



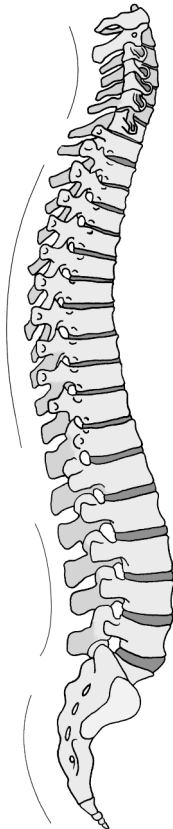
HIPERLORDOSIS LUMBAR

RECTIFICACIÓN DE LA CURVATURA LUMBAR

Por Álex Monasterio Uría
Practicante de yoga

Fisioterapeuta-osteópata director de los cursos formativos *Anatomía para el Yoga Terapéutico*.
Vicepresidente de la Asociación Española de Yoga Terapéutico. Autor del libro *Columna Sana*

Como todos sabemos, la columna vertebral vista de perfil se caracteriza por sus cuatro curvaturas: **lordosis cervical**, **cifosis dorsal**, **lordosis lumbar** y **cifosis sacrococcígea**. Estas curvaturas garantizan la absorción de las cargas descendentes que se producen al caminar, correr o saltar actuando en conjunto como un muelle que se comprime para luego expandirse. Las curvaturas de la columna son necesarias para evitar el impacto excesivo entre las vértebras al realizar las actividades cotidianas. No obstante, para el óptimo funcionamiento de la columna vertebral, esas curvaturas no deben estar ni acentuadas ni enderezadas. En el caso de la región lumbar, el exceso de curvatura se denomina *hiperlordosis* y el defecto *rectificación de la lordosis*.



las superficies superiores de los cuerpos vertebrales de L-1 y S-1). Así pues, hay un margen de unos 40° (entre los 20° y los 60°) en los que la columna lumbar se sitúa en los límites fisiológicos que facilitan su adecuado funcionamiento.

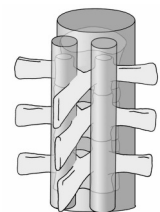
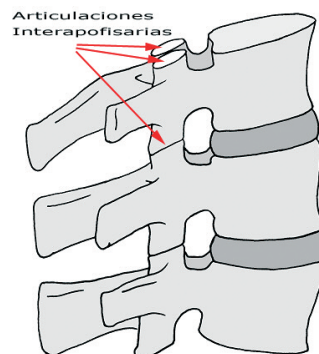
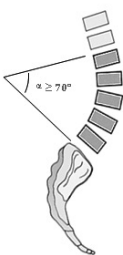
Bajo mi punto de vista, para hacerse una idea de si una curvatura está acentuada o corregida no es necesario medirla radiográficamente, salvo casos específicos. La práctica de la observación (experiencia) nos dará el criterio suficiente para saber la tendencia o forma lumbar.

¿QUÉ OCURRE SI AUMENTA O DISMINUYE LA CURVATURA LUMBAR?

La columna vertebral se comporta como un sistema tripodal en la transmisión del peso de las estructuras del tronco, cabeza y brazos de manera que tanto los *discos intervertebrales* como las *articulaciones interapofisarias* están preparadas para asumir un determinado nivel de presión.

¿CUÁL ES LA CURVATURA LUMBAR ÓPTIMA?

Aunque no hay una unificación de criterios entre autores, se considera hiperlordosis cuando la curvatura supera los 60-70° de angulación y rectificación cuando la curvatura es inferior a los 20° (ángulos medidos en radiografía entre



Imaginemos qué ocurre si la curvatura lumbar está acentuada, hiperlordótica, etc. Se incrementará la intensidad de las cargas en las articulaciones posteriores (*interapofisarias*) y, con ello, la compresión de los *cartilagos articulares* que tapizan las superficies de engranaje vertebral. El resultado es que esos cartílagos irán deteriorándose con el tiempo y dichas articulaciones desarrollarán un mayor desgaste y deformidad o grado de artrosis que el que de por sí experimentamos en el proceso del envejecimiento (consultar revista AEPY n.º 68). Además, se reducirá el diámetro del orificio de conjunción con lo que, si hay deformidades artrósicas a ese nivel, puede llegar a pinzar las raíces nerviosas que transitan por él.

