



AMFI

ASOCIACIÓN MEXICANA DE FISIOTERAPIA
MANUAL E INSTRUMENTAL



MANUAL Valoración muscular



Prólogo

Test de Thomas, test de Ober, test de Jobe, Yergason, Speed, en lo personal, nunca he entendido esas manías de ponerle el apellido de alguien a los tests, esto nos obliga como estudiantes y profesionales a estar al día sobre el ego del siguiente investigador o profesor que describirá el siguiente test, pues en cualquier momento le agregan un movimiento y le cambian de nuevo el apellido, o le agregan la palabra "modificado". Para solucionar esto se ha desarrollado ahora el apartado "AKA" ("Also known as" o "también conocido como" en español) con los que amablemente los libros nos indican los otros doscientos apellidos o descripciones del mismo test. Todos tienen la promesa de diagnosticar, de decirnos lo que el paciente tiene, nos generan la promesa de la "certeza" la cual por supuesto no existe, solo se necesitan los datos estadísticos para darse cuenta que las mediciones de las relaciones sobre la sensibilidad y la especificidad de los mismos no son muy alentadoras. Se nos olvida que el cuerpo no entiende de apellidos, se nos olvida que el cuerpo y las personas no tienen medidas idénticas, y se nos olvida que la anatomía no es una ciencia exacta.

todos los test musculares miden dos características biomecánicas del músculo.

1- su capacidad de elongación

2 - su capacidad de contracción

Ante la fatiga o la lesión en músculo vera afectadas ambas... Si.. ambas.. al mismo tiempo, además de esto, es importante recordar siempre que los test no ponen a prueba un músculo, ponen a prueba toda una cadena muscular, grande o pequeña. (Por supuesto pequeñas variaciones en el test pueden hacer más énfasis en incluso pequeñas fibras de un musculo), por tanto, los resultados de los mismos son tan generales y tan específicos como la habilidad del explorador, y tan útiles como la capacidad del mismo para la interpretación de los datos que obtiene del mismo.

No hay que olvidar tampoco que el cuerpo precisamente intentará evitar la evaluación del músculo afectado... Esa se llama compensación y obsesionados por "hacer el test como el libro" dejamos de observar la belleza de como el cuerpo graciosamente intenta engañarnos para simular que realiza lo que le pedimos. La valoración en fisioterapia a mi parecer consigue en aprender el lenguaje del movimiento y en "escuchar" con nuestras manos y ojos (si es que esto tiene sentido) no solo lo que el paciente puede hacer, pero principalmente lo que no puede hacer y por supuesto mi parte favorita y a mi parecer la más ignorada.. Lo que el cuerpo se empeña en evitar.

No sé ustedes pero Test de contracción del supraespinoso (y sus sinergistas), o "test de elongación de los flexores de cadera" son nombres que me parecen mucho más ilustrativos que un apellido. En este manual nos centramos más que en la especificidad, en la generalidad y la interpretación de los datos que se consideran importantes para la evaluación muscular para apoyar una practica segura y efectiva de la punción seca.

Roberto triay

CLASIFICACIÓN DE LAS FIBRAS MUSCULARES

Fibras tipo 1

En primer lugar, tenemos los tipos de fibras musculares oxidativas lentas, o también llamadas Tipo I. Estas presentan menor diámetro, y por tanto, menores niveles de fuerza.

Su color es rojo oscuro porque contienen grandes cantidades de mioglobina y capilares sanguíneos, además de numerosas mitocondrias que permiten obtener grandes cantidades de energía por vía aeróbica.

Su velocidad de contracción es lenta, pero ello, le proporciona una elevada resistencia a la fatiga, manteniendo así el ejercicio durante horas.

Sóleo: 13% de fibras tipo II / 87% de fibras tipo I

Aductor: 19% fibras tipo II / 81% de fibras tipo I

Tibial anterior: 27% de fibras tipo II / 73% fibras tipo I

Fibras tipo 2

En segundo lugar, los tipos de fibras musculares glucolíticas rápidas o Tipo IIx, tienen un mayor diámetro y número de miofibrillas, por lo que generan mayor fuerza.

Al contrario que las Tipo I, es bajo su contenido en mioglobina, capilares y mitocondrias, dotándolas de un color blanco, y siendo la glucolítica, su principal vía de obtención de energía. Su velocidad de contracción es muy elevada, propia de actividades anaeróbicas intensas.

