



UNIDAD N°3: ANATOMÍA TOPOGRÁFICA

ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA APLICADA A LA MASOTERAPIA

Consideraciones Previas

El contenido que se expone a continuación está ligado a los siguientes objetivos:

- Identificar los órganos, reparos óseos y músculos del cuerpo humano según anatomía topográfica de cabeza, cuello y tronco.
- Identificar los órganos, reparos óseos y músculos del cuerpo humano según anatomía topográfica de abdomen y pelvis.
- Distinguir las técnicas de anatomía palpatoria a utilizar según casos clínicos asociados a anatomofisiología musculoesquelética.

Sobre las fuentes utilizadas en el material

El presente Material de Estudio constituye un ejercicio de recopilación de distintas fuentes, cuyas referencias bibliográficas estarán debidamente señaladas al final del documento. Este material, en ningún caso pretende asumir como propia la autoría de las ideas planteadas. La información que se incorpora tiene como única finalidad el apoyo para el desarrollo de los contenidos de la unidad correspondiente, respetando los derechos de autor ligados a las ideas e información seleccionada para los fines específicos de cada asignatura.

Introducción

La ejecución de las técnicas de masoterapia, no tienen un fin simple de agrado sensorial, sino mucho más que eso. A través de las diferentes técnicas de masaje, se logra influir positivamente sobre los tejidos blandos, sobre todo a nivel muscular, logrando disminuir episodios de dolor, tensión muscular, o incluso participando de forma activa en procesos de reparación tisular.

Estos beneficiosos efectos no se podrían lograr si el profesional que realizará la acción no tiene un dominio de la anatomía humana y no solo esto, sino de la anatomía superficial a través de la cual puede identificar cada parte con la que realiza el contacto físico, asociándola a la estructura muscular o visceral que está palpando. Además, es importante conocer no solo las estructuras musculares sino también, la disposición y dirección de las fibras para ejercer con eficiencia las maniobras asociadas a cada región.

Actualmente se sabe que cada movimiento está relacionado con uno o más músculos específicos. Al tener un conocimiento sobre esto, se podrá comprender mucho mejor el porqué de los movimientos y el sentido para darle a la aplicación de cada técnica que se decida utilizar.

La anatomía topográfica se encarga justamente de organizar el cuerpo en regiones y de esta forma sea más fácil reconocer las distintas estructuras palpables en cada segmento de nuestro cuerpo.

La palpación es una técnica fundamental en la práctica del masaje terapéutico, ya que permite al masoterapeuta evaluar la condición del tejido muscular y detectar posibles áreas de tensión o disfunción. A través de la palpación, el terapeuta puede identificar la ubicación, la calidad y la intensidad de las anomalías musculares, lo que guía el diseño de un plan de tratamiento personalizado para cada paciente.

Ideas fuerza

- **La anatomía topográfica es un facilitador del estudio de la anatomía:** nos permite organizar el cuerpo en distintas regiones y segmentos y de esta forma, facilitar el estudio y la identificación de cada una de las estructuras presentes en la zona a tratar.
- **La cabeza y el cuello se componen de una gran cantidad de músculos finos y pequeños:** esta región del cuerpo se caracteriza por requerir una alta variabilidad y especificidad de movimientos, por lo que sus músculos son pequeños, pero altamente especializados en dar vida a las expresiones faciales.
- **El cuello y tronco poseen músculos grandes que otorgan estabilidad y protección:** en el cuello, los músculos proporcionan estabilidad a la cabeza y además, protegen la importante red vascular que transita por esa zona. Los músculos del tórax protegen el corazón y pulmones y en conjunto con los músculos del abdomen (que protegen las vísceras) otorgan estabilidad al esqueleto axial.
- **Técnicas palpatorias:** son fundamentales para evaluar la condición del tejido muscular, detectar áreas de tensión y disfunción, y diseñar un plan de tratamiento personalizado. Permiten al terapeuta identificar la ubicación, calidad e intensidad de las anomalías musculares, lo que contribuye a mejorar el bienestar general del paciente y optimizar los resultados del masaje terapéutico.

Índice

Contenido

Consideraciones Previas.....	2
Introducción	3
Ideas fuerza	4
Índice	5
Desarrollo.....	6
1. Anatomía topográfica y palpatoria.....	6
1.1 Reparos óseos: Una base para palpar.....	6
1.1.1 Reparos óseos por segmentos.....	7
2. Cabeza, cuello y tronco.....	13
2.1 Miología y topografía de cabeza	13
2.2 Miología y topografía de cuello y tronco.....	16
2.2.1 Cuello.....	16
2.2.2 Tronco.....	17
3. Abdomen y pelvis.....	22
3.1 Miología y topografía de Abdomen	22
3.2 Miología y topografía de la pelvis.....	25
4. Tipos de técnicas palpatorias	27
4.1 Factores que inciden en la palpación	27
4.2 Tipos de técnicas.....	28
4.2.1 Palpación en Pinza.....	28
4.2.2 Palpación Plana o Superficial.....	28
4.2.3 Palpación Profunda	29
4.2.4. Palpación Bimanual (Exploración manual)	30
4.2.5. Palpación Digital o Tacto (Exploración manual).....	30
5. Ficha clínica básica.....	32
Conclusión	33
Bibliografía	34

Desarrollo

1. Anatomía topográfica y palpatoria

La anatomía topográfica se basa en la organización del cuerpo en partes: cabeza, cuello, tronco y los dos pares de miembros superiores e inferiores. Permite identificar distintas relaciones entre diversas estructuras sistémicas de cada región. Cada segmento no es una parte aislada y debe situarse en el contexto de miembros adyacentes y del cuerpo como un todo.

La anatomía de superficie es una parte esencial del enfoque topográfico, y proporciona un conocimiento de qué estructuras son visibles o palpables (perceptibles al tacto) cuando la persona está en reposo o en movimiento.

La exploración física de los pacientes es la extensión clínica de la anatomía de superficie. (Moore, K., Dalley, A. & Agur, A., 2019).

1.1 Reparos óseos: Una base para palpar

La superficie de los huesos presenta relieves, procesos y depresiones, que pueden dividirse en eminencias y cavidades articulares y no articulares.

Las eminencias y cavidades articulares son las superficies por medio de las cuales se unen los huesos. Su forma varía según el tipo de articulación al que pertenecen.

Las eminencias no articulares presentan formas muy diversas, que se designan con los términos de tuberosidad, tubérculo, espina, cresta o línea.

Las cavidades no articulares se dividen en categorías. Unas se desarrollan, al igual que ciertos procesos, bajo la influencia de inserciones musculares y tienen como misión aumentar la superficie de inserción del tendón. Otras, en forma de escotaduras, foramen, agujero, surco o canal, sirven para el paso de vasos sanguíneos y nervios (Rouvière & Delma, 2005).

Pregunta de reflexión

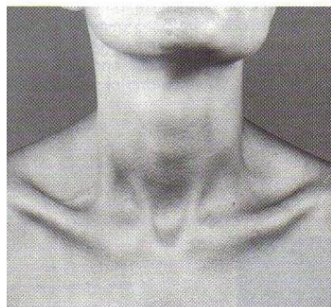
¿Qué implicancias podría tener para el paciente que su masoterapeuta no sepa identificar los reparos óseos previo a una sesión de masaje?



1.1.1 Reparos óseos por segmentos



A continuación, se introducirán algunos reparos óseos que serán útiles como referencia anatómica al momento de realizar la palpación de músculos, tendones y huesos.

