

Técnicas especiales de Masoterapia

Masaje transverso profundo, drenaje linfático manual y masaje del tejido conjuntivo: efectos fisiológicos y terapéuticos, técnicas específicas, indicaciones y contraindicaciones.

© www.luisbernal.com

1. Masaje Transverso Profundo

- Generalidades
- Técnica
- Indicaciones
- Contraindicaciones
- Resumen de la FTP de Cyriax
- Ejemplos prácticos

2. Drenaje linfático manual

- Generalidades del sistema linfático
- El método Vodder
- DLM Cuello
- DLM Miembro superior
- DLM Miembro inferior

3. Masaje del tejido conjuntivo

- Introducción
- Efectos fisiológicos
- Técnica del masaje conjuntivo:
 - Principios del método Dicke
 - Descripción de la técnica
 - Construcción de base
 - Distintas construcciones
- Indicaciones y contraindicaciones

1. MASAJE TRANSVERSO PROFUNDO

1.1. GENERALIDADES

El Dr. James Cyriax, hace más de 50 años, comenzó a difundir la idea de la importancia de aplicar los tratamientos en el lugar exacto donde se ha producido la lesión. Así con el paso de los años y el desarrollo de sus técnicas de trabajo basadas en este principio, se ha podido constatar la efectividad de los mismos.

El Dr. James Cyriax desarrolló como tratamiento de las lesiones en tejidos blandos tres tipos de técnicas:

1. **La manipulación vertebral de la columna:** Para las afecciones del disco intervertebral. Utiliza la manipulación vertebral exclusivamente para los desplazamientos del disco intervertebral.
2. **Las infiltraciones:** Consiste en introducir el medicamento adecuado mediante la aplicación de una inyección en el punto exacto de la lesión, administrando la dosis adecuada en el lugar exacto de la lesión, así, se logra alcanzar una mayor efectividad del medicamento.
3. **El masaje:** El cual será aplicado en el punto exacto de las lesiones, con ello revolucionó el concepto que hasta entonces se tenía del masaje clásico. Además su forma de aplicación constituyó también una novedad, ya que se realiza transversalmente a las estructuras lesionadas, y no "a lo largo" o paralelamente, como se viene haciendo en el masaje tradicional, por eso lo llamó MASAJE TRANSVERSO PROFUNDO o FRICCIÓN TRASNVERSA PROFUNDA (FTP).

El objetivo que se pretende conseguir con este tipo de masaje, es actuar sobre las partes blandas lesionadas del aparato locomotor, con el fin de recuperar la movilidad normal. Así, la FTP es considerada profunda porque llega hasta las capas por debajo de la piel y tejido celular subcutáneo.

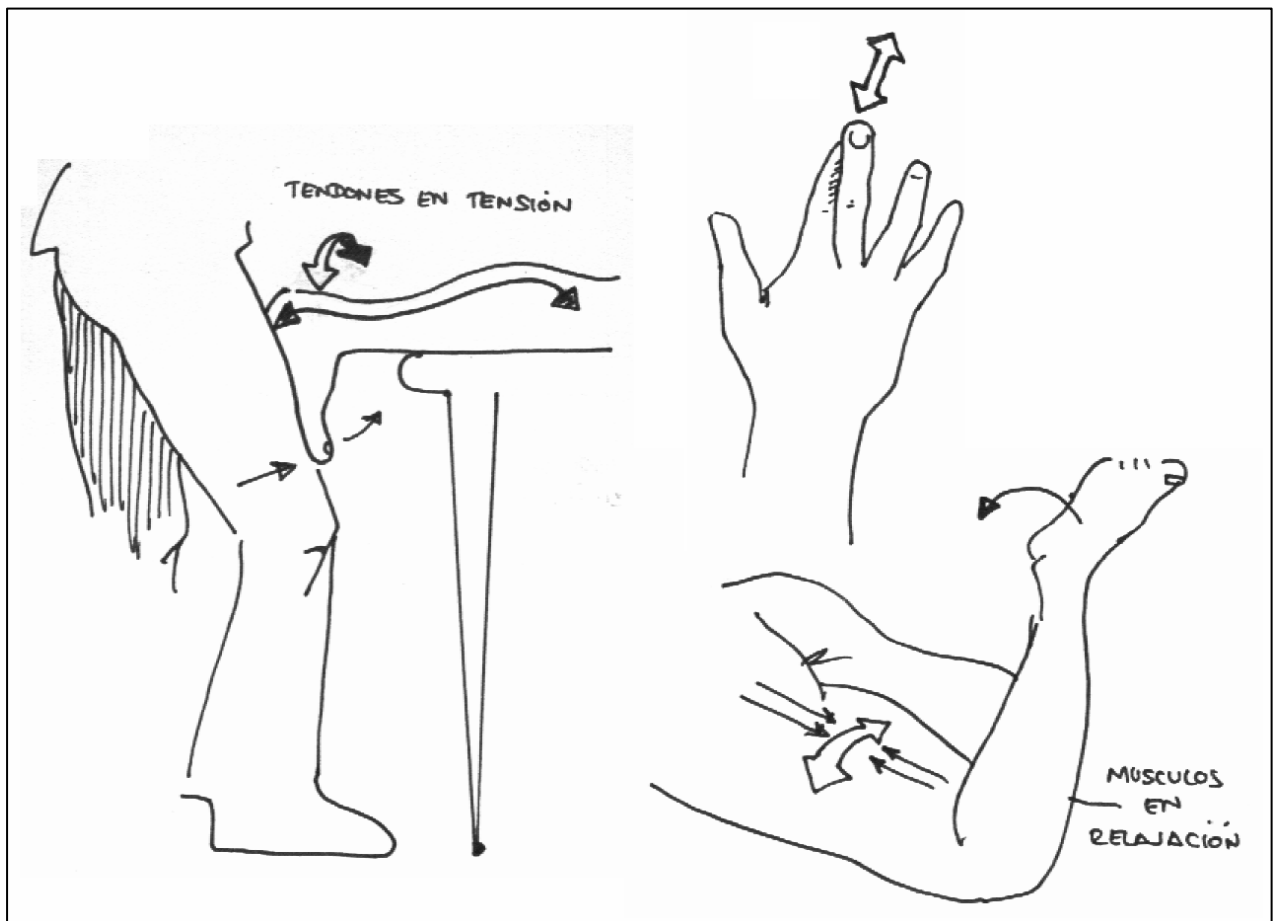
Aunque los efectos más importantes de la FTP son de tipo mecánico y local, también tiene otro propósito importante, que es prevenir la formación de cicatrices adherentes; para ello el masaje de Cyriax debe ser aplicado transversalmente al tejido lesionado, en campos muy deducidos y muy localizados. Las adherencias y cicatrices longitudinales de los tejidos blandos del aparato locomotor (músculo, tendón y ligamento) limitan su contracción y es difícil su elongación, pudiendo llegar a causar dolor crónico, debido a las variaciones de tensión que se produce en la zona lesionada, durante la contracción muscular, en las cuales el tejido normal se une al tejido neocicatricial mal organizado.