Bíceps braquial: 57% fibras tipo II / 43% fibras tipo I

Vasto externo: 62% fibras tipo II / 38% fibras tipo I

Tríceps braquial: 68% fibras tipo II / 32% fibras tipo I

Recto femoral: 71% fibras tipo II / 29% fibras tipo I

Lamb, D.R.; Physiology of Exercise, 1984

TIPOS DE FIBRAS MUSCULARES

Características	Tipo I	Tipo IIA	Tipo IIB
Diámetro	Pequeño	Intermedio	Grande
Contenido de mioglobina	Alto	Intermedio	Bajo
Capilares	Muchos	Intermedio	Pocos
Sistema energético predominante	Aerobio	Aerobio/anaerobio	Anaerobio
Resistencia a la fatiga	Alta	Intermedia	Baja
Velocidad de contracción	Lenta	Rápida	Rápida
Potencia	+	++	+++
Resistencia	+++	++	+

Edgar H. Murcia M., MV

54% in supraspinatus, 41% in infraspinatus, 49% in teres minor, 38% in subscapularis, and 40% in teres major. Lovering, R. M., & Russ, D. W. (2008). Fiber type composition of cadaveric human rotator cuff muscles. *The Journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 38(11), 674-680. <https://doi.org/10.2519/jospt.2008.2878>

Staron RS, Hagerman FC, Hikida RS, et al. Fiber Type Composition of the Vastus Lateralis Muscle of Young Men and Women. *Journal of Histochemistry & Cytochemistry*. 2000;48(5):623-629. doi:10.1177/002215540004800506

CLASIFICACIÓN DE MÚSCULOS POR MORFOLOGIA

Fusiforme

En este tipo de músculos las fibras se encuentran alineadas paralelas a la línea imaginaria que va de su origen a su inserción, terminando en forma de tendón. La forma en que se encuentran distribuidas estas fibras vuelven a este tipo de músculos muy susceptibles al estiramiento, y su forma les permite un acortamiento longitudinal lo que es fundamental para generar fuerza de movimiento



Forma de abanico

En este tipo de músculos las fibras presentan una disposición que varía en dirección hacia la inserción, generando la figura de abanico. Esta disposición en sus fibras, en donde parten de orígenes diferentes y convergen en un único tendón en la parte distal de su inserción causa que su estiramiento y su fuerza están limitadas al ángulo de solicitud del movimiento, pues distintas fibras del músculo actuarán en distintas posiciones.

😞 Estiramiento
 ✅✅ Movimiento



Forma de penacho

En este tipo de músculos presenta fibras insertadas oblicuamente al tendón o tendones que lo constituyen, Estos músculos son probablemente los menos susceptibles al estiramiento por la disposición de sus fibras, pudiendo generar mucha fuerza pero poco desplazamiento

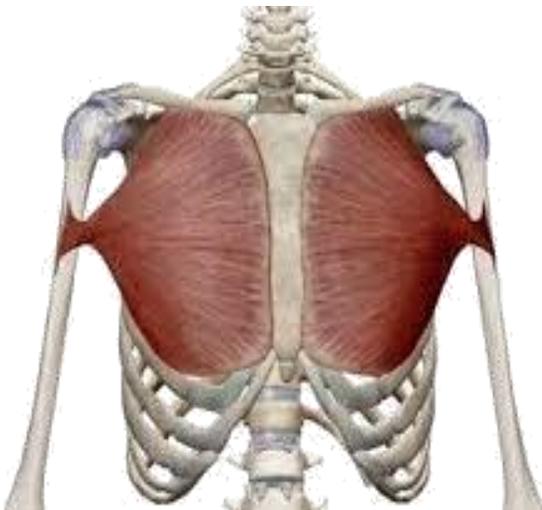
😞 Estiramiento
 ✅ Movimiento



CLASIFICACIÓN DE MÚSCULOS POR FUNCIÓN

Musculatura fásica.

Son los músculos con fibras mayoritariamente de tipo 2. Éstas fibras usan más la glucosa como energía, son más rápidas, pero fatigables. Son características de la musculatura superficial, cuyo objetivo es producir fuerza y movimiento. Su tono base es menor, pues no se requieren para el control postural, pero pueden participar en él, aunque esto puede significar la alteración de su metabolismo e incluso disfunciones posturales.

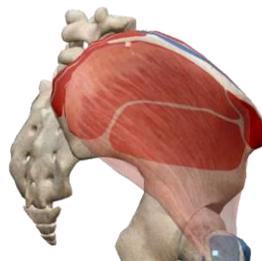


Musculatura postural y estabilizadora.