Segmento cuello



Vista anterior de la región del cuello

Tabla 1

Imagen de referencia	Descripción
	<p>Columna cervical: Los dedos del terapeuta delimitan la columna cervical, comprendida entre el hueso occipital y la primera vértebra torácica. Está compuesta por siete vértebras cervicales superpuestas y articuladas entre sí.</p>
	<p>Apófisis espinosa de la séptima vértebra cervical (C7): Esta apófisis tiene la particularidad de ser larga y prominente, y presenta un solo tubérculo en su extremo. Puedes palparla al solicitar una flexión de cuello. Corresponde a la espinosa más prominente entre la unión del cuello y el tórax.</p>

Reparos óseos segmento cuello

Nota. Adaptado de Atlas de Anatomía Palpatoria Tomo 1 cuello, tronco y miembro superior, por Tixa, 2006.

Segmento tórax

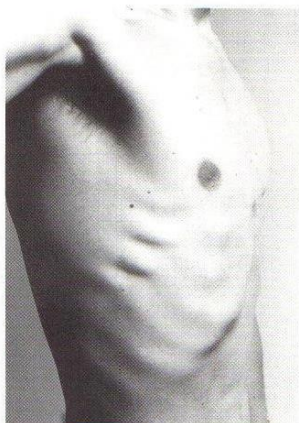
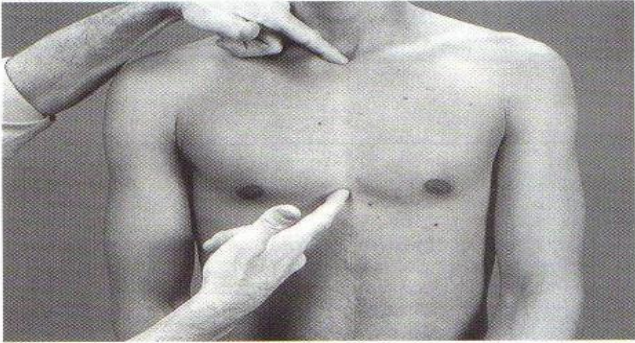
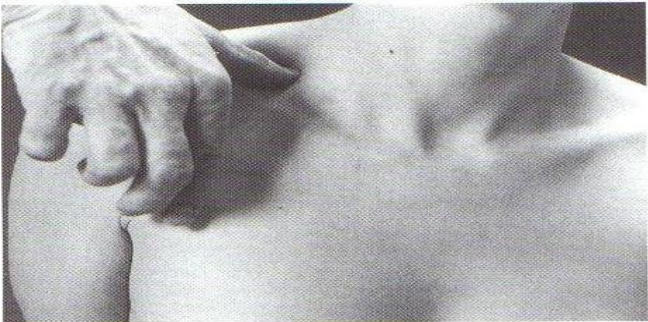
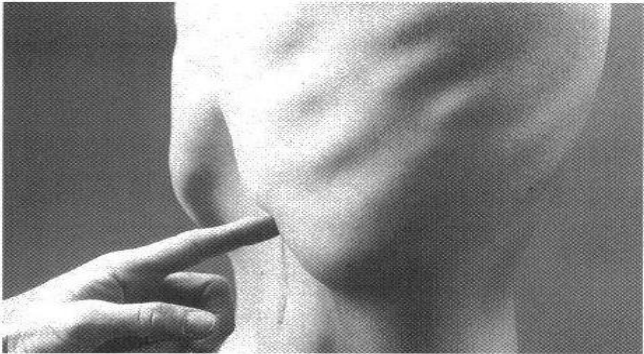
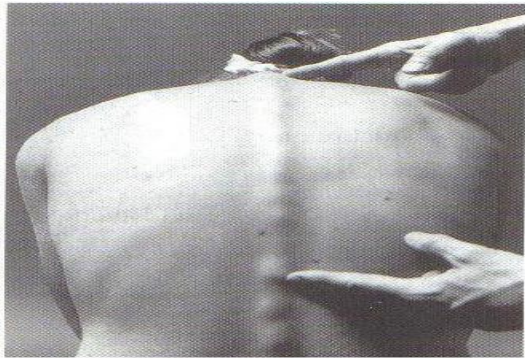


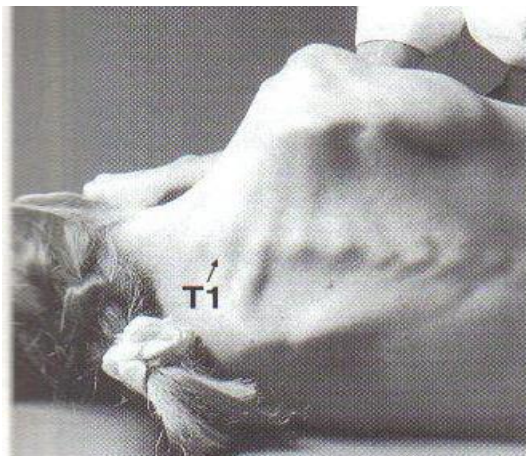
Fig. 1. Vista anterolateral del tronco

Tabla 2*Reparos óseos segmento tórax*

Imagen de referencia	Descripción
	<p>Esternón: Hueso plano e impar que ocupa la parte anterior y medial del tórax, localizado entre los dos dedos del terapeuta.</p> <p>Se divide en una parte craneal llamada manubrio esternal, una parte media llamada cuerpo del esternón y una parte caudal, la apófisis xifoides.</p> <p>En la imagen, la parte superior, corresponde a la escotadura esternal, al centro encontramos el manubrio, cuyo ángulo inferior se relaciona con la segunda costilla. Finalmente, su borde inferior indicado con dedo índice de mano derecha es la apófisis xifoides.</p>
	<p>Primera costilla: Puede palparse por encima y detrás de la clavícula. Esta es una costilla verdadera por lo que va unida al esternón por medio de un cartílago costal.</p>
	<p>Depresiones del arco costal (7°, 8°, 9° y 10°, cartílagos costales): A partir de las apófisis xifoides, percibimos depresiones la primera que corresponde a la unión del 8° y 7°, cartílagos costales y la segunda depresión corresponde a la unión del 10° y 9°, cartílagos costales (señalados con el dedo índice en la figura).</p>



Columna torácica: conjunto de vertebras torácicas de la T1 a T12.




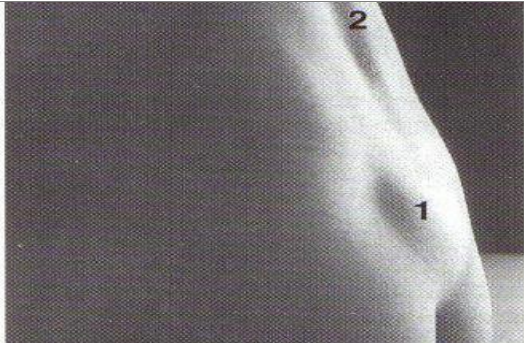
Visualización de la relación escápula-apófisis espinosas: en la imagen podemos observar la apófisis espinosa de la primera vertebra torácica o T1. El extremo interno de la espina de la escapula se sitúa a la altura de la apófisis espinosa de la tercera vertebra torácica (T3) y el ángulo inferior de la escapula queda al mismo nivel que la apófisis espinosa de la séptima vertebra torácica (T7).

Nota. Adaptado de Atlas de Anatomía Palpatoria Tomo 1 cuello, tronco y miembro superior, por Tixa, 2006.