Según se ha observado microscópicamente la formación de tejido cicatrizal, la disposición de las fibrillas depende básicamente de factores mecánicos, especialmente del movimiento. Cuando a través del masaje de Cyriax proporcionamos un movimiento fisiológico en el lugar de la lesión, mientras ésta se haya en proceso de cicatrización, éste inhibe la formación de adherencias indeseadas, generando una cicatriz fisiológica más móvil, más fuerte, sin adherencia y con una disposición normal de sus fibrillas.

| OBJETIVOS Y VENTAJAS DE LA FTP |
|--|
| Mantener una buena movilidad de los tejidos lesionados. |
| Conservar el movimiento más fisiológico posible en el interior de la estructura lesionada |
| Evitar la formación de adherencias entre las fibrillas y los distintos tejidos |
| Provocar una hiperemia local en la zona de la lesión, con lo que disminuye el dolor y se eliminan células muertas. |
| Facilitar la producción de tejido colágeno perfectamente orientado que resista el estrés mecánico. |

1.2. TÉCNICA

- Realizaremos una fricción profunda o muy profunda en el lugar exacto de la lesión.
- Dicha fricción se hará perpendicularmente a las fibras o estructuras lesionadas, ya sea músculo, tendón, ligamento, fascia o inserción.
- Lo realizaremos de forma PRECISA y muy CORTA, pero que abarque TODA LA LESIÓN, y en toda su extensión y de forma tan profunda como ésta esté situada.
- El dedo o dedos del fisioterapeuta NO SE DESLIZARÁN sobre la piel, ni sobre la lesión, será EL DEDO Y LA PIEL DEL PACIENTE formando un TODO los que se deslicen y friccionen transversalmente las fibras lesionadas.
- Nunca se utilizarán cremas, geles o pomadas para realizar el Cyriax.
- Cuanto más profunda sea la lesión más fuerza deberán realizar los dedos del fisioterapeuta.
- Se colocará: el músculo en acortamiento, ligamentos en tensión y tendón en tensión.



La **Duración** de la sesión en casos agudos será suficiente con 3 a 4 minutos de tratamiento, incluso en algunas ocasiones en días alternos. En casos menos recientes y crónicos, será necesario dedicar a la FTP entre 10 y 20 minutos diarios.

Se suelen realizar 3 ó 5 sesiones semanales, hasta un total de 15 ó 20 sesiones, en días alternos al principio y continuos para las secuelas.

Dedos a utilizar: Para realizar la fricción, el dedo ha de colocarse en una posición de manera que el dedo que ejecute permanezca con la articulación metacarpofalángica en extensión, la interfalángica proximal en flexión aproximada

de 25-30° y la interfalángica distal en flexión de 15-20°. El dedo de apoyo, índice o medio, se cruza sobre el dedo terapeuta con una ligera hiperextensión de la metacarpofalángica, flexión de 15° de la interfalángica proximal y de 45-50° de la interfalángica distal.

Habitualmente la FTP se realiza con el dedo índice apoyado por el medio o viceversa. Cuando es necesaria realizar una mayor fuerza sobre determinadas zonas, se utiliza el dedo pulgar oponiendo contrarresistencia con el resto de los dedos; incluso existirán casos en los que tendremos que utilizar el puño o el borde cubital de la mano.

1.3. INDICACIONES

- Esguince agudo
- Secuelas de esguinces
- Esguince crónico
- Traumatismos musculares recientes
- Secuelas de lesiones musculares
- Otras secuelas del aparato locomotor
- Lesiones tendinosas: Tenosinovitis y tendinitis.
- Rigideces postraumáticas de los tejidos blandos periarticulares.
- Capsulitis o pericapsulitis
- Secuela de fascitis
- Fibromiositis
- Adherencias, cicatrices dolorosas, bridas, etc.
- Cicatrices antiguas

1.4. CONTRAINDICACIONES

- Lesiones graves traumáticas en fase aguda: Fracturas, fisuras, luxaciones.
- Roturas masivas: musculares, tendinosas y ligamentosas de las vainas fibrosas.
- Calcificaciones, osificaciones (tendinosas, ligamentosas, musculares).
- Artritis reumática, artropatía (reumatoidea) degenerativa
- Bursitis
- Neuritis, radiculitis.
- Compresión de los nervios periféricos: ciática y braquialgia
- Zonas con paquete vasculonervioso: Axila, ingle y hueco popliteo.
- Infecciones de origen bacteriano.
- Inflamaciones musculares diversas (no traumáticas)
- Hematomas severos y heridas abiertas
- Lesiones e infecciones de la piel
- No está recomendado el Cyriax en pacientes que han sido infiltrados con corticoides uno o dos meses antes, ya que la cortisona vuelve los tejidos más frágiles y pueden producirse con la FTP lesiones de los tendones.

1.5. RESUMEN DE LA FTP DE CYRIAX

1. Buscar el lugar exacto de la lesión para lo cual es necesario un conocimiento anatómico y una exploración adecuada.
2. Los dedos del fisioterapeuta y la piel del paciente deberán moverse como una unidad para evitar irritación de la piel.
3. Nunca se aplicarán cremas, pomadas o geles. Tampoco debe aplicarse hielo previo al masaje que puede enmascarar la lesión, pero sí después.
4. La fricción se realiza transversalmente a las fibras de la estructura dañada, nunca longitudinalmente.

5. La fricción se realizará por deslizamiento y no se presionará excesivamente.
6. La presión excesiva produce dolor, la FTP es desagradable y, en parte, dolorosa; ya que nos encontramos sobre la lesión, pero no por producir más dolor es más beneficiosa.
7. La fricción debe actuar en profundidad, que llegue al punto exacto de la lesión.
8. El paciente adoptará una posición adecuada que asegure una tensión o relajación de la zona a tratar, según la estructura lesionada.
9. Los músculos deben mantenerse en relajación mientras se aplica la fricción. Hay que evitar la reacción de contracción muscular al sentir molestias. Tras la FTP están indicadas las contracciones activas, pero hay que evitar la contracción contra resistencia.
10. Los tendones con vaina deben mantenerse tensos para facilitar el deslizamiento de la vaina sobre el cuerpo del tendón

1.6. EJEMPLOS PRÁCTICOS

Músculo supraespinoso

Origen: Fosa supraespinosa de la escápula / Inserción: Zona superior del troquíter humeral / Acción: Comienza la abducción del hombro ayudando al deltoides, pertenece al manguito de los rotadores que mantienen la cabeza del húmero junto a la cavidad glenoidea de la escápula / Inervación: Nervio supraescapular (C4, C5 y C6).

El **mecanismo lesional** se suele producir como consecuencia del ejercicio repetitivo de los músculos del hombro con el brazo elevado por encima de dicho hombro. Suele ser frecuente en deportistas que tras largos periodos de inactividad vuelven al entrenamiento en deportes como baloncesto, voleibol, etc. A este tipo de tendinitis se la suele conocer con el nombre de "hombro doloroso". Como **signos físicos** encontraremos dolor al realizar movimientos de rotación externa o rotación externa con elevación del hombro entre 80° y 120°; Dolor a la presión en la zona de la inserción del tendón y la abducción contra resistencia también será dolorosa.

La tendinitis se puede encontrar en dos zonas diferentes:

- **En la Unión Tenoperióstica:** La tendinitis se produce justo en el lugar donde el músculo se inserta en el hueso, concretamente en el troquíter del húmero. Es la tendinitis de supraespinoso más frecuente. En la exploración existirá dolor en la abducción resistida pero entre 80° y 120° de abducción aproximadamente; a eso se le denomina "arco doloroso".

El paciente se colocará sentado con el brazo en Rotación interna y la mano detrás de la espalda. El fisioterapeuta se colocará detrás del paciente y le localizará en ángulo ántero-externo del acromion, bajará un través de dedo y friccionará transversalmente con el dedo índice reforzado con el medio y apoyándose en el pulgar. Para comprobar que la zona friccionada la correcta se colocará el brazo del paciente en rotación neutra y se solicitará que realice una rotación interna, si localizamos la corredera bicipital, estaremos en el lugar adecuado.