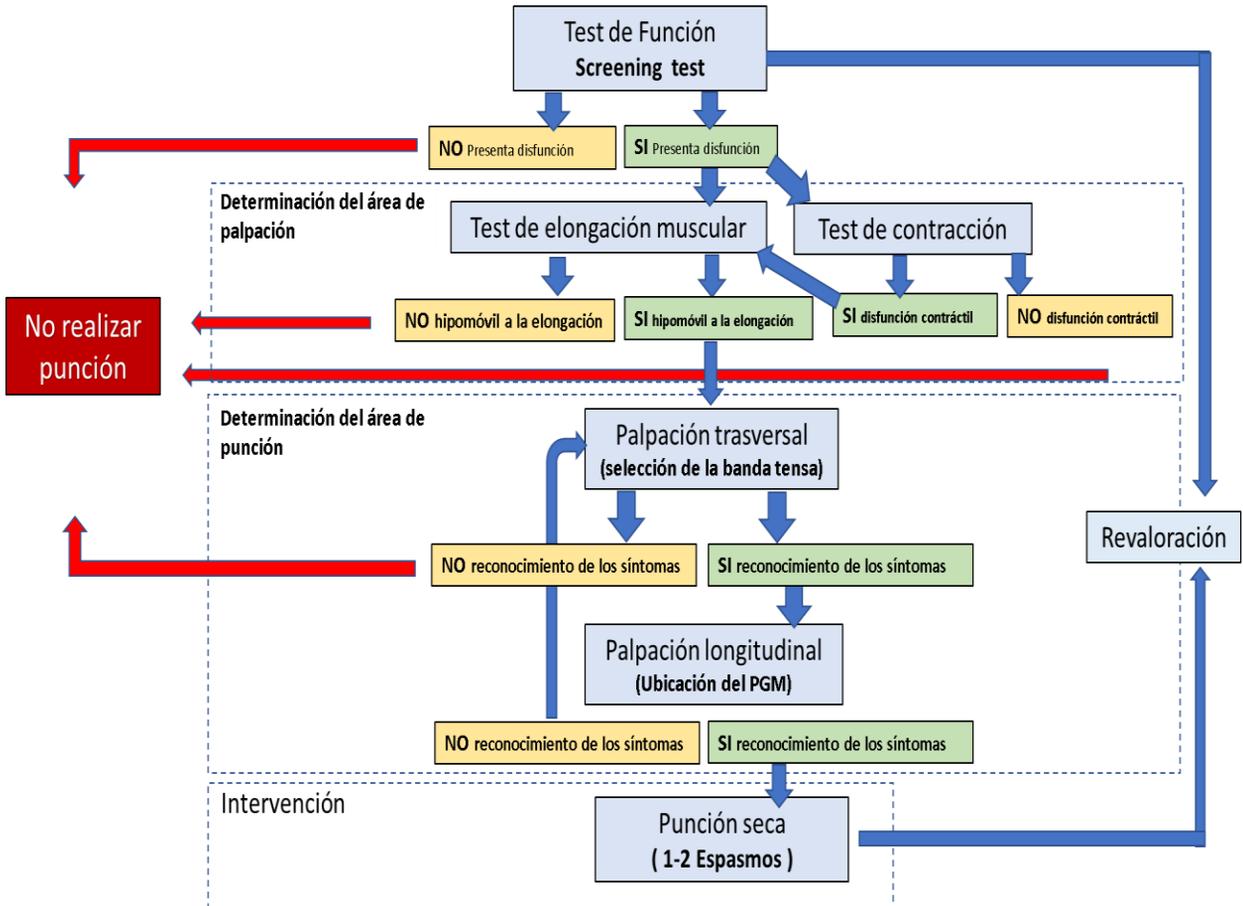
Mayoritariamente formada por fibras tipo 1, con mayor resistencia a la fatiga pero de construcción “lenta”²², con base en la evidencia encontrada en la literatura, podemos considerar a los músculos estabilizadores como músculos que pueden contribuir a la rigidez de las articulaciones por co-contracción y que muestran un inicio temprano de activación en respuesta a la perturbación por medio de un mecanismo de Feedback o feedforward, y otros fenómenos neuromusculares y biomecánicos.

La principal función de la musculatura estabilizadora es la de controlar la posición articular durante los movimientos del cuerpo.

La principal función de la musculatura postural es la de mantener la economía energética en el movimiento y el reposo.



GUÍA DE PROCEDIMIENTOS PARA LA APLICACIÓN DE PUNCIÓN SECA



Screening test Test de control

El screening test hace referencia al movimiento o actividad que el paciente realiza durante sus actividades de la vida diaria que genera o reproduce sus síntomas, tiene un carácter funcional general y no representa una valoración específica, pero si nos da una idea de la gravedad y localización de la lesión, así como del músculo o grupo muscular que participa de ella. Este movimiento o actividad deberá reproducir el dolor o el síntoma por el cual el paciente consulta cada vez que se realice y nos servirá de herramienta de medición para saber el progreso de nuestro paciente durante el tratamiento.

Si el paciente no recuerda o es incapaz de identificar un movimiento o actividad que genere los síntomas entonces el terapeuta deberá sugerir uno o varios hasta identificar uno. El screening test o test de control deberá repetirse después de cada intervención terapéutica para determinar cual de las maniobras ha afectado positivamente su desempeño.



Test de movimiento pasivo

Realizamos el movimiento seleccionado por el screening test o aquel que consideramos pertinente evaluar de acuerdo a la presentación clínica.