Por el contrario, si la curvatura lumbar se rectifica, las cargas se transferirán a los discos incidiendo en su deshidratación y degeneración, fenómeno que les llevará a perder grosor e incluso a protruirse y herniarse (consultar revista AEPY n.º 71).

Tradicionalmente, la hiperlordosis lumbar parece ser una afección más relevante que la rectificación lumbar pero hay que considerar el elevado número de personas que tienen su curvatura lumbar rectificada. Además, la rectificación tiene un mayor alcance patológico que la hiperlordosis ya que no sólo afecta al disco, también a las articulaciones posteriores. La rectificación lumbar lleva implícita la compresión y reducción del grosor discal (las dos vértebras que comparten el disco se acercan) comprimiendo las articulaciones interapofisarias y fomentando su degeneración.

Las articulaciones interapofisarias son estructuras sensibles que «se quejan» (desencadenan dolor) cuando se comprimen demasiado. Podemos experimentarlo realizando una anteversión pélvica (arqueando las lumbares) y veremos cómo aparece dolor lumbar. Por el contrario, debido a que los discos están escasamente inervados, el dolor no aparece cuando incrementamos su presión (al hacer retroversión pélvica), a no ser que estén en fase avanzada de deterioro. Un estudio realizado por Boss N. y su equipo (*Clasificación de los cambios relacionados con la edad en los discos intervertebrales lumbares*: 2002, Premio Volvo en ciencia básica. Columna de 2002) reveló que los primeros signos inequívocos de dege-

neración en los discos lumbares son vistos en edades comprendidas entre los 11 y 16 años. Podemos considerar que las primeras fases de las discopatías son silenciosas pero no por ello menos importantes, al contrario.

ĀSANAS PARA LA HIPERLORDOSIS LUMBAR

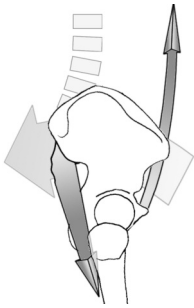
Tanto las hiperlordosis como las rectificaciones están directamente relacionadas con las anomalías posicionales de la pelvis. Así pues, las hiperlordosis irán siempre acompañadas de una anteversión pélvica.

En un proceso hiperlordótico encontraremos que los músculos flexores de la cadera (psoas-ilíaco, recto anterior del cuádriceps y tensor de la fascia lata) estarán acortados o contracturados generando un efecto de tracción anterior que desplazará la pelvis hacia adelante y arqueará la columna lumbar. A este fenómeno hay que añadir la hipertonía o el acortamiento de los músculos extensores lumbares (iliocostal, dorsal largo y paravertebrales) que generarán el mismo efecto sobre la pelvis y vértebras lumbares. Es necesario pues estirar estos grupos musculares para liberar la tensión que obliga a la pelvis y la columna lumbar a adoptar esta posición anómala. Generalmente, el acortamiento muscular que induce a la hiperlordosis está relacionado con el sedentarismo, con la arquitectura de las piernas (valgo) y, en menor medida, con alteraciones morfológicas congénitas o adquiridas.



Los ejercicios que nos ayudarán en este cometido son: *añjaneyāsana II* (estira el psoas-ilíaco y el recto anterior del cuádriceps), *virabhadrāsana I* (estira el psoas-ilíaco, el tensor de la fascia lata y el recto anterior del cuádriceps – este último se contrae y estira al mismo tiempo), *ekapāda-rajakapotāsana* (estira el psoas-ilíaco y ligeramente el tensor de la fascia lata), *bālāsana* y *uttānāsana* (estiran el iliocostal, dorsal largo y paravertebrales).