Segmento lumbar y sacro

Tabla 3

Reparos óseos segmento lumbar y sacro

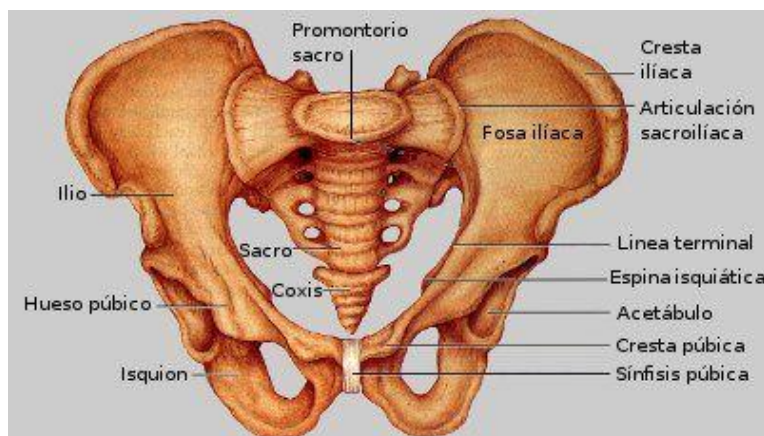
Imagen de referencia	Descripción
	<p>Columna lumbar: conjunto de vértebras lumbares de L1 a L5. Para palparlas, se puede iniciar ubicando L4 apoyando nuestras manos sobre las crestas ilíacas y dejando descender nuestros pulgares hacia el centro de la columna, ubicamos la espinosa de L4 y luego podemos ascender o descender por la columna encontrando las espinosas colindantes de L3 y L5.</p>
	<p>Columna Sacra: como muestra la figura con el número 1 se marca donde se sitúa el sacro y en el número 2 la región lumbar.</p>

Nota. Adaptado de Atlas de Anatomía Palpatoria Tomo 1 cuello, tronco y miembro superior, por Tixa, 2006.

Segmento pelvis

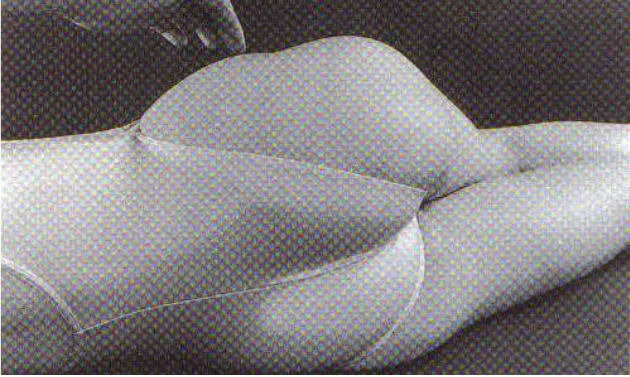


Figura 1

Anatomía de la pelvis



Nota. Adaptado de Google.

Tabla 4*Reparos óseos segmento pelvis*

Imagen de referencia	Descripción
	<p>Cresta ilíaca: Se pueden apreciar los cambios de curvatura de esta estructura, así como sus variaciones de grosor. Sirve como punto de inserción de musculatura.</p>
	<p>Espina ilíaca anterosuperior: Resulta fácil acceder a ella, basta con localizar la parte más anterior de la cresta ilíaca, porque se sitúa en este preciso punto. Sirve como punto de inserción de musculatura.</p>
	<p>Espina ilíaca posteroinferior: esta estructura corresponde globalmente a la fosita, más o menos visible en todo individuo que se sitúa frente a la articulación sacroilíaca. También se puede identificar localizando la parte más posterior de la cresta iliaca.</p>

Nota. Adaptado de Atlas de Anatomía Palpatoria Tomo 1 cuello, tronco y miembro superior, por Tixa, 2006.

Pregunta de reflexión

¿Cómo manejaría usted, como masoterapeuta, la situación ética que surge al palpar la espina ciática durante una sesión de masaje, considerando la necesidad de respetar la privacidad y la comodidad del paciente mientras se realiza un tratamiento efectivo?



2. Cabeza, cuello y tronco

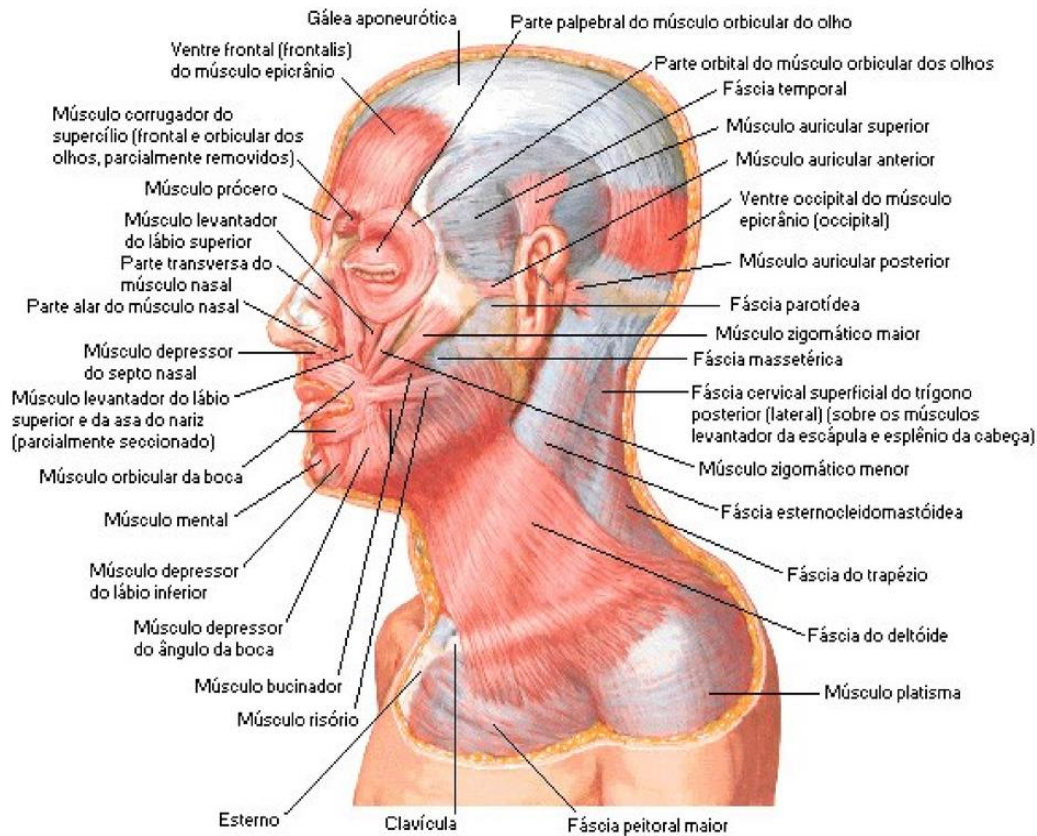
2.1 Miología y topografía de cabeza

Los músculos de la cabeza desempeñan numerosas funciones específicas y pueden agruparse en dos grandes categorías:

- **Músculos de la expresión facial:** estos tienen características únicas ya que se encuentran insertados en tejidos blandos como otros músculos o la piel. Cuando tiran de la piel de la cara permiten acciones como sonreír, fruncir el ceño, hacer pucheros, dar un beso, etc.
- **Músculos de la masticación:** estos son importantes ya que dan el paso inicial para el proceso digestivo, comenzando con la descomposición de la comida, entre ellos se encuentran el músculo masetero y temporal.