En este test aislamos un movimiento y lo reproducimos sin ayuda del control muscular del paciente, de tal manera que podamos determinar si es la fuerza que genera él para producir el movimiento lo que produce los síntomas o es la posición que ocupa la articulación o la musculatura antagonista la que los genera



Si



Hipomovilidad a la elongación
Hipomovilidad articular
Hiper movilidad articular

Reproduce los síntomas?
(Posibilidades)



NO



Disfunción contráctil
Hiper movilidad articular

Test de movimiento activo y resistido

Realizamos el movimiento seleccionado por el screening test o aquel que consideramos pertinente evaluar de acuerdo a la presentación clínica.

En este test aislamos un movimiento y pedimos que el paciente los reproduzca con ligeras adaptaciones en los ángulos de carga, pudiendo incluso agregar peso para poner a prueba la resistencia de la musculatura evaluada, con el objetivo de comparar las sensaciones percibidas con los test anteriores de movimiento pasivo

Reproduce los síntomas? (Posibilidades)

Si



Disfunción contráctil
Hiper movilidad articular

NO



Hipomovilidad a la elongación
Hipomovilidad articular
Hiper movilidad articular

**Valoración de la
Disfunción contráctil**
(Musculatura agonista)

Movimiento activo



Movimiento Pasivo



Movimiento resistido



Criterio: Dolor y/o disminución
de la fuerza al movimiento

Área de evaluación: Antes de la
primera parada

Test de contracción muscular

Valoración de la musculatura agonista

Procedimiento: Se le pide al paciente que realice una fuerza en contra de la resistencia que aporta la mano del fisioterapeuta. Este procedimiento se repetirá cambiando el la posición de inicio de la contracción hacia mas acortamiento o mas elongación, así como generando pequeñas rotaciones axiales en la musculatura a valorar con el objetivo de poner a prueba distintas fibras del mismo.

Aplicación de la resistencia: El antebrazo del fisioterapeuta se colocará perpendicularmente al segmento a valorar, para servir como punto de apoyo transfiriendo la fuerza generada por el peso del cuerpo del mismo hacia el segmento. Otros tipos de resistencia manuales pudieran ser utilizados de acuerdo a las características propias de cada paciente

Cantidad de fuerza para valorar: el terapeuta aplicara su peso sobre el segmento de manera gradual instruyendo al paciente de resistir el peso. Esto evitará movimientos descontrolados o muy fuertes del paciente que pudieran interferir en la valoración modificando la posición o generando dolor intenso de manera espontanea.

Hallazgos	Significado
Doloroso y fuerte	Pequeña lesión
Doloroso y débil	Lesión moderada o grave
Sin dolor y fuerte	Musculatura normal
Sin dolor y débil	Lesión completa del tendón o desorden neurológico

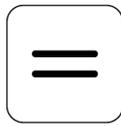


Positivo:
Aparición de dolor o falta de fuerza en alguna de las maniobras

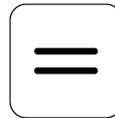
Negativo: no existe dolor y la fuerza esta conservada en todas las maniobras