- **En la Unión Miotendinosa:** Esta unión se encuentra situada bajo la bóveda acromial. Se colocará al paciente sentado en una silla con el brazo en abducción colocado sobre la camilla y apoyado en un cojín o almohada, y guardando el brazo una inclinación con respecto a la espina de la escápula de unos 30° aproximadamente. Así se relaja el músculo supraespinoso y permite un acceso más adecuado. El fisioterapeuta se coloca de pie en el lado opuesto al hombro a tratar. Pasa la extremidad superior detrás del cuello de éste y presiona con los dedos índice y medio, colocando el dedo pulgar en la zona posterior del cuello del paciente para servirse de apoyo. Se aplica así una fricción transversa, mediante un movimiento de prono-supinación de la muñeca y no realizando un movimiento de deslizamiento lateral y medial de la misma.

Cuando la tendinitis es de la unión músculo-tendinosa el paciente a la exploración acusa dolor a la abducción resistida, pero no existe arco doloroso.

Músculo Deltoides

Origen: 1/3 acromial de la clavícula, acromion y espina subescapular / Inserción: Tuberosidad deltoidea del húmero / Acción: las fibras ventrales ayudan en la flexión y rotación interna del húmero, las dorsales en la extensión y rotación lateral del húmero y la porción media es un poderoso separador del húmero horizontalizando el hueso / Inervación: Nervio axilar (C5 y C6).

Como **mecanismo lesional** encontramos ocasionalmente rotura o inflamación del deltoides en deportes como balonmano, voleibol, nadadores de estilo mariposa y luchadores. Los **signos físicos** principales son dificultad a la abducción, anteversión o flexión. Dolor a la abducción en la zona insercional. La **técnica de masaje** se inicia con el paciente sentado o semiacostado. El hombro en separación de 70-80°. El fisioterapeuta detrás del paciente localizando el punto de la lesión con el primer dedo; se realiza posteriormente una flexoextensión de muñeca en el sentido transversal a las fibras.

Porción larga del músculo bíceps braquial

Origen: Tendón a través de la articulación del hombro al tubérculo supraglenoideo de la escápula / Inserción: Mitad posterior de la tuberosidad del radio, aponeurosis bicipital a fascia del antebrazo / Acción: Flexión y supinación del antebrazo, tensa la fascia del antebrazo y ayuda en la flexión de la articulación del hombro y mantiene la cabeza del húmero en su sitio.

Mecanismo lesional: Es una lesión frecuente tanto su rotura como su inflamación en deportes en los que se realiza un esfuerzo continuo y exagerado: badminton, remo, levantadores de peso, lanzadores de jabalina, tenistas, etc. Los trastornos suelen producirse en la parte media del tendón. Como **signos físicos** podemos apreciar dolor moderado en la parte anterior de la articulación del hombro, con tumefacción, aunque es indoloro el movimiento en esta articulación, no así la flexión y supinación del codo contrarresistencia que ocasiona dolor en la parte superior del brazo.

La **técnica de masaje** sitúa al paciente semiacostado sobre la camilla, con la mano en pronación apoyada sobre el muslo. El fisioterapeuta se coloca frente al paciente, identificando el tendón largo del bíceps al realizar un movimiento contra resistencia; posteriormente colocamos el pulgar sobre el tendón y aplicamos contrapresión con el resto de los dedos colocados en la parte dorsal del brazo o en la parte interna.

Otra técnica de realización de este masaje es situar al paciente sentado, con el codo flexionado y pegado al cuerpo. Se localiza el ángulo superior externo del acromion, se baja un dedo a través y en esa zona se encuentra el tendón del bíceps braquial, porción larga. Se debe presionar en la zona con el dedo índice y se solicita que el paciente realice una rotación externa y una rotación interna del hombro, el codo permanecerá flexionado 90° y pegado al cuerpo, y ya con ese movimiento del paciente y la presión que nosotros ejercemos, se realiza el masaje.

Epicondilitis o "codo de tenista"

La epicondilitis o codo de tenista se emplea para denominar todas las lesiones inespecíficas que afectan al grupo de músculos extensores de la muñeca que se hayan cerca del codo. En la mayoría de las ocasiones la lesión se encuentra en la unión tenoperióstica donde tiene su origen el tendón del 2º Radial Externo.

Signos físicos: En el lado externo del codo se experimenta dolor, el cual se irradia a lo largo del dorso del antebrazo hasta la muñeca. Los movimientos pasivos y contrarresistencia del codo son indoloros. La extensión contrarresistencia y la desviación radial de la muñeca provocan dolor en el codo, mientras que la flexión contrarresistencia y la desviación cubital son indoloras. Podemos realizar una prueba para comprobar si es una verdadera epicondilitis de la inserción tenoperióstica del 2º Radial Externo, a esta prueba se la denomina Prueba de Mill. Se le pide al paciente que realice una extensión de codo, con separación del

hombro, una extensión de muñeca y una desviación radial de muñeca. El paciente intentará mantener esta posición mientras nosotros ofrecemos resistencia intentando realizarle una flexión y desviación cubital de la muñeca.

Posición del paciente: El paciente estará sentado, con el codo flexionado en ángulo recto y en supinación total; con esto se logrará que el epicóndilo lateral haga prominencia. El fisioterapeuta se sentará frente al brazo del paciente y en ángulo recto en relación con el mismo.

Técnica: El fisioterapeuta debe hallar el punto exacto del dolor por delante del epicóndilo lateral donde se encuentra el origen del 2º Radial Externo. Una vez localizado el epicentro doloroso se friccionará con el dedo pulgar con un contra-apoyo de los dedos sobre la epitroclea, con el pulgar en dirección oblicua; mientras coloca la otra mano en la muñeca del paciente y le sostiene el antebrazo en supinación total.

El movimiento del pulgar se realizará perpendicular al eje longitudinal del antebrazo y al tendón, pero la orientación del dedo es oblicua con respecto a la cara externa del brazo.

Si la lesión fuera del Primer Radial Externo, la posición del paciente sería la misma, pero el epicentro doloroso se encontrará un poco por encima del epicóndilo.

Si la lesión es del 2º Radial Externo en la unión miotendinosa, se colocará el paciente en la misma posición, pero con la muñeca en pronación, para que el músculo esté en relajación.

Tendones flexores de la muñeca

La tenosinovitis de los tendones flexores es bastante frecuente, provocada generalmente por el sobreuso de la muñeca en flexión; riesgo que corren los fisioterapeutas que aplican FTP. **Signos físicos:** Dolor e inflamación, edema incluso visible en los tendones del antebrazo, realizándose el diagnóstico por la flexión de la muñeca o los dedos contrarresistencia. **Técnica del masaje:** Con el antebrazo del paciente sobre la camilla en posición de supinación y con la mano en el extremo de la misma; mientras con la mano libre sujetamos la mano del paciente en supinación, con la otra realizamos la fricción transversa en la zona lesionada (ligeramente por encima del carpo).

Músculos aductores de la cadera

Son un grupo muscular que producen la aproximación de la pierna hacia la línea media (Adductor mayor, medio, menor y recto interno). Se originan casi todos en la rama inferior del pubis y se insertan a lo largo del borde medial del fémur. Su acción es la aproximación del fémur y accesoriamente las rotaciones internas y externas según su inserción. Están inervados por el nervio obturador.

Mecanismo lesional: El músculo que más se lesiona en la práctica deportiva es el adductor mediano; siendo el fútbol el deporte en el cual este músculo está más frecuentemente afectado debido a los chutes del balón, así como en la marcha, el patinaje, el balonmano y el hockey. **Signos clínicos:** El dolor se localiza en el muslo irradiado a la ingle, apareciendo en períodos de máxima intensidad de ejercicio, disminuyendo en reposo. El diagnóstico se completa al realizar una aducción contra resistencia siendo esta dolorosa.