Todos los músculos de la cabeza y el cuello son dobles (bilaterales), excepto el platisma, el orbicular de la boca, el frontal y el occipital. (Marieb, E., 2008).

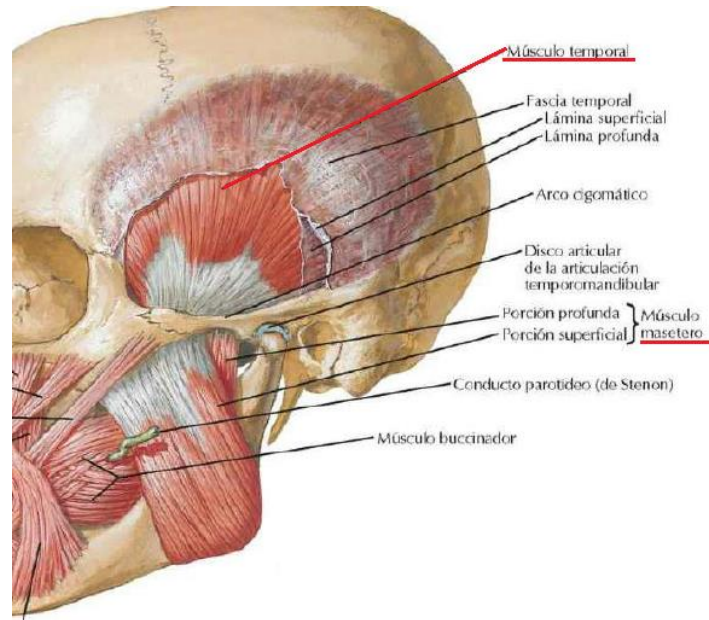
Figura 2
Musculatura superficial de cabeza y cuello



Nota. Adaptado de Netter atlas de anatomía humana. Netter, F. H. (2018).

Figura 3

Músculos de la masticación (en rojo)



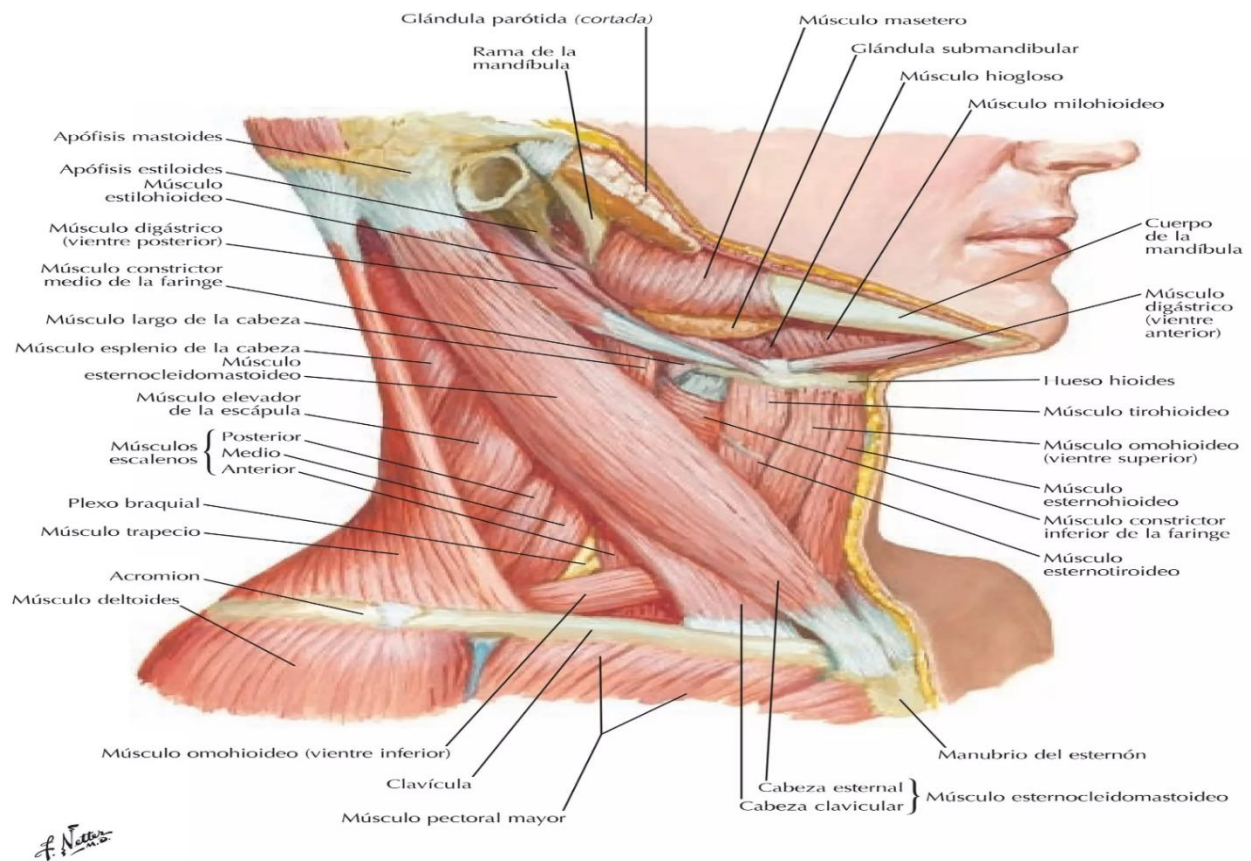
Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, 2018.

2.2 Miología y topografía de cuello y tronco

2.2.1 Cuello

Figura 4

Plano medio de musculatura de cuello



Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, F. H, 2018.