**Valoración de la
Hipomovilidad a la elongación
(Musculatura antagonista)**

Movimiento
activo



Movimiento
Pasivo



Movimiento
resistido

Sensación terminal

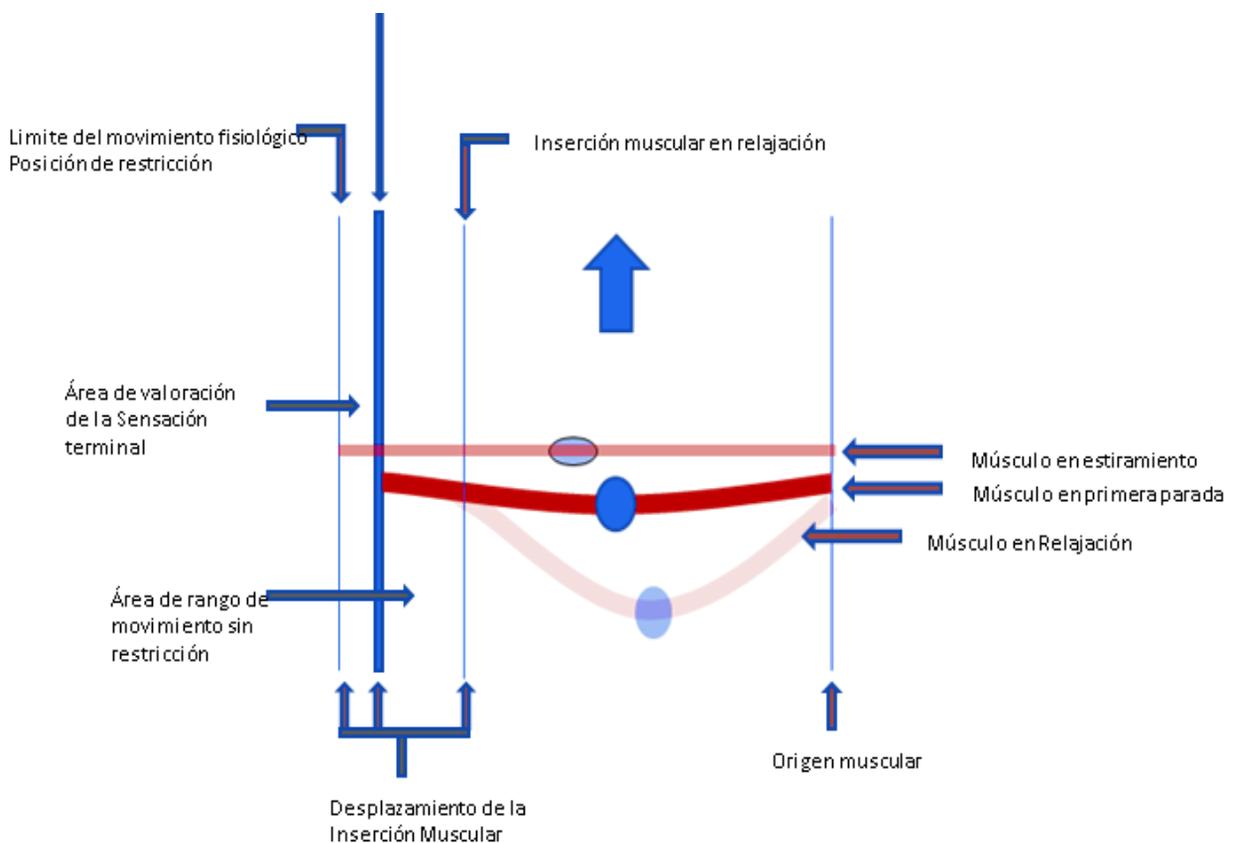
Muscular

Criterio: Rango de movimiento

Área de evaluación: Después de la primera parada

Primera Parada muscular

Posición en donde el musculo presenta un aumento súbito de la fuerza de resistencia a su estiramiento debido al alcance de su limite de elongación fisiológico normal o alterado.



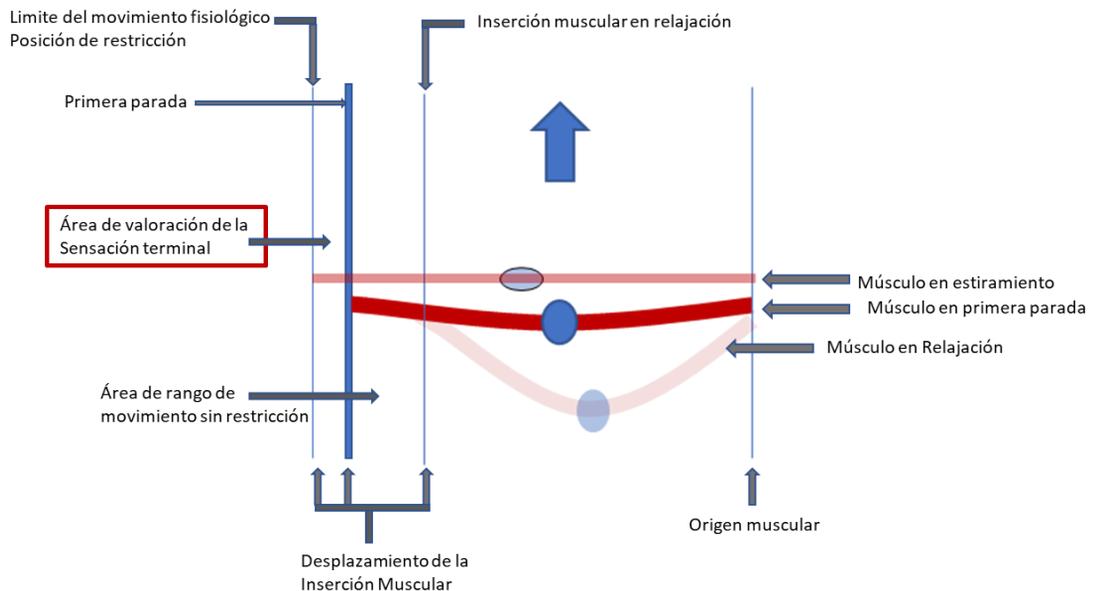
SENSACIÓN TERMINAL MUSCULAR

De características elásticas, permitiendo un rango amplio de movimiento después de la primera parada, y con percepción de rebote leve cuando se considera “normal”. Las alteraciones de esta sensación terminal pueden clasificarse en:

Reflejas: cuando la sensación terminal se encuentra mas corta y menos elástica de lo considerado normal, pero aun permite un sobre estiramiento, estas hipomovilidades están asociadas a los mecanismos de fallo muscular y disfunciones contráctiles y suelen mejorar tras el tratamiento muscular.

Estructuradas: De características poco elásticas, que no permiten o permiten muy poco rango de movimiento y muy similares a las sensaciones terminales articulares, la diferenciación se puede dar mediante test de tensión selectiva de tejidos, la aparición de estas restricciones esta asociado a cambios histológicos del tejido muscular y tendinoso, así como a inmovilizaciones articulares prolongadas.