Tratamiento: Se coloca el paciente sentado o semiacostado en la camilla con la pierna en abducción y rotación externa con ligera flexión de rodilla; colocamos los dedos índice, medio y anular sobre la lesión y realizamos una flexo-extensión de la muñeca; también podemos utilizar los nudillos colocando la mano con el puño cerrado sobre la inserción de los aductores y aplicar una maniobra de pronosupinación de la muñeca; es una maniobra dolorosa pero sumamente eficaz.

Tendón rotuliano

Esta lesión se produce por abuso y sobrecarga del músculo cuádriceps que como conocemos es un extensor de la rodilla. Los **signos físicos** que produce son dolor en la parte superior e inferior de la rótula; aumenta durante y después del ejercicio, siendo el movimiento pasivo indoloro y la extensión contra resistencia de

la rótula provoca dolor a nivel de la lesión; Este dolor puede ser provocado “a punta de dedo” en la zona insercional.

La **técnica de tratamiento** es diferente para la porción suprarrotuliana y para la infrarrotuliana. En la porción suprarrotuliana el paciente se coloca en decúbito supino con la rodilla extendida. El fisioterapeuta se coloca sentado frente a la rodilla, con una mano presiona hacia abajo la parte inferior de la rótula estabilizando la rodilla y haciendo más accesible la lesión. Después se aplicará el borde cubital de la cabeza del 5º metacarpiano en la zona de la lesión, y aplicaremos entonces la FTP.

Para la porción infrarrotuliana (la más frecuente) producida principalmente en deportes de salto y lanzamiento. Estos deportes ocasionan microrroturas que pueden llegar a producir una degeneración del tendón. Como **Síntomas** encontramos dolor en el tendón y rigidez después del ejercicio, habiendo dolor a la contracción contra resistencia del cuádriceps. La **Técnica** sitúa al paciente en decúbito supino con la rodilla extendida y el cuádriceps relajado. Es similar a la anterior. El fisioterapeuta con una mano presiona en esta ocasión el borde superior de la rótula para levantar así el borde inferior. Después con el dedo índice reforzado por el medio presiona hacia arriba contra el borde del hueso. Posteriormente realiza fricción llevando hacia delante y atrás la mano.

Tendón de Aquiles

La inflamación del tendón de Aquiles viene a ser el resultado de una carga progresiva, repetida y prolongada; comienza siendo aguda en atletas que aumentan la carga de trabajo demasiado intensamente o en sujetos entrenados que cambian de técnica, superficie de trabajo, materiales, etc. **Signos físicos:** Produce dolor al utilizar el tendón de Aquiles, o sea, en la flexión plantar contra resistencia o al ponerse de puntillas. La **técnica** se realizará con el paciente en decúbito prono sobre la camilla:

1. **Cara anterior del tendón:** Es la lesión que nos encontramos con más frecuencia en este tendón. El paciente coloca el pie más hacia adentro de la camilla, manteniendo una flexión plantar máxima del pie. Con el pulgar de una mano, el fisioterapeuta empujará el tendón hacia un lado, que luego se repetirá en el lado contrario; así la parte anterior del tendón es accesible al dedo índice de la otra mano ayudado por el dedo medio, aplicado con fuerza para efectuar una prono-supinación de la muñeca, haciendo girar el dedo sobre el tendón.
2. **Bordes laterales del tendón:** Sacamos el pie del paciente de la camilla. El fisioterapeuta sentado o de pie, coloca su pierna para producir una flexión dorsal y así elongar el tendón. Se toma el tendón entre los dedos pulgar e índice y se imparte una fricción llevando la mano hacia atrás, hasta quedarse con un pliegue de piel o similar, ejerciendo una pinza con ambas manos y repitiendo continuamente la fricción.
3. **Fibras posteriores del calcáneo:** El tobillo del paciente sobresaliendo de la camilla con una flexión de 90º; mientras con una mano sujetamos y mantenemos dicha posición de flexión, con el borde cubital de la falange proximal del 5º dedo aplicamos la FTP sobre el punto doloroso.
4. **Inserción con el calcáneo:** El tendón de coloca en tensión, con una flexión de tobillo de 90º. Se busca el ángulo entre el calcáneo y el tendón. Se realiza la fricción con un movimiento de cizallamiento con los bordes cubitales de los dedos índices de ambas manos y de contraapoyo tendremos los dedos pulgares que estarán sobre el talón del pie a tratar. Frotación con un movimiento de deslizamiento que penetra en el ángulo con un giro de la articulación intergalángica de los dedos índices.

Esguince de ligamento lateral externo de tobillo

Es el ligamento más comúnmente lesionado; su principal función es impedir que el pie se deslice hacia delante con relación a la tibia. El **mecanismo de lesión** suele ser la inversión del pie (una supinación con flexión plantar). **Signos físicos:** Dolor al mover el tobillo, tumefacción y edema delante del maleolo externo.

La técnica: El problema del ligamento lateral externo es que su haz anterior es el más difícil de localizar, porque va desde la punta del peroné a la cabeza del astrágalo. Está muy profundo y además se encuentra por debajo del ligamento anular. Cuando se produce un esguince leve, es el ligamento lateral externo, porción anterior, la que sufre la distensión, y si es un esguince más grave, se distiende también el ligamento calcáneo cuboideo. Para localizar el haz anterior, el paciente se colocará con la rodilla flexionada, el pie en supinación y flexión plantar. Ahí entre el maleolo externo y el cuello del astrágalo se encuentra el ligamento. quede hacia arriba. Con una mano sujeta el empeine y realiza una ligera inversión y flexión plantar sin provocar molestias. Posteriormente se coloca el dedo índice, reforzado por el medio de la otra mano sobre el punto de distensión del ligamento que suele corresponder en su unión con el peroné más frecuentemente y se realiza un movimiento hacia delante y atrás del mismo. La presión del dedo debe ser realizada hacia el interior y hacia arriba. La duración del tratamiento depende del momento evolutivo de la lesión. En esguinces recientes bastará con 3 ó 4 minutos de FTP, hasta poder incrementarse posteriormente a 10-15 minutos. Si además existe edema podemos utilizar técnicas de masaje circulatorio, crioterapia, baños de contraste y técnicas de contracción y relajación muscular para evacuarlo.

Es importante completar el tratamiento con una adecuada reeducación propioceptiva, de cara a evitar recidivas y fortalecimiento de músculos como los peroneos laterales.

Si queremos localizar el ligamento calcáneo cuboideo, éste estará por delante del maleolo, en la interlínea articular, e igualmente se friccionará transversalmente.

Aponeurosis Plantar

El paciente se situará en decúbito prono con la rodilla flexionada y extenderemos completamente el primer dedo del pie del paciente. Ahí en esa posición palparemos perfectamente la aponeurosis plantar. En esa misma zona, el fisioterapeuta friccionará con los nudillos de la 2ª Falange del 2º y 3er dedo y mantendrá continuamente el hallux del pie del paciente en completa extensión.

2. DRENAJE LINFÁTICO MANUAL

2.1. GENERALIDADES DEL SISTEMA LINFÁTICO

Sistema linfático

El sistema linfático consiste en una serie de capilares o conductos en los que se recoge y transporta el líquido de desecho acumulado de otros tejidos. Tiene una importancia primordial para el transporte hasta el torrente sanguíneo de lípidos digeridos procedentes del intestino, para eliminar y destruir sustancias tóxicas y como función inmunológica.

Los capilares linfáticos son los encargados de recoger los líquidos tisulares con una estructura similar a la de los capilares sanguíneos, aunque son más permeables y permiten el paso de partículas de mayor tamaño, como las grandes proteínas que se producen como resultado de la degradación de los tejidos, que son eliminadas en este torrente linfático.

