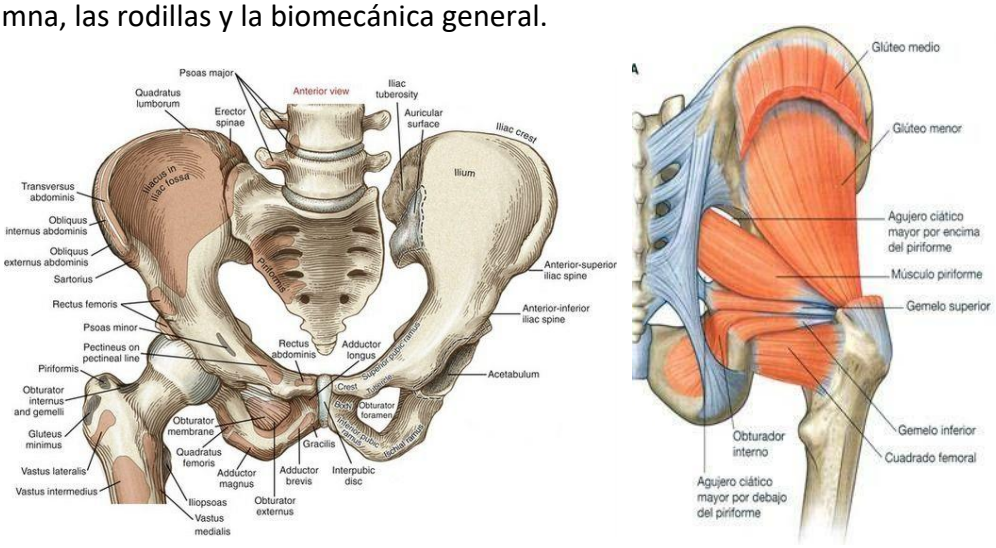
MODULO 7

COMPLEJO ARTICULAR CADERA

La cadera es una de las articulaciones más estables y fuertes del cuerpo. Su función principal es soportar el peso corporal en bipedestación y durante la marcha, permitiendo una combinación de estabilidad y movilidad.

A diferencia del hombro, la cadera sacrifica parte de su movilidad en favor de la estabilidad, gracias a una configuración anatómica profunda y al refuerzo de músculos, ligamentos y cápsulas articulares. Su correcta función es esencial para la salud de la columna, las rodillas y la biomecánica general.



Huesos involucrados

- **Fémur**: la cabeza femoral se articula con el acetábulo.
- **Pelvis**: formada por ilion, isquion y pubis, que conforman el acetábulo.

Articulación coxofemoral

- Tipo: **esferoidea (enartrosis)**
- Permite movimientos en los tres planos:
  - Flexión / extensión
  - Abducción / aducción
  - Rotación interna / externa
  - Circunducción

El contacto entre la cabeza femoral y el acetábulo está reforzado por un **labrum** fibrocartilaginoso que profundiza la cavidad y mejora la congruencia articular.

Ligamentos principales

- **Ligamento iliofemoral** (en forma de "Y"): limita la hiperextensión.
- **Ligamento pubofemoral**: restringe la abducción excesiva.
- **Ligamento isquiofemoral**: limita la rotación interna.
- **Ligamento de la cabeza femoral**: conecta la cabeza del fémur con el acetábulo; tiene función vascular y de estabilidad en la infancia.

Músculos relacionados

Flexores de cadera

- Psoas-ilíaco
- Recto anterior del cuádriceps
- Sartorio
- Tensor de la fascia lata

Extensores

- Glúteo mayor
- Isquiotibiales (especialmente semimembranoso y semitendinoso)

Abductores

- Glúteo medio y menor
- Tensor de la fascia lata

Aductores

- Aductor largo, corto y mayor
- Grácil
- Pectíneo

Rotadores externos

- Piriforme
- Obturadores
- Géminos

- Cuadrado femoral

Rotadores internos

- Glúteo menor (parte anterior)
- Tensor de la fascia lata

Lesiones y disfunciones frecuentes

1. **Bursitis trocantérica**
    - Inflamación de la bursa del trocánter mayor
    - Dolor lateral que aumenta al acostarse del lado afectado
    - Se recomienda descanso, hielo, y trabajo de glúteo medio
2. **Tendinopatías glúteas o del psoas**
    - Dolor al mover la cadera o subir escaleras
    - Frecuente en corredores o practicantes de yoga con hipermovilidad
3. **Síndrome del piriforme**
    - Compresión del nervio ciático por hipertonicidad del piriforme
    - Dolor irradiado a glúteo y pierna, confundido con ciática
4. **Inestabilidad de cadera / displasia leve**
    - Congénita o adquirida, genera sensación de "desarme" o chasquidos
    - Mejora con trabajo muscular estabilizador
5. **Artrosis de cadera**
    - Degeneración del cartílago articular
    - Dolor inguinal, rigidez matinal, limitación de la rotación interna
6. **Pinzamiento femoroacetabular (FAI)**
    - Choque entre el cuello femoral y el acetábulo
    - Dolor al flexionar y rotar la cadera