Sensación terminal muscular	Elasticidad	Movimiento permitido tras la primera parada
Normal	Conservada	Amplio
Refleja	Disminuida	Leve a moderadamente disminuido
Estructurada	Muy disminuida	Muy disminuida



TEST DE ELONGACIÓN POR SENSACIÓN TERMINAL

Se utiliza para determinar la zona muscular que restringe el movimiento

Paso 1.- Realizar un movimiento rotatorio, uniforme en velocidad y fuerza en dirección de estiramiento para alejar el origen muscular de su inserción,

Nos detendremos justo en el momento en que la resistencia al estiramiento aumente exponencialmente

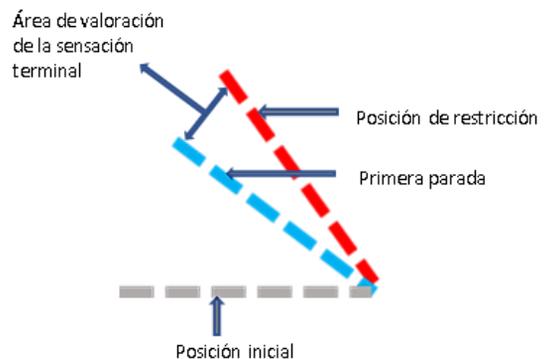
No debemos de aumentar la fuerza ni la velocidad durante la maniobra pues podríamos no detectar la primera parada y perderíamos entonces la referencia indispensable para la valoración de la sensación terminal.

Paso 2: Ubicado en la primera parada, se realiza una fuerza de sobre estiramiento para ir mas lejos de ella.

Esto nos ayuda a valorar las características del tejido que genera la disfunción. Este mecanismo lo repetimos varias veces para asegurarnos que hemos percibido las características de la restricción.

Positivo: La sensación tras la primera parada se percibe como un aumento de la tensión en el vientre del músculo con características de la sensación terminal muscular. Se considera esta fibra el origen de la disfunción

Negativo: La sensación tras la primera parada NO se percibe como un aumento de la tensión en el vientre del músculo sobre estirado y/o posee características distintas a la sensación terminal muscular



TEST DE ELONGACIÓN POR TENSIÓN SELECTIVA DE TEJIDOS

Se utiliza cuando los test de elongación no generan aumento de la tensión muscular, se generan compensaciones indeseadas, la maniobra de sobre estiramiento es percibida muy dolorosa, así como para diferenciar el origen de la restricción entre músculos diferentes que se podrían estar elongando en la misma dirección.



Paso 1: Colocar al paciente en posición de valoración de acuerdo con el músculo a tratar
Posición de inicio: Posición en la que se iniciará la evaluación de la musculatura



paso 2: Llegar hasta el inicio de los síntomas (**Posición de restricción**). Pedir al paciente que reconozca el dolor o la restricción presentada.



Paso 3: retroceder hasta un punto en donde no existan síntomas. Esto podría coincidir con la primera parada, pudiendo presentarse ligeramente antes o después de ella.

Paso 4: Aumentar la presión selectiva en las fibras que provocan Hipomovilidad



Positivo: si al presionar el se reproduce el dolor o se percibe una hiperergia a la palpación de una fibra esta se considera que origina o contribuye a la disfunción

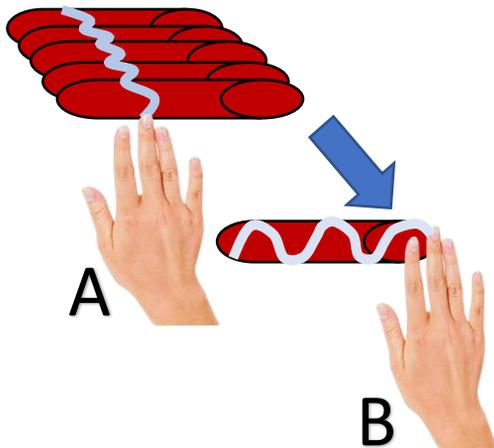
Negativo: La sensación NO se percibe como un aumento de la tensión en el vientre del músculo sobre estirado. No se considera esta fibra el origen o contribuye de la disfunción

Palpación de localización:

La palpación que se realiza con el objetivo de diferenciar estructuras y sentir sus características de tensión/tono/elasticidad, se realiza colocando uno o ambas manos en posición horizontal a las estructuras a explorar.



La fuerza de desplazamiento de las manos, se genera desde los brazos o desde el cuerpo realizando un cambio en nuestro centro de gravedad, mientras deslizamos las manos sobre las superficies a evaluar, la fuerza de desplazamiento de los dedos, no debe generarse mediante la presión de los dedos, pues un aumento de la tensión de la musculatura de la mano podría afectar la sensibilidad de la palpación.