Tabla 5*Inserciones y función de la musculatura del cuello*

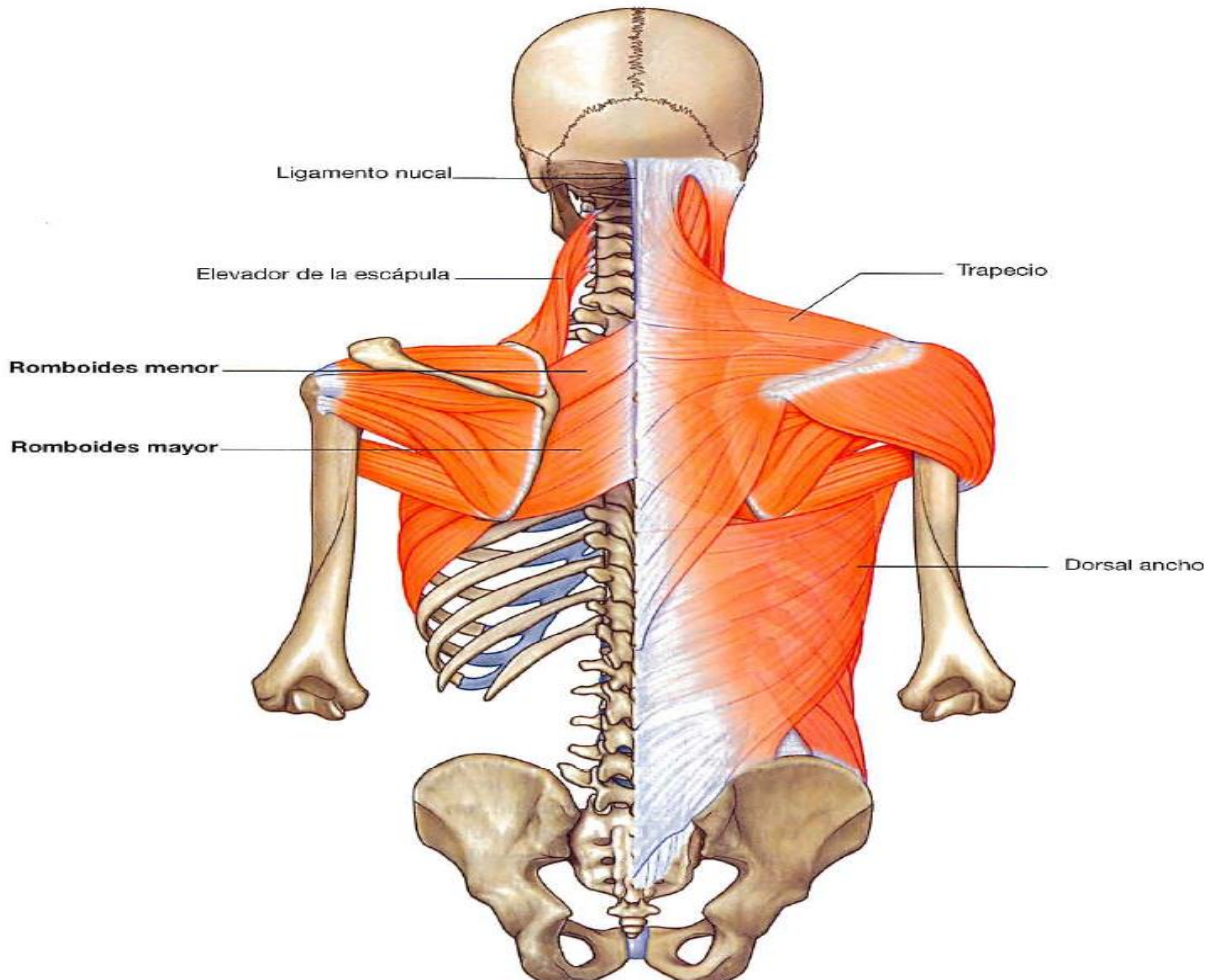
Músculo y palpación	Inserción proximal	Inserción distal	Función
Esternocleidomastoideo Su palpación se realiza al solicitar rotar la cabeza y levantar la cabeza desde la camilla.	Cabeza esternal: cara anterior del manubrio Cabeza claviclar: cara superior del 1/3 medial de la clavícula.	Cara lateral de la apófisis mastoides, mitad lateral de la línea nuchal superior del occipital.	Bilateralmente: flexiona la cabeza, eleva el tórax Unilateral: gira la cara hacia el lado opuesto.
Escaleno anterior Su palpación se realiza por detrás de la 1° costilla.	Tubérculos anteriores de las apófisis transversas de C3-C6.	Tubérculo del escaleno anterior de la primera costilla.	Eleva la primera costilla, inclina el cuello.
Escaleno medio Su palpación puede realizarse palpando transversas desde C3, a la altura del ángulo mandibular.	Tubérculos posteriores de las apófisis transversas de C2-C7.	Cara superior de la primera costilla.	Eleva la primera costilla, inclina el cuello.
Escaleno posterior	Tubérculos posteriores de las apófisis transversas de C4-C6.	Cara externa de la segunda costilla.	Eleva la segunda costilla, inclina el cuello.

2.2.2 Tronco

Entre los músculos del tronco podemos diferenciar los siguientes:

- Los que movilizan la columna vertebral (en su mayoría corresponden a músculos antigravitatorios posteriores).
- Los músculos del tórax anterior: que movilizan las costillas, cabeza y extremidad superior.
- Músculos de la pared abdominal, que ayudan a mover la columna vertebral y, constituyen la “cintura natural” de la pared abdominal. (Marieb, E., 2008)

Figura 5
Plano superficial y medio de dorso del tronco



Nota. Adaptado de Gray, Anatomía para estudiantes, por Gray, R., Drake, R., Wayne, V., y Mitchell, A., 2010.