Capilares linfáticos

Estos vasos se encuentran en todos los tejidos a excepción del sistema nervioso central, que se drena por su propio sistema, el cerebroespinal. Los capilares linfáticos se unen entre sí formando conductos de mayor diámetro que se entrelazan con las arterias y venas. En estos conductos, la linfa es transportada por los movimientos musculares del cuerpo, y a lo largo de ellos varias válvulas colocadas de forma regular evitan el retroceso de la linfa.

Los conductos de las extremidades inferiores y abdomen se unen en el lado dorsal izquierdo del cuerpo para formar un canal, conocido como cisterna del quilo, que da lugar al vaso linfático principal del cuerpo, el conducto torácico.

Ganglios linfáticos

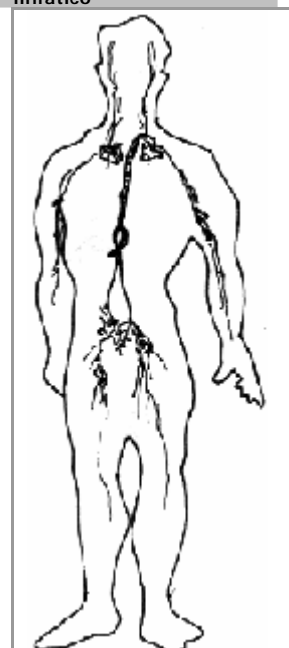
Estos ganglios se encuentran a lo largo del recorrido de los vasos linfáticos. Son órganos en forma de riñón con grandes cantidades de leucocitos, que funcionan como centro de producción de fagocitos, que infieren bacterias y sustancias de desecho. Durante el transcurso de cualquier infección, los ganglios aumentan de tamaño debido a la gran cantidad de fagocitos que forman, y suelen estar inflamados y dolorosos. Las adenopatías (así se conocen estas inflamaciones) suelen acontecer en los mayores centros de reunión de estos ganglios, como son el cuello, axila e ingle.

Otros órganos

Además de los ganglios linfáticos, pertenecen al sistema linfático otros órganos constituidos por un tejido similar. De entre ellos, el más grande y el más importante es el bazo. En él se forman células sanguíneas como linfocitos, monocitos y células plasmáticas. También elimina los glóbulos rojos alterados y tiene funciones de defensa.

Entre las situaciones anormales que pueden afectar al sistema linfático se encuentran la inflamación de los vasos o de los ganglios linfáticos, producida durante las infecciones, la tuberculosis de los ganglios linfáticos, los tumores malignos del sistema linfático y la elefantiasis.

Esquema del sistema linfático



2.2. EL MÉTODO VODDER

Emil Vodder, fue un quiromasajista de origen danés. Estudió Biología en París, obtuvo un doctorado en filosofía en Bruselas (de ahí su denominación de Doctor, pero no en Medicina) e inició estudios de Medicina que, por motivos de salud, no pudo concluir.

Concibió su método alrededor de 1932 y de una forma completamente intuitiva. Practicando en Francia tuvo una percepción de tipo paranormal. Atendiendo a un paciente que sufría de sinusitis crónica y disfunción hepática, comenzó a palparle los ganglios linfáticos cervicales con los dedos, y entonces tuvo una percepción de que su sistema linfático se estancaba en determinados puntos y ello era la causa de la mayoría de los problemas de salud de su paciente. De forma completamente empírica empezó a drenar estos ganglios extasiados con movimientos circulares de la punta de sus dedos. De esta primera sesión el paciente quedó satisfecho, y con varias sesiones más parece ser que la sinusitis crónica que su paciente padecía desapareció.

Aquí comenzó a desarrollarse su método, repetimos siempre de manera empírica y con un inicio un tanto inusitado. En 1958 en un congreso médico en Alemania decidieron estudiar su método y aportar pruebas científicas que apoyaron los buenos resultados que hasta el momento estaba consiguiendo el Dr. Vodder con su método de drenaje linfático; aún hoy día el DLM no ha recibido una aportación ni justificaciones científicas adecuadas a todos los efectos positivos que de su uso se desprenden.

INDICACIONES

Pre y Postcirugía: Edemas linfáticos, mastectomías, etc.

Migrañas/Cefaleas

Neonatología/Partos

Estreñimientos, aerofagia y gases intestinales

Gripes/Paperas

Efecto inmunitario: Los ganglios linfáticos producen linfocitos (glóbulos blancos) que producen anticuerpos y fagocitan, manteniendo el cuerpo en estado de defensa.

CONTRAINDICACIONES

Cáncer, enfermedades infecciosas y enfermedades degenerativas

¿Es el drenaje linfático una medicina suave?

Dos importantes cuestiones eclipsan los buenos resultados terapéuticos que de este tratamiento se desprenden. Una es que en un principio el DLM se enseñaba a todos aquellos que quisieran conocerlo, independientemente de su nivel científico, encontrándose en la mayoría de los cursos gran cantidad de profesionales de la belleza (esteticistas, masajistas no titulados, etc) que despertaban la suspicacia de la comunidad científica. La segunda cuestión de fundamental es que son tantas las indicaciones y efectos positivos del DLM que la hacen parecer una panacea universal, unida a otros tratamientos como homeopatía, aromaterapia, acupuntura, osteopatía y otros métodos naturales que hacen dudar a todas las personas educadas en la más estricta ciencia médica clásica.

Aún hoy día existen dudas sobre todas las indicaciones del método Vodder, amén de la gran proliferación de escuelas diferentes en las que se enseñan indicaciones diferentes. Algunas escuelas se escudan en que solo explican las indicaciones científicamente comprobadas, excluyendo muchas de ellas los efectos inmunitarios del método por no estar formalmente establecidos, a pesar de ser uno de los ejes de recuperación más importante de este método. Otras escuelas prefieren explicar todas las indicaciones y que sea el alumno el que descubra lo que de cierto hay en ellas.

Hoy día muchos profesionales de la medicina son reticentes a la hora de prescribir este tipo de tratamiento a sus pacientes y otros incluso, le buscan problemas jurídicos a pacientes que por propia decisión se han sometido a este tipo de tratamientos, con un excelente resultado en la mayoría de los casos.

La evolución de este método ha sido desde luego imparable y actualmente comienza ya a estudiarse en Universidades y entra en la concepción de "medicina clásica" tal como la conocemos, sino completamente, si en la mayoría de sus indicaciones, sobre todo en sus efectos más directos: Edemas linfáticos, mastectomías, migrañas, Cefaleas, etc.

2.3. DLM CUELLO

Todos los movimientos circulares de la mano y/o dedos van dirigidos hacia el dedo meñique.

1. **Effleurage** sobre el pecho (3 repeticiones) y una última vez más sobre la clavícula.
2. Vaciamiento de los ganglios linfáticos: **Profundus-Medio-Terminus** (3 repeticiones X 5 círculos).
3. **Occipucio**. Círculos finos en occipucio, medio y luego terminas (3 repeticiones X 5 círculos).
4. **Mentón**: Círculos fijos desde la punta del mentón (5 círculos), luego en la base del mismo (5), luego en profundus, medio y para terminar en terminus (3 series).
5. **Manipulación en tijeras o tenedor**: Círculos fijos en la zona parotídea, con el índice y pulgar por delante de la oreja y el resto por detrás (5 círculos), luego profundus, medio y luego terminus (3 series).
6. **Hombros**: Círculos fijos con elevación de los hombros, trapecio (fibras medias) y luego terminus (3 series).
7. **Hombros 2** Círculos fijos con movimiento de los hombros, clavícula (2) y luego terminus (3 series).
8. **Profundus-Medio-Terminus** (1 serie)
9. **Effleurage final** (1 vez).

Otra modalidad es la denominada cuello corto, que consta de los siguientes puntos:

1. **Effleurage** sobre el pecho (3 repeticiones) y una última vez más sobre la clavícula.