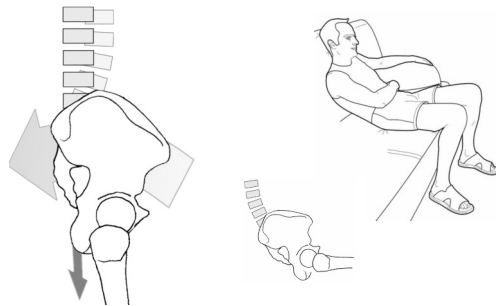
Además de liberar la pelvis y la columna lumbar, tendremos que tonificar la musculatura abdominal



y glútea para afianzar una posición más equilibrada de estas estructuras (en posturas como la plancha y en posición con cuatro puntos de apoyo -a gatas- subiendo, por ejemplo, la pierna derecha y el brazo izquierdo a la vez).

ĀSANAS PARA LA RECTIFICACIÓN LUMBAR

La rectificación lumbar es debida, en gran medida, al acortamiento de la musculatura isquiotibial y a la adaptación que hacen las vértebras lumbares (se vuelven rígidas en flexión) al sentarnos en retroversión (sentarnos sobre el sacro y no sobre los isquiones), uno de los principales caballos de batalla en la corrección de los hábitos posturales perjudiciales.



Para incrementar la curvatura de la columna lumbar es necesario estirar la musculatura isquiotibial con ejercicios como *adhomukhaśvānāsana*, *utthitatrikoṅāsana* y *uttānāsana*, y realizar ejercicios de flexibilización hacia la extensión como *suptabaddhakoṅāsana* con una manta enrollada debajo de la columna, *viparitakaraṇī* con una manta doblada debajo de la zona lumbar y piernas apoyadas en la pared, la esfinge, *ardha-śalabhāsana* (postura del medio saltamontes alternando con una pierna), *hasta-uttānāsana* (con un buen control abdominal) y preparación para la paloma con el tronco elevado. Es importante que sean progresivos, es decir, de menos a más intensos o agresivos, y que haya siempre un control o contracción abdominal para conseguir con ello el importante efecto de armonizar la forma de la curvatura lumbar (gracias al empuje que realizan las vísceras sobre la columna) y reducir las cargas sobre las articulaciones interapofisarias.

Tanto en el exceso como en el defecto de curvatura lumbar va a ser necesario revisar y mejorar la posición espacial y utilización de las estructuras que se encuentran por encima y por debajo de la región lumbar y pélvica. Recordemos que el cuerpo se comporta de forma global: todas las estructuras están relacionadas entre sí. En este sentido, es importante observar cómo realizamos la carga plantar: un apoyo en el antepié desplazará la pelvis hacia delante, incrementando la curvatura lumbar, y al revés si la carga se desplaza hacia el talón. Habrá que mejorar también la flexibilidad de la región torácica de la columna si ésta se encuentra rectificadas o exageradas, y también la posición de la cabeza si se encuentra desplazada hacia adelante.

Como hemos visto, la adecuada posición de la pelvis es crucial para que la forma de la curvatura lumbar sea la adecuada. También hemos visto cómo una afección que normalmente pasa desapercibida, la rectificación de la curvatura lumbar, incide negativamente en el estado de salud de nuestra columna lumbar. No hay que caer en el frecuente error de intentar enderezar la curvatura lumbar siempre que haya dolor lumbar. Sólo es aconsejable la práctica de la rectificación lumbar en casos de hiperlordosis y sin exagerar la posición, sin llegar al límite, para evitar perjudicar los discos. En el caso de rectificación de la curvatura lumbar, nunca deberá insistirse en la rectificación lumbar y habrá que mantener siempre un determinado nivel de curvatura lumbar en la práctica de los diferentes *āsanas*.

El conocimiento de la anatomía, fisiología y patología nos permite realizar una práctica más consciente, terapéutica y eficaz.

Para consultar anteriores artículos publicados por Álex Monasterio en la revista de la AEPY y obtener información sobre el curso de *Anatomía para el*

Yoga Terapéutico:

www.yoga-terapeutico.com

www.columna-sana.com

www.aepy.org