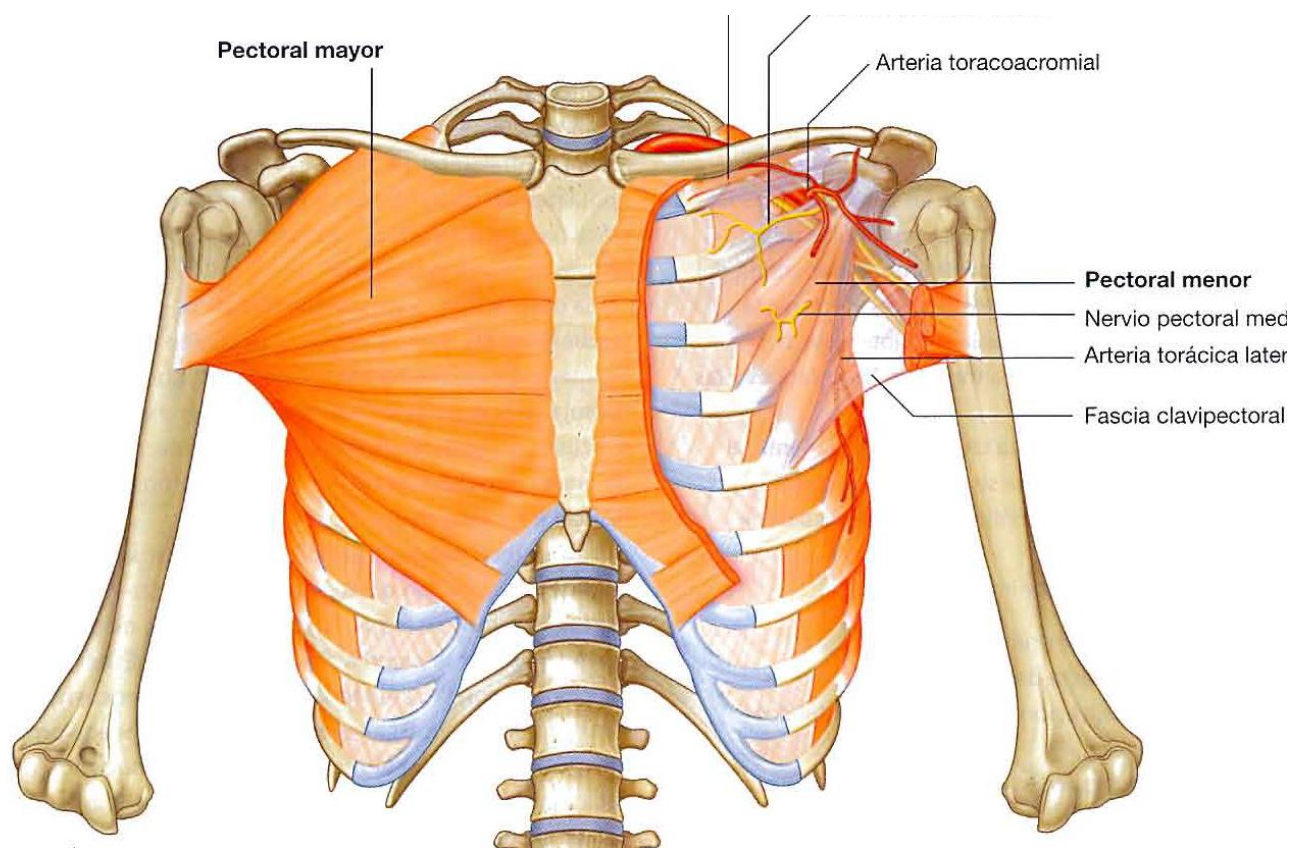
Tabla 6

Inserciones y función de la musculatura de tronco

Músculo y palpación	Inserción proximal	Inserción distal	Función
Trapezio Lo podemos palpar fácilmente en su porción superior, desde la zona occipital hasta su inserción, por la zona superior de ambos hombros.	Línea nual superior, protuberancia occipital externa, ligamento nual, apófisis espinosas de C7-T12.	Tercio lateral de la clavícula, acromion, espina de la escapula.	Eleva, retrae y rota la escápula, las fibras inferiores descienden la escápula.
Elevador de la escápula Podemos palpar parte de su inserción proximal a nivel de la transversa de C3, altura de ángulo mandibular y deslizando hacia arriba y abajo hasta C1 y C4. Al realizar el movimiento de elevación podemos palparlo en el ángulo de la espina escapula.	Tubérculos posteriores de las apófisis transversas de C1-C4.	Borde medial de la escapula desde el ángulo superior hasta la espina.	Eleva la escápula medialmente, rota inferiormente la cavidad glenoidea.
Romboides mayor Se puede palpar directamente en sus inserciones. T3 se encuentra en frente del borde medial de la espina escapular, por lo tanto, T2 se encuentra sobre ella. Desde ahí se puede hacer el recorrido hasta T5.	Apófisis espinosas de las vértebras T2-T5.	Borde medial de la escápula por debajo de la base de la espina de la escápula.	Fija la escápula a la pared torácica y la retrae y rota, descendiendo la cavidad glenoidea.
Romboides menor Se encuentra sostenido sobre su hermano mayor (romboides mayor). Sus inserciones se pueden identificar palpando las estructuras mencionadas.	Ligamento nual, Apófisis espinosas de las vértebras C7-T1.	Borde medial de la escápula a nivel de la espina de la escapula.	Fija la escápula a la pared torácica y la retrae y rota, descendiendo la cavidad glenoidea.

Dorsal ancho	Apófisis espinosas de T7-L5, fascia toracolumbar, cresta ilíaca y tres últimas costillas.	Surco intertubercular del húmero.	Extiende, aduce y rota medialmente el húmero.
---------------------	---	-----------------------------------	---

Figura 6
Musculatura de tórax



Nota. Adaptado de Gray, Anatomía para estudiantes, por Gray, R., Drake, R., Wayne, V., y Mitchell, A., 2010.

Tabla 7*Inserciones y función de musculatura del tórax*

Músculo y palpación	Inserción proximal	Inserción distal	Función
Pectoral mayor Podemos palparlo en todo su recorrido esternal y clavicular. Además del borde axilar anterior.	Mitad esternal de la clavícula, esternón hasta la séptima costilla, cartílagos costales de las costillas verdaderas, aponeurosis del músculo oblicuo externo.	Labio lateral del surco intertubercular del húmero.	Flexiona, aduce y rota medialmente el brazo.
Pectoral menor Sólo es posible palparlo en su inserción en coracoides en un plano profundo. En general es doloroso.	Cara externa del borde superior de las costillas 3-5.	Apófisis coracoides de la escápula.	Desciende el ángulo lateral de la escápula y la lleva hacia adelante.

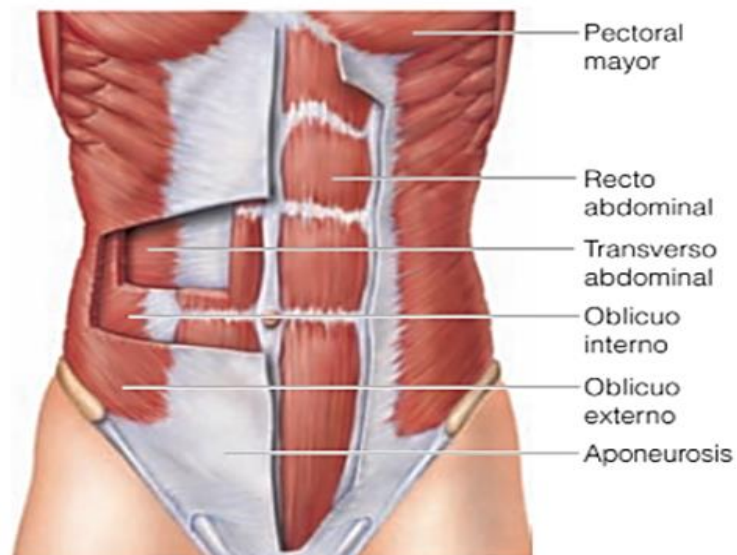
Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, F. H, 2018.

3. Abdomen y pelvis

3.1 Miología y topografía de Abdomen

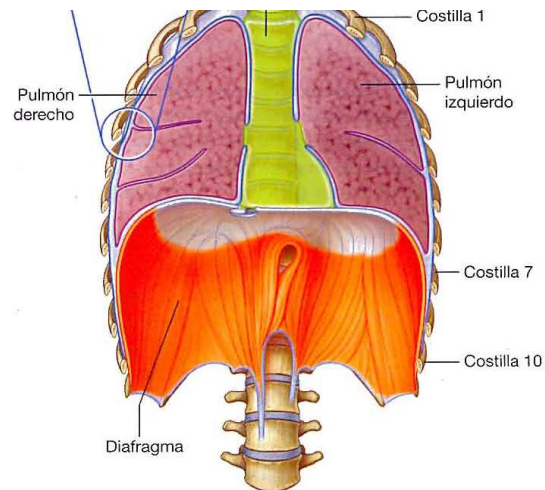
Figura 7

Musculatura superficial, media y profunda de abdomen



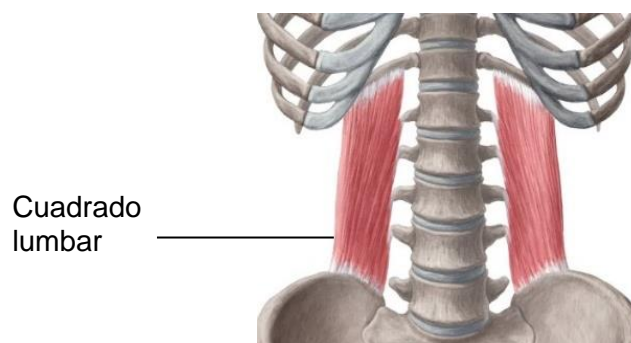
Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, F. H, 2018.

Figura 8
Musculo diafragma



Nota. Adaptado de Gray, Anatomía para estudiantes, por Gray, R., Drake, R., Wayne, V., y Mitchell, A., 2010.

Figura 9
Músculo cuadrado lumbar



Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, F. H., 2018.