2. Vaciamiento de los ganglios linfáticos: **Profundus-Medio-Terminus** (3 repeticiones X 5 círculos).
3. **Occipucio**. Círculos finos en occipucio, profundus, medio y luego terminus (3 repeticiones X 5 círculos).
4. **Profundus-Medio-Terminus** (1 serie)
5. **Effleurage final** (1 vez).

2.4. DLM MIEMBRO SUPERIOR

1. Cuello normal o cuello corto como lo hemos visto en el punto anterior y **Largo effleurage** sobre el brazo (1).
2. **Movimiento dador sobre el brazo**: Desde el codo hasta el hombro, alternando con las dos manos y comenzando con la interna. (3 series de 5 círculos cada una)
3. **Bombero sobre el deltoides**: Con una sola mano desde la inserción del deltoides hasta el acromion (3 series de 5 círculos cada una).
4. **Lavar las manos**: Círculos sobre el deltoides con las dos manos enfrentadas, y haciendo presión en 3 posiciones: palmas de las manos, después falanges proximales (cabeza de metas) y por último falanges distales. (3 series).
5. **Ganglios linfáticos del brazo**: Con ocho dedos y en series de 5 círculos fijos, en dirección hacia la punta de los dedos y el flujo hacia la axila (contraindicado en extirpaciones de ganglios como la mastectomía) (3 series).
6. **Bombero sobre el brazo**: Bombero en la cara externa del brazo desde el codo hasta el hombro en series de 5 círculos, mientras la otra mano limpia con el pulgar (3 series).
7. **Presiones en el codo**: 5 presiones con la palma de la mano (3 series).
8. **Semicírculos en el codo**: Se realizan dos semicírculos en el codo, uno por encima del epicóndilo y otro por debajo, realizado con los dos pulgares (3 series).
9. **Espiral en la flexura del codo**: De dentro a afuera, en 5 círculos (3 series) y con un solo pulgar.
10. **Movimiento dador en el antebrazo**: Con la mano del fisioterapeuta situada en la cara interna del brazo del paciente (en supinación), desde la muñeca hasta el codo en 5 semicírculos (3 series). Una vez realizado se coloca el brazo del paciente en pronación y se procede igual.
11. **Círculos en las muñecas**: Se trazan tres líneas en el dorso de la muñeca y comenzando por la línea radial hacia la cubital, 5 círculos hasta completar la línea, después la media y después la cubital. (3 series).
12. **Pulgar**: 5 círculos con nuestro pulgar desde la falange distal hasta la articulación trapecio metacarpiana, seguida de 3 presiones en la región tenar (3 series).
13. **Dorso de la mano**: Se trazan 3 líneas, y ahora comenzando por la línea del meñique, realizamos 5 círculos hasta completar toda la longitud de la falange, repetimos en línea media, y en línea del 2º dedo (3 series).
14. **Dedos**: Primero el 3er. Y 5º dedos, son tratados a la vez con 3 series de 5 círculos desde la última hasta la primera falange. Repetir luego las 3 series en 2º y 4º dedo.
15. **Palma de la mano**: Círculos fijos de los pulgares en la palma de la mano, primero alternados (3 series de 5 círculos) y luego simultáneamente (otras 3 series de 5 círculos).
16. **Effleurage largo de brazo**.
17. **Cuello corto** otra vez.

2.5. DLM MIEMBRO INFERIOR

1. Cuello normal o cuello corto como lo hemos visto en el punto 2 y **Largo effleurage** sobre el Mb. inferior (1).

2. **Movimiento de bombeo sobre el muslo**, alternándolo con las dos manos, desde el polo superior de la rótula hasta la raíz del muslo (3 series de 5 círculos).
3. **Bombeo y arrastre** en 3 regiones: Región interna del muslo el bombeo con los 4 dedos de una mano y arrastre también con los 4 dedos de la otra; en región anterior y externa, bombeo con 4 dedos de una mano y arrastre con el pulgar de la contraria (3 series de 5 círculos en cada región).
4. **Ganglios linfáticos inguinales**: Con 8 dedos y en 3 series de 5 semicírculos bombear y drenas hacia los ganglios inguinales. Una vez terminadas las 3 series se procede a realizar 3 círculos (roces) hacia la rodilla (solo una vez).
5. **Rodilla**:
 - 5.1. **Coliflor**: Bombear con dedos planos en círculos sobre la zona del vasto interno del cuádriceps (3 series de 5 círculos).
 - 5.2. **Polos rotulianos**: 5 círculos con los pulgares en ambos polos laterales de la rótula, realizado con ambos pulgares (3 series).
 - 5.3. **Hueco poplíteo**: 8 dedos planos en el hueco poplíteo y con movimiento dador (3 series de 5 círculos).
 - 5.4. **Bombeo sobre la rótula** (3 series de 5 bombeos).
 - 5.5. **Pes anserinus**: tratar la región infero-interna de la rodilla en 3 series de 5 círculos.
6. **Pierna en flexión**:
 - 6.1. **Movimiento de bombeo más movimiento dador**: Se van alternando los movimientos realizados con una mano en la cara anterior de la pierna (bombeo) y la otra sobre la pantorrilla (dador). (3 series)
 - 6.2. **Movimiento dador** en la pantorrilla con ambas manos a lo largo de la pierna (3 series de 5 círculos).
7. **Tendón de Aquiles**: Con la pierna ya extendida, tratamiento del tendón mediante círculos realizados con los cuatro dedos en paralelo y con las dos manos simultáneamente, uno en la cara interna y otro en la cara externa, bajo ambos maleolos del tobillo. (3 series de 5 círculos)
8. **Círculos** con ambos pulgares en 3 líneas imaginarias hechas en los tobillos (3 series en cada línea).
9. **Dorso del pie**: 3 líneas imaginarias en los metatarsos con ambos pulgares (3 series en cada línea).
10. **Lago linfático**: Manipulación desedematizante en esta región, que abarca la región justo inferior a los 3 dedos medios y con un desplazamiento de unos 2-3 cms. En proximal, se realiza con ambos pulgares (3 series de 5 círculos).
11. Presiones en el **arco transversal** de la planta del pie (3 series de 5 presiones).
12. **Effleurage final** de pierna y **cuello corto**.

3. MASAJE DEL TEJIDO CONJUNTIVO

3.1. Introducción

Dicke, fisioterapeuta alemana (1884-1952) se había diplomado hace dos años cuando sufrió en 1929 una grave enfermedad circulatoria en su miembro inferior derecho. La extremidad estaba fría y los dedos de los pies estaban al borde de la necrosis; los médicos hablaban de la necesidad de amputar. Con este pronóstico y tras 5 meses de encamamiento comenzó a notar cierto alivio gracias a una automasaje en la región del sacro y de las crestas ilíacas.

Empezó, pues, a trabajar la zona sacroiliaca repartiendo la tensión que allí notaba mediante suaves líneas; poco a poco pudo rebajar la tensión del tejido percibiendo un agradable calor en la zona tratada, sus molestas se iban reduciendo cada vez más, primero localmente y al cabo de varias semanas apareció un hormigueo acompañado de olas de calor que se extendieron hacia todo el miembro inferior afecto.

Este tratamiento consiguió remitir su grave enfermedad en 3 meses; una colega suya continuó tratándola bajo sus indicaciones y poco a poco fue desarrollando un protocolo de tratamiento sistemático. Tras su protocolización descubrió los trabajos del neurólogo inglés Head que describía las relaciones de las zonas en la piel y sus órganos correspondientes, así como el reflejo cutaneovisceral. Esto fue lo que confirmó su método y aportó la primera base científica.