YOGA TERAPÉUTICO APLICADO A LA CADERA

El objetivo es restaurar la movilidad funcional sin generar tensión o inestabilidad, mejorando el soporte pélvico y la distribución de fuerzas hacia columna y miembros inferiores.

Principios

- Priorizar **estabilidad antes que apertura**
- Integrar cadera con pelvis y columna lumbar
- Trabajar la disociación de movimiento entre pelvis y fémur
- Evitar forzar rotaciones o abducciones excesivas

- Progresar desde la conciencia postural a la fuerza activa

FASE 1 – Dolor agudo, rigidez o post-quirúrgico

Objetivo: aliviar tensión, mantener movilidad suave, evitar carga directa.

Ejercicios sugeridos:

- **Apanasana suave (postura del viento)**: en decúbito supino, abrazar una pierna a la vez, sin tensión lumbar.
- **Supta Baddha Konasana**: acostado con soporte bajo rodillas para apertura pasiva de caderas.
- **Piernas en la pared (Viparita Karani)**: favorece drenaje y relajación pélvica.
- **Movilización articular suave en el suelo**: círculos lentos con una pierna extendida (trabajo femoral sin peso).
- **Respiración diafragmática y pélvica**: conciencia de tensión en la zona ilíaca y lumbar.

FASE 2 – Reeducación del movimiento y estabilidad

Objetivo: mejorar control motor, fuerza estabilizadora, movilidad sin compensaciones.

Ejercicios sugeridos:

- **Tadasana con activación de glúteos**: microflexión de rodillas, activar abductores y arcos del pie.
- **Setu Bandhasana (puente)** con pelota entre las rodillas: refuerza glúteos y control de aductores.
- **Ardha Apanasana con rotación controlada**: en el suelo, abrir lateralmente una rodilla, observando compensaciones.
- **Estiramiento del psoas (Anjaneyasana modificada)**: con soportes y activación del core para evitar colapso lumbar.
- **Marjaryasana–Bitilasana con foco en disociación lumbo-pélvica**: integrar movilidad desde el centro.

FASE 3 – Fortalecimiento funcional y reintegración

Objetivo: estabilizar, integrar la pelvis y las caderas con columna y miembros inferiores.

Ejercicios sugeridos:

- **Utkatasana con cinto entre muslos**: activa glúteos medios, previene valgo de rodillas.
- **Virabhadrasana II y Parsvakonasana adaptados**: foco en alineación de rodilla sobre tobillo y activación de cadena lateral.
- **Ardha Chandrasana (media luna)** en la pared: refuerza glúteo medio, control de pelvis en equilibrio.
- **Vrksasana (árbol)** con conciencia de la pierna de apoyo: mejora propiocepción y alineación de cadera.
- **Malasana adaptada con soporte**: trabaja apertura de caderas y control de aductores.

Posturas de estiramiento consciente (con precaución si hay hipermovilidad o artrosis)

- **Supta Eka Pada Kapotasana (paloma reclinada)**: estiramiento de piriforme.
- **Gomukhasana piernas (solo si no hay dolor en rodillas)**: apertura profunda de caderas externas.
- **Baddha Konasana activa**: con elongación axial y activación postural.
- **Janusirsasana con torsión leve**: estira isquiotibiales, aductores y zona lumbar.

? Claves terapéuticas

- Integrar el movimiento de las caderas con el core y la pelvis.
- Evitar colapsos en la zona lumbar al estirar flexores de cadera.
- Proteger rodillas: siempre observar que no haya torsión en flexión.
- No forzar la “apertura de caderas” si no hay estabilidad activa.
- Usar soportes (mantas, bloques, pared, silla) para facilitar la función sin compensaciones.

✕ Evitar:

- Posturas como Padmasana o Eka Pada Rajakapotasana si hay dolor
- Forzar rotaciones o abducciones sin control
- Posturas simétricas prolongadas si hay dismetría pélvica o dolor lateral
- Hiperextensiones de cadera sin conciencia lumbopélvica