Palpación transversal y longitudinal

La palpación muscular se realiza primeramente con una técnica transversal, ejecutándose con una maniobra perpendicular a la dirección de las fibras musculares exploradas, el objetivo de esto es reconocer mediante la palpación las diferentes cualidades de cada una de ellas. (fig. A), a continuación una vez elegida la fibra muscular, se continua con una palpación longitudinal, realizada paralelamente a la fibras pero permitiendo movimientos alrededor de a misma para evaluarla en su totalidad, esto con el objetivo de localizar las zonas mas sensibles o con otras características que ameriten tratamiento.

Palpación de provocación:

La palpación que se realiza con el objetivo de provocar los síntomas se realiza colocando la mayor cantidad de peso posible sobre la menor cantidad de superficie de los dedos, esta toma no se debe de realizar cuando el objetivo es reconocer las estructuras, un error común en los estudiantes y fisioterapeutas noveles, es utilizar esta sin haber realizado una exploración funcional y una palpación trasversal previa.



Una sobre utilización de este tipo de maniobras puede generar incomodidades en el terapeuta y/o lesiones articulares y musculare en el mismo.





Miembro superior

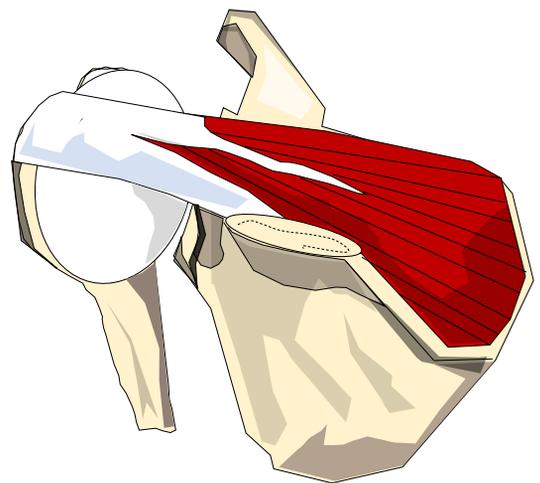


M. Supraespinoso.

musculus supraspinatus



Origen.	Fosa supraespinosa de la escápula.
Inserción.	Tubérculo mayor del húmero.
Función.	Articulación glenohumeral (del hombro): abducción del brazo, estabilización de la cabeza del húmero en la cavidad glenoidea de la escápula.
Inervación.	Nervio supraescapular (C5, C6).



M. Supraespinoso.

Test de elongación.

Por sus características, el musculo supraespinoso no es propenso a lograr un estiramiento efectivo, por lo que su evaluación con este método no es sugerida.

Test de contracción

Posición del paciente:

En sedestación con el brazo alineado a la dirección de la fosa supraespinosa, con un componente de flexión, aducción rotación externa,

Posición del terapeuta:

Posicionado externamente al brazo a evaluar, con una mano situada en el aspecto superior del hombro para evitar compensaciones del trapecio, mientras que con la otra ofrece una resistencia perpendicular a la dirección de la línea imaginaria entre la fosa supraespinosa y el brazo alienado a esta. **Acción: resistir la contracción en dirección a la resistencia ofrecida.**

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara lateral o posterior del hombro y/o brazo.

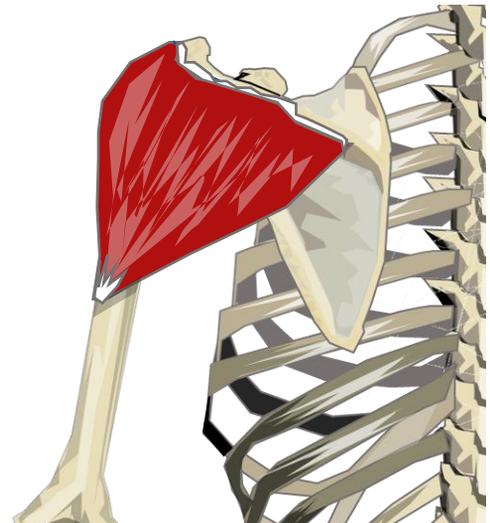


M. Deltoides.

musculus deltoideus



Origen	lateral de la clavícula (porción clavicular), acromion (porción acromial), espina de la escápula (porción espinal).
Inserción	Tuberosidad deltoidea del húmero
Función	<i>Porción clavicular:</i> flexión y rotación interna del brazo <i>Porción acromial:</i> Abducción del brazo por encima de 15 grados iniciales. <i>Porción espinal:</i> Extensión y rotación externa del brazo
Inervación	Nervio axilar (C5, C6)



M. Deltoides posterior

Test de Elongación.

Posición del paciente:

De pie o en sedestación con el brazo a 90° de flexión y aducción horizontal máxima, de tal manera que la mano del músculo a evaluar se sitúe exactamente sobre el hombro contralateral,

Posición del terapeuta:

De pie, situado contralateralmente al brazo a evaluar, y tomando al paciente desde el codo del brazo a evaluar. **Acción:** ejercer una sobrepresión desde el codo en dirección del hombro contrario para realizar la sobre elongación del deltoides posterior.