En definitiva, Dicke desarrolló un **método terapéutico reflejo dérmico** basado en el hecho de que un órgano enfermo puede manifestarse en la periferia del cuerpo en forma de síntomas reflejos y álgidos a través de un reflejo víscera-músculo-cutáneo.

3.2. Efectos fisiológicos

El masaje reflejo del tejido conjuntivo es una terapia neural. Dado que todo órgano enfermo puede proyectarse a la periferia del cuerpo por medio de las vías nerviosas reflejas en los segmentos correspondientes y bajo la forma de distintos síntomas: hiperalgias, tensión tisular, alteraciones vasomotoras, etc. La terapia neural actúa de la periferia del cuerpo a través de las vías nerviosas reflejas y llega al órgano a través del reflejo víscera-músculo-cutáneo.

Dicke, en sus publicaciones ratificadas años más tarde por diversos investigadores, destacó como efectos más importantes del masaje del tejido conjuntivo los siguientes:

- **Efecto local:** Se puede influir directamente sobre un tejido, sobre cicatrices, trastornos circulatorios locales, sobre tejidos con funciones restringidas, etc.
- **Efecto reflejo víscera-músculo-cutáneo:** Desde la zona tratada se puede influir en órganos internos que pertenezcan al mismo segmento, tanto en su acción motora como en su riego sanguíneo, siendo esto último uno de los principales efectos.
- **Efecto general:** De la misma manera que se influye sobre órganos del mismo segmento se puede llegar a influir en otros segmentos a través de reflejos que recoge el sistema vegetativo simpático. De esta manera, un paciente puede empezar a tener una fuerte transpiración o una hiperemia que sobrepasa la zona tratada. Se puede influir y regular a través de la movilización mecánica al trabajar el tejido conjuntivo subcutáneo, tanto el riego sanguíneo local como la liberalización de materias propias del metabolismo celular, primero localmente y después de manera general. Se influye pues, sobre el sistema vegetativo, humoral y endógeno.

3.3. Técnica del masaje del tejido conjuntivo

Antes de entrar en la descripción de la técnica, es necesario conocer los **principios del método Dicke**:

- No trabajar sobre una metámera afectada
- Superficialidad: trabajando sobre una metámera actuamos sobre todos los elementos de la misma: nervios, piel, tendones, músculos, órganos internos, receptores cutáneos, nociceptores y mecanorreceptores. El trabajo inicial es esencialmente dérmico y será tanto más superficial y lento cuanto más adherentes sean los tejidos y cuanto mayor sea la acción sedativa que se desea obtener
- Respetar a cada individuo: debemos evaluar el límite de la reacción del órgano interno (umbral) y respetar este umbral individual para cada sujeto pues, de lo contrario, alteraremos el sistema neurovegetativo, obteniendo una respuesta agresiva y poco terapéutica a nuestro tratamiento.
- Trabajaremos cada capa de tejido de marea individual comenzando

Proyecciones de órganos

| Zonas reflejas de órganos pares | |
|------------------------------------|----------|
| Pleura y pulmón | D3-D10 |
| Riñón y uréter | D9-D12 |
| Gónadas | D1-L1 |
| Órganos impares del lado derecho | |
| Duodeno | D6-D10 |
| Íleon | D8/9-D11 |
| Hígado y vesícula | D6-D10 |
| Apéndice y colon ascend. | D9-D12 |
| Órganos impares del lado izquierdo | |
| Corazón | D1-D8 |
| Estómago | D5-D9 |
| Yeyuno | D8-D11 |
| Bazo | D9-L1 |

por la más superficial.

- Trabajo preliminar de las regiones sacra y lumbar, que permite el reequilibrio neurovegetativo y la liberación de acetilcolina. Desde estas regiones básicas se puede llegar a través de los reflejos hacia las zonas más craneales sin poner en peligro al paciente.
- Nunca se deben sobrepasar las 20 sesiones consecutivas: si a la quinta sesión de tratamiento hay ninguna mejoría, se debe interrumpir el mismo.

Continuamos vistos estos principios con la **descripción de la técnica**:

La técnica es a la par terapéutica y diagnóstica, se realiza a base de trazos (2 ó 3) en la piel, cuyo estiramiento provoca la estimulación del sistema neurovegetativo. Se aplican los trazos sobre las metámeras sanas y nunca deben provocar una sensación desagradable.

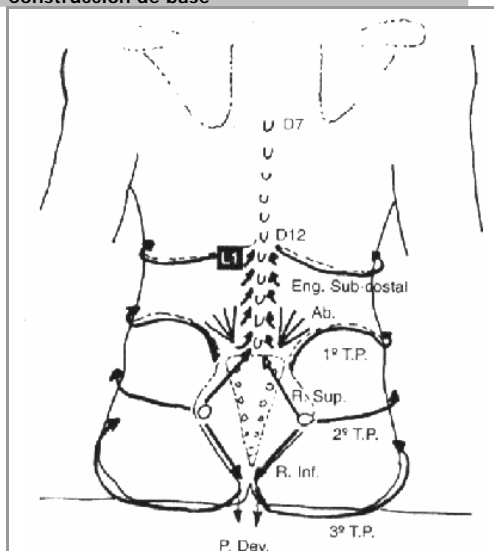
La técnica del trazado se compone de 4 fases: localización, tensión mística, trazo y relajación de la tensión. La ejecución manual se hace con los dedos corazón y anular, apoyándolos sobre la región subcutánea y presionando tangencialmente. Es importante que el dedo que trabaja sea llevado tan lentamente que el tejido tratado por el trazo ceda delante del dedo, teniendo nosotros la impresión de que el líquido intersticial ha sido separado. El estímulo es un ligero estiramiento sobre la piel, sin presionar ya que disminuiríamos el efecto del estiramiento que es lo que buscamos. Los dedos se doblan para formar un ángulo de 45° con la piel. La profundidad de la fricción puede ser modificada al cambiar el ángulo de los dedos con la piel; un ángulo de 60° penetrará a más profundidad que uno de 45. Debería aplicarse suficiente presión para lograr un buen contacto de manera que la piel siguiera el movimiento de los dedos. En el curso de la fricción, la presión y la velocidad deberán permanecer constantes. Cuando se adapta y aplica la técnica correctamente habrá de experimentar el paciente una sensación de rasguño o de rascadura suave al término de la fricción.

Cada sesión individual comienza en el sacro y siempre se regresa a esta zona cuantas veces sea necesario, así como al final de cada sesión. Tras haber trabajado esta zona podemos pasar directamente al tratamiento en las extremidades inferiores. Para ir a las superiores es necesario realizar completa la construcción de base: o sea, tratar la región sacra, glúteos, zona paravertebral lumbar y duodécima costilla.

Si es posible se trata al paciente en sedestación, mientras el fisioterapeuta permanece sentado en un taburete tras el paciente; más adelante para tratar regiones craneales el fisioterapeuta se colocará detrás o al lado del paciente. Si no es posible la sedestación del paciente se le colocará en decúbito lateral o prono, a excepción de las extremidades inferiores que siempre se tratan en decúbito supino.

