nach F- DICKE. Med. Welt 17 (1966).
- KLEIN, S., et HENDRICKX, A. : Bindegewebsmassage - Massage réflexe du tissu conjonctif Vie méd. - Médecine et Thérapeutique, Vol. 9) éiaú).
- KOHLRAUSCH, W. Masaje muscular de las zonas reflejas. Editorial Toray Masson. Barcelona 1968.
- KOHLRAUSCH, W.: Reflexonenmassage in Muskulatur und Bindegewebes. 2. Auflage. Stuttgart: Hippokrates-Verlag,1959.
- KUHNKE, E.: Zur Morphologie und Physiologie des Bindegewebes, Aufbau Eigenschaften und Funktionen. Hippokrates, 36, 3-12 (1965).
- KUNERT, W. : Wirbelsäule, vegetatives Nervensystem und innere Medizin. Stuttgart Ferdinand Enke Verlag, 1963.
- LABORIT, H. : Physiologie humaine, cellulaire et organique. Paris ; Masson et Cie. Editeurs, 1957.
- LEUBE, H., et DICKE, E.: Massage reflektorischer Zonen im Bindegewebe hel rheumatischen und inneren Erkrankungen. Stuttgart : Gustay Fischer Verlag, 1942.

LHERMITRE, Fr. Les douleurs viscérales. La douleur et les douleurs, Professeur Th. Alajouanine. Paris Masson et Cie. Editeurs, 1957.

MCKECHNIE AA, WILSON F., WATSON N, SCOTT, D.: Anxiety states: a preliminary report on the value of connective tissue massage. J Psychosom Res 1983;27(2):125-9.

MEIHER, M. S. : Unterwasser- Leberdouche, eine neuro-segmentale Therapie. Anualen des schweizerischen Gesellschaft für Baincologie und fuimatologie, Heft 44/45 (1955 / 1956).

MICHALSEN A, BUHRING M.: Connective tissue massage. Wien Klin Wochenschr 1993; 105(8):220-7-

MORIN, G. : Physiologie du système nerveux central. Paris : Masson et Cie. Editeurs, 1958.

MUTSCHLER, H. H. : Die Kompression des Halsnerven in den Wirbellöchern. Hippokrates, 24,165-168 (1953).

MUTSCHLER, H. H.: Beseitigung von Stumplkontrakturen durch die Bindegewebsmassage nach Dicke. Hippokrates. 21, 387-388 (1950).

MUTSCHLER, H. H. : Die moderne Therapie des sogenannten « Sudecksehen Syndroms ». Hippokrates, 22, 303-306 (1951).

NORDIN M, CAMPEHO M.: Physical therapy. exercisES and moDalities: when, what and why? Neurologic Clinics of North America 1999;17(1):75-89.

ORY- LEFIN : Symptômes douloureux et troubles objectifs périphériques d'origine viscérale. J. beige Méd. phys. Rhum., Acta belgica Vol. 17, 4 (1962).

OTTENSMEIER, H. : Beitrag zue Theorie des Bindegewebsmassage. Med. Klin. 51, Heft 38 (1956).

PREDEL K. Physical therapy in gastroenterology. Z Gesamte lan Med 1987;42(4):112-4.

S. KAADA B, TORSTEINBO O.: Increase of plasma beta-endorphins in connective tissue massage. Gen Pharmacol 1989;20(4): 487-9.

SCHLIACK, H.: Grundriss einer klinischen Segmentalpathologie. Hippokrates, 33, 741-745 (1962).

SCHLIACK, U. : Les bases scientifiques du Bindegewebsmassage selon E. Dicke, Sealpel, 23 (1965).

SCHLIACK, H.: Die anatomischen Grundlagen einer Segmenttherapie. Therapiewoche, 13, 108Off. (1963).



SCULIACK, H., Naakgetbo- « Innervation segmentaire » - Film : Firme Bykren, C., et Munck, G. : Bruxelles.

TEIRICH-LEUBE, H.: Grundriss der Bindegewebsmassage. Stuttgart . Gustay Fischer Verlag 1960.

VOSS, C. : Koiarthrose, «die temporäre Hängehüfte ». Münch. med. Wschr., 98, Heft 28 (1956).

WOLFF, A. : Bindegewebsmassage, Becinflussung Head'scher Zonen im Rahmen des Krankengymnastik am Kinde. Marburg: Wolff-Hohberg Verlag 1950.

WOLFF, A., SCHLIACK, H. y DICKE, E.. Therapie Manuelle des zones reficies du tissu conjonctif. Libraire Maloine, s.a. Paris 1981

WÜNSCHE, G.: Über segmentale Veränderungen des Haut- Unterhautgewebes bei Herdinfektion. Med. I<Uin. 44, Heft 25 (1949).

WÜNSCHE, G. : Veränderungen des Wassei, - und Mineralbausbaltes im Dermatome bei inneren Erkrankungen. Z. ges. cip. Med., Band 127, 168-176 (1956).

WÜNSCRE, G. : Veränderungen des Wasser- und Mineralbausbaltes im Segment. Z. ges. exp. Med., Band 127,177-187 (1956).