Tabla 8*Inserciones y función de la musculatura de abdomen*

Músculo y palpación	Inserción proximal	Inserción distal	Función
Diafragma Solo podemos palpar parte de él profundamente en el reborde costal.	apófisis xifoides, seis cartílagos costales inferiores, vertebras L1-T3.	Converge en el centro tendinoso.	Tracciona el centro tendinoso hacia abajo y hacia adelante durante la inspiración.
Recto del abdomen Palpable en ambas inserciones, al realizar una contracción isométrica en flexión de tronco.	sínfisis del pubis, cresta del pubis.	Apófisis xifoides, cartílagos costales 5-7.	Flexiona el tronco, comprime las vísceras abdominales.
Oblicuo externo Palpable en reborde de cresta iliaca y flancos laterales a la contracción isométrica.	Caras externas de las costillas 5-12.	Línea alba, tubérculo del pubis, mitad anterior de la cresta ilíaca.	Comprime y sostiene las vísceras abdominales, flexiona y rota el tronco.
Oblicuo interno	Fascia toracolumbar, 2/3 anteriores de la cresta ilíaca, mitad lateral del ligamento inguinal.	Bordes inferiores de las costillas 10-12, línea alba, pubis a través del tendón conjunto.	Comprime y sostiene las vísceras abdominales, flexiona y rota el tronco.
Transverso del abdomen	Caras internas de los cartílagos costales 7-12, fascia toracolumbar, cresta ilíaca, tercio lateral del ligamento inguinal.	Línea alba con aponeurosis del oblicuo interno del abdomen, cresta del pubis y pecten del pubis a través del tendón conjunto.	Comprime y sostiene las vísceras abdominales.
Cuadrado lumbar Palpable en decúbito lateral entre cresta iliaca y reborde costal. Palpación profunda por flanco lateral.	Mitad medial del borde inferior de la 12 costilla, vértices de las apófisis transversas lumbares.	Ligamento iliolumbar, labio interno de la cresta ilíaca.	Extiende y flexiona lateralmente la columna vertebral, fija la 12° costilla durante la inspiración.

Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, F. H, 2018.

3.2 Miología y topografía de la pelvis

La cintura pélvica es un anillo óseo, en forma de cuenco, que conecta la columna vertebral con ambos fémures en los muslos. Dentro de las funciones de la cintura pélvica se encuentran:

- Transferir el peso de la parte superior del cuerpo desde el esqueleto axial hasta los miembros inferiores durante la bipedestación y la marcha.
- Resistir la compresión y otras fuerzas producidas por el sostén del peso corporal.
- Albergar y proteger las vísceras pélvicas (incluyendo el útero gestante).

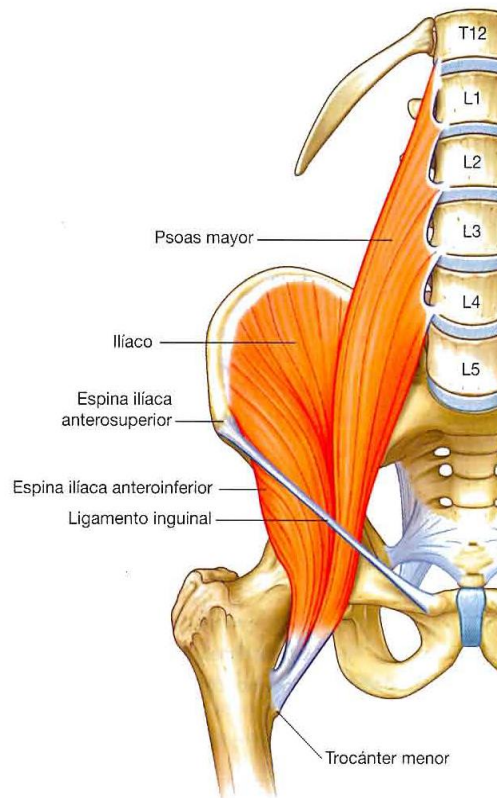
Está formado por los huesos coxales derecho e izquierdo. Estos huesos son la fusión de tres huesos: ilion, isquion y el pubis. Pertenece al esqueleto axial.

El sacro, también forma parte de la cintura pélvica y está formado por la fusión de cinco vértebras sacras, inicialmente separadas. Pertenece al esqueleto axial.

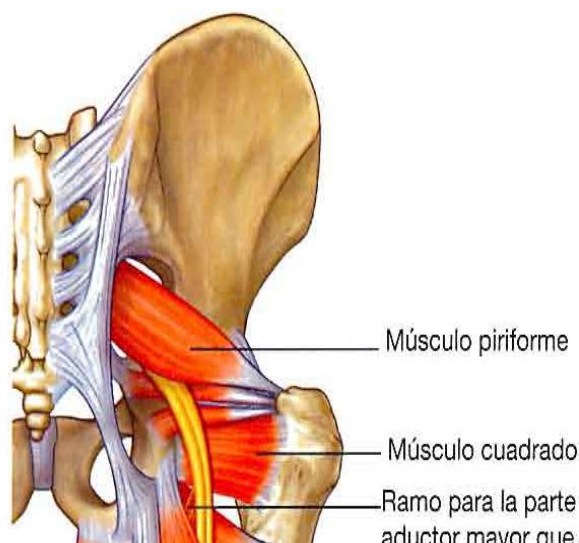
Y el cóccix que es un hueso irregular formado por la fusión de tres a cinco vértebras rudimentarias. Pertenece también al esqueleto axial (Moore, K., Dalley, A. & Agur, A., 2019).

Figura 10

Músculo psoas e iliaco



Nota. Adaptado de Gray, Anatomía para estudiantes, por Gray, R., Drake, R., Wayne, V., y Mitchell, A., 2010.

Figura 11*Musculatura posterior de la pelvis*

Nota. Adaptado de Gray, Anatomía para estudiantes, por Gray, R., Drake, R., Wayne, V., y Mitchell, A., 2010.

Tabla 9*Inserciones y función de la musculatura de la pelvis*

Músculo y palpación	Inserción proximal	Inserción distal	Función
Psoas Mayor Es más fácil palparlo en su inserción distal en un plano profundo. En general es doloroso.	Apófisis transversa de las vértebras lumbares, lados de los cuerpos vertebrales de T12-L5, discos intervertebrales correspondientes.	Trocánter menor del fémur.	Actuando superiormente con el iliaco, flexiona la cadera, actuando inferiormente flexiona lateralmente la columna vertebral, se usa para equilibrar el tronco en posición sentada, actuando inferiormente con el iliaco, flexiona el tronco.

Iliaco Sólo es posible palparlo en su inserción proximal en un plano profundo. En general es doloroso.	2/3 superiores de la fosa iliaca, ala del sacro, ligamentos sacroilíacos anteriores.	Trocánter menos del fémur y cuerpo del fémur inferior a este, con el tendón del psoas mayor.	Flexiona el muslo a nivel de la cadera y estabiliza la articulación de la cadera, actuando junto con el psoas mayor.
Pisiforme Es posible palparlo en un plano profundo y con el musculo glúteo mayor en total relajación.	Cara anterior de los segmentos sacros 2-4, ligamento sacrotuberoso.	Borde superior del trocánter mayor del fémur.	Rota lateralmente el muslo extendido, abduce el muslo flexionando a nivel de la cadera.

Nota. Adaptado de Atlas de anatomía humana, por Netter, F. H, 2018.

4. Tipos de técnicas palpatorias

La piel y en particular las manos cuentan con distintos tipos de receptores, aquellos que envían la información rápidamente como lo son los de tacto fino y presión y, los de adaptación más lenta, conocidos como mecanorreceptores y nociceptores (dolor), estos últimos evitan que la señal palpatoria se difumine con los dedos.

En anatomía palpatoria se busca adaptar y ajustar a la superficie las distintas zonas de la mano para percibir las señales que se obtienen de las palpaciones y realizar una correcta evaluación de lesiones, traumatismos, afectaciones musculares y del sistema linfático en nuestros pacientes.

Existen distintos tipos de palpación asociados a un estímulo de estiramiento que distiende los músculos rígidos, favoreciendo así la evaluación palpatoria.

4.1 Factores que inciden en la palpación

Detección

Para asegurar una correcta valoración del tejido a intervenir y las técnicas aplicadas en el paciente, el masoterapeuta debe desarrollar la capacidad de correlacionar su conocimiento anatómico con su sentido del tacto.