A continuación exponemos la realización de la **construcción de base** (rombo) en sedestación, normalmente tiene una duración de 8 a 10 minutos y se aplican 3 trazos cada vez, a excepción de la pelvis donde con dos trazos es suficiente:

Construcción de base



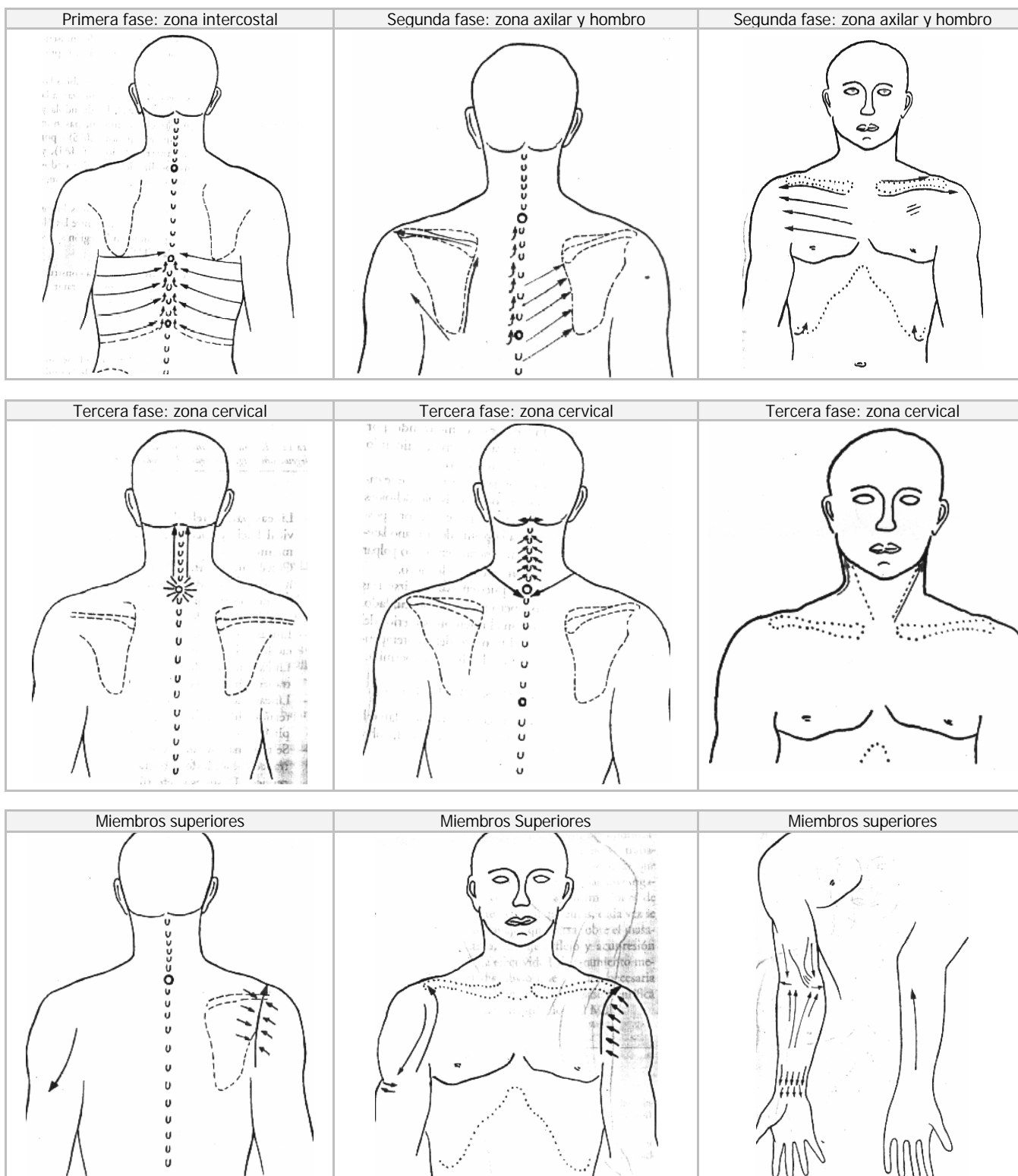
- Rombo inferior derecho: 3 veces.
- Rombo inferior izquierdo: 3 veces.
- Rombo superior derecho: 3 veces.
- Rombo superior izquierdo: 3 veces.
- Primer trazo de la pelvis a la derecha: 3 veces
- Segundo trazo de la pelvis a la derecha: 3 veces
- Tercer trazo de la pelvis a la derecha: 3 veces.
- Primer trazo de la pelvis a la izquierda: 3 veces
- Segundo trazo de la pelvis a la izquierda: 3 veces
- Tercer trazo de la pelvis a la izquierda: 3 veces.
- Enganches a la columna lumbar: alternando de derecha a izquierda son 5: 2 veces.
- Abanicos: se realizan 3 veces a cada lado, alternando.
- Trazo subcostal a la derecha: 3 veces
- Trazo subcostal a la izquierda: 3 veces
- Equilibrantes sobre los pectorales: alternando los lados: 3

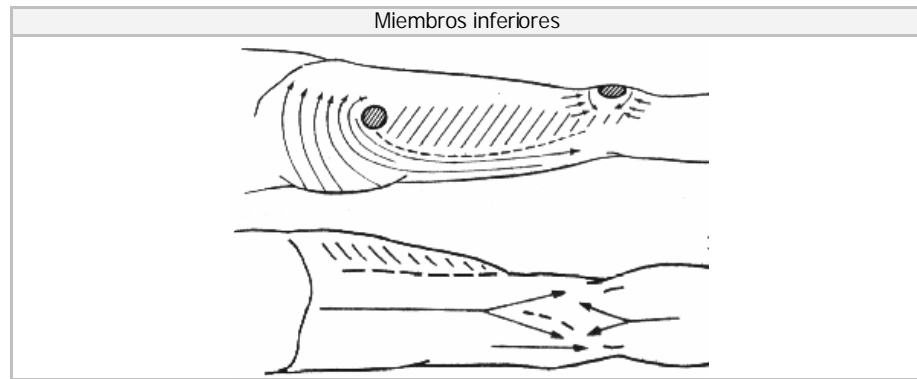
veces.

- Rombo inferior e interglúteo bimanual o pequeño derivativo: 3 veces.

A esta primera construcción, luego le siguen varias diferentes según las zonas que queramos tratar y que obligan a “enganchan” el fin de una fase con el principio de la siguiente (al igual que en el DLM que para tratar miembros inferiores hay que hacer un drenaje de cuello y de abdomen previamente) y que por orden serían: zona intercostal, zona axilar y hombro, zona cervical, Miembros superiores (obligatorias las 3 fases precedentes) o Miembros inferiores (justo tras la construcción de base).

Exponemos a continuación los dibujos de cada una de estas fases:





3.4. Indicaciones y contraindicaciones

Está indicada en:

- Afecciones traumatológicas y reumatológicas: Periartritis escápulo-humeral, epicondilitis, lumbalgias, ciáticas, síndrome de Sudeck, Dupuytren, amputaciones, fracturas, etc.
- Afecciones neurológicas: Parkinson, esclerosis en placas, poliomielitis...
- Afecciones del aparato respiratorio: asma, bronquitis, enfisemas y alergias.
- Afecciones circulatorias: Varices, úlceras varicosas, hemorroides, claudicación intermitente, arterioesclerosis...
- Trastornos viscerales: Gastritis, úlceras, estreñimiento, vesícula biliar.
- Afecciones ginecológicas: amenorreas, dismenorreas, pre y postparto, menopausia, trastornos de la lactancia.
- Cefaleas, neuralgias, estrés, trastornos del suelo.

Como **contraindicaciones** absolutas tenemos los tumores malignos, tuberculosis; de forma relativa debemos respetar infecciones (habrá que esperar a que ceda la fase aguda) y la menstruación (igualmente retrasaremos el tratamiento 2 ó 3 días).

No acabaremos este apartado sobre Masaje del tejido conjuntivo sin apuntar que existen otras técnicas particulares: masaje de los puntos nerviosos de Cornelius, masaje de Wetterwald, masaje de las zonas de helad y Von Puttmaker, masaje del periostio de Vogler, masaje de los puntos Knap; si bien algunos de ellos se basan más en la técnica refleja que en el tejido conjuntivo, la técnica de Dicke es la más avanzada y con la que mejores resultados se han obtenido.