Lo primero es llevar un proceso de valoración unilateral por medio del tacto y la presión, para posteriormente comparar con el lado contralateral, teniendo confianza en lo que se palpa.

Luego se solicita retroalimentación al paciente, para que indique si las áreas palpadas producen dolor y a qué profundidad se presenta. Puede mencionar también otras sensaciones como adormecimiento, irradiación o alivio. Estas serán de utilidad cuando en su evaluación utilice técnicas específicas asociadas a lesiones musculoesqueléticas.

Reconocimiento de hallazgos

En este punto, la práctica de la palpación debe ser interpretada por la teoría anatómica.

Una vez consciente de las características de cada zona anatómica del paciente y reconocidas sus

dolencias, o patología asociada, el masoterapeuta procede a la etapa de identificación. Aquí, se deben relacionar los datos que apuntan a las señales palpatorias con los conocimientos posibles sobre situaciones, condiciones o patologías del sistema musculoesquelético. Así, se confirman los hallazgos y se elimina la información irrelevante para proceder a realizar el tratamiento adecuado mediante técnicas masoterapéuticas generales y específicas.

4.2 Tipos de técnicas

4.2.1 Palpación en Pinza

Se utiliza particularmente para palpar zona abdominal o un vientre muscular voluminoso. El pinzado del cuerpo del músculo ocurre entre el pulgar y los dedos restantes, haciendo rodar las fibras musculares hacia adelante y hacia atrás.

Figura 12

Palpación en pinza en músculo esternocleidomastoideo



Nota. Adaptado de Google

4.2.2 Palpación Plana o Superficial

Recomendable para abordar músculos superficiales, ya que solo se reciben señales de tejidos subcutáneos.

Se utiliza la punta de los dedos para desplazarlas sobre la piel del paciente por encima de las fibras musculares. El objetivo facilitar la movilidad el tejido subcutáneo para poder palpar

músculos superficiales, abordables por una sola cara.

Figura 13

Palpación superficial del abdomen. Puede desplazarse tejido subcutáneo para palpar musculatura abdominal o masas superficiales.



Nota. Adaptado de Semiología de abdomen: palpación, por Dr Rivas. (<https://www.ivanrivasmd.com/semiologia-de-abdomen-palpacion/>)

4.2.3 Palpación Profunda

Cuando hay tejidos intermedios que no permiten la recepción de señales internas, la presión profunda produce una depresión que posibilitará la percepción de órganos profundos. Cuando los tejidos intermedios no facilitan la palpación plana o en pinza, sólo produce sensibilidad en el músculo ante una dirección determinada.

Figura 14

Palpación profunda del músculo Psoas Iliaco



Nota. Adaptado de Tendinitis de psoas ilíaco y como tratarla, por Castillo, (<https://www.drjosefelix.com/ortopeda-especialista-en-cadera/tendinitis-de-psoas-iliaco/>)

Para poder realizar la palpación como tal, debemos considerar las estructuras aledañas a tratar, por lo que la exploración puede realizarse a través de dos tipos de palpación exploratoria:

4.2.4. Palpación Bimanual (Exploración manual)

Se utilizan ambas manos, una de ellas – la mano pasiva. Se ubica sobre la zona a evaluar y la otra – mano activa – aplica presión para diagnosticar mediante las protuberancias (o superficie irregular) de la mano pasiva.

4.2.5. Palpación Digital o Tacto (Exploración manual)

Este tipo de palpación es mediante 1 o 2 dedos y es indicada sobre todo para la exploración de cavidades, faringe, vagina o recto.

Para valorar la condición en que nuestros pacientes llegan a la consulta masoterapéutica, es necesario siempre evaluar mediante ficha clínica aquellos hallazgos de interés, que nos indicarán

cual es la estructura musculoesquelética afectada y cómo debemos proceder con nuestras técnicas para tratarla.

La palpación es una de varias estrategias generales de valoración clínica. La siguiente ficha clínica tipo nos muestra el orden en el cual deberíamos evaluar, considerando sólo aspectos globales, a nuestros pacientes.

En la medida que vayas profundizando en tu aprendizaje, integrarás estrategias más específicas y específicas de valoración musculoesquelética.

Pregunta de reflexión

¿Cómo abordaría usted, como masoterapeuta, el desafío de aplicar técnicas palpatorias en un paciente complejo con sensibilidad extrema en la espalda, asegurando al mismo tiempo un alivio efectivo del dolor sin causar molestias adicionales durante la sesión de masaje?



5. Ficha clínica básica

DATOS PERSONALES			
Nombre:			
RUT: 21416478-7			
Fecha de Nacimiento: 20-10-2003			
Género:			
Edad:			
Contacto:			
Ocupación:			
ANTECEDENTES DE SALUD			
Antecedentes Remotos: cirugías, enfermedades crónicas, lesiones traumatológicas antiguas, etc			
Antecedentes Próximos: Se refiere al motivo de consulta reciente, signos y síntomas actuales, cómo ocurrió y desde cuando es su dolencia			
VALORACIÓN			
Observación:			
Postura	Marcha	Posición antiálgica (evita el dolor)	Coloración
Palpación:			
Dolor	Temperatura	Edema	Tono muscular
Test Musculoesqueléticos Específicos: A adquirir en asignaturas más avanzadas.			
OBJETIVOS DE TRATAMIENTO			
TÉCNICAS MASOTERAPÉUTICAS			

Conclusión

Los músculos de la cabeza se dividen en dos importantes grupos. Entre los músculos de la expresión facial se encuentran algunos como el frontal, orbiculares de la boca y de los ojos y el cigomático. Por su parte, entre los músculos de la masticación, podemos encontrar el masetero y el temporal.

Los músculos del tronco y cuello movilizan la cabeza, la cintura escapular y el tronco movilizan la extremidad superior y los músculos del abdomen forman la cintura abdominal.

Entre los músculos anteriores del cuello y el tronco, encontramos el esternocleidomastoideo, el pectoral mayor, el recto abdominal, los oblicuos externo e interno y el transversal del abdomen.

Entre los músculos posteriores del cuello podemos observar el trapecio y dorsal ancho.

Entre los músculos que se encuentran en la zona de la pelvis encontramos al psoas mayor, iliaco y al psoas menor.

La gran mayoría de los músculos mencionados, son aquellos que, por medio de una buena observación, inspección o palpación podremos identificar a través de la piel. Esto permitirá ser profesionales capaces de saber exactamente sobre qué zona podremos ejercer distintas presiones o técnicas con la finalidad de otorgar un bienestar mayor al usuario y favorecer una rápida y efectiva recuperación.

Bibliografía

1. Gray, R., Drake, R., Wayne, V., y Mitchell, A. (2010). *Gray. Anatomía para estudiantes*. Elsevier.
2. Marieb, E. (2008). *Anatomía y Fisiología Humana*. Addison Wesley.
3. Moore, K., Dalley, A. & Agur, A., (2019). *Anatomía con orientación clínica*. Lippincott W & W.
4. Netter, F. H. (2018). *Atlas de anatomía humana*. Masson.
5. Rouvière, H. y Delmas, A. (2005). *Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional*. Elsevier.
6. Tixa, S. (2006). *Atlas de anatomía palpatoria*. Elsevier.



 **Iplacex**
enovus

4 INSTITUCION
ACREDITADA
NIVEL AVANZADO
AÑOS Hasta octubre 2025


Comisión Nacional
de Acreditación
CNA - Chile

GESTIÓN INSTITUCIONAL Y DOCENTE DE PREGRADO