Test positivo: Sensación terminal muscular aumentada



Test de Contracción.

Posición del paciente:

De pie o en sedestación con el hombro a 40° de abducción.

Posición del terapeuta:

De pie, situado del lado del hombro a evaluar, ofreciendo con la palma de la mano una resistencia craneal-dorsal a la altura del tercio distal del humero, y con la mano opuesta sobre la cara superior del hombro, evitando la compensación del trapecio. **Acción:** evitar el movimiento del brazo en dirección a la resistencia ofrecida.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara lateral o posterior del hombro y/o brazo.

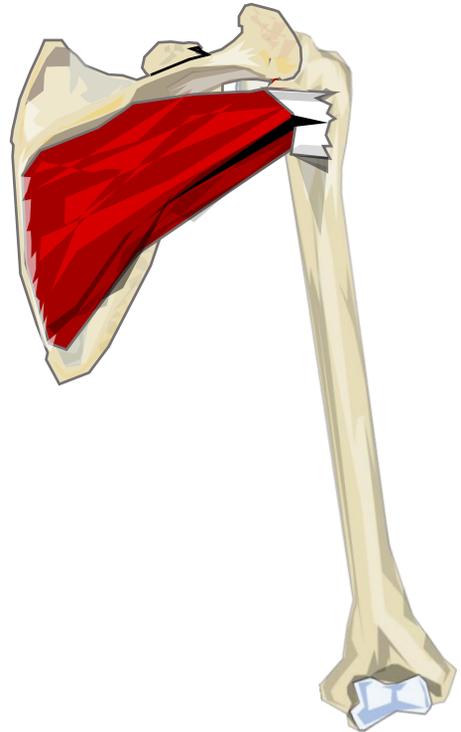


M. infraespinoso

musculus infraspinatus



Origen	Dos tercios mediales de la fosa infraespinosa
Inserción	Carilla articular media de la superficie posterior del tubérculo mayor del húmero
Función	Rotación externa del hombro.
Inervación	N. Supraescapular

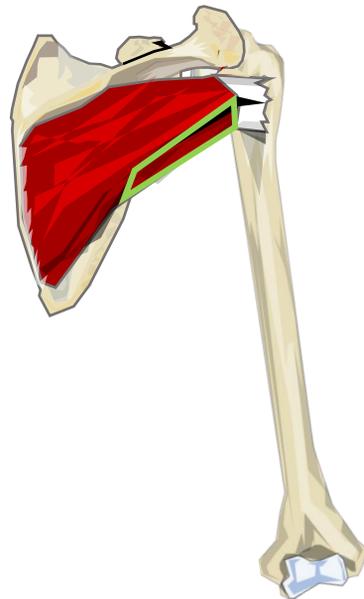


M. Redondo menor.

musculus teres minor



Origen	Borde lateral de la superficie posterior de la escápula.
Inserción	Carilla articular inferior de la superficie posterior del tubérculo mayor del húmero.
Función	Rotación lateral del brazo.
Inervación	N. Axilar.



M. Infraespinoso – M- Redondo menor

Test de elongación.

Posición del paciente:

En sedestación con el brazo abducción horizontal y con la mano a nivel de la parte anterior del hombro.

Posición del terapeuta:

De pie situado en la parte posterior del brazo a evaluar, tomando con una mano la muñeca o antebrazo del paciente para realizar una sobre presión en dirección del movimiento, mientras que la otra mano realiza una palpación de las inserciones del manguito de los rotadores y /o los vientres musculares del infraespinoso y redondo menor,

Test positivo: Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

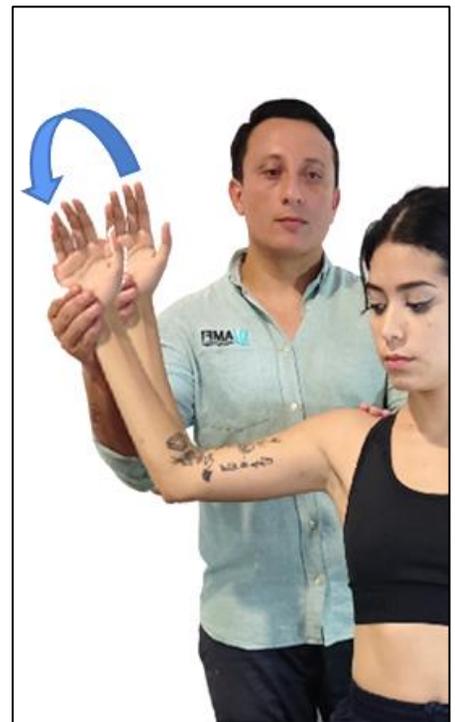
En sedestación con el brazo aducción horizontal y rotación externa.

Posición del terapeuta:

De pie situado en la parte posterior del brazo a evaluar, tomando con una mano la muñeca o antebrazo del paciente para realizar una sobre presión en dirección la rotación externa.

Acción: se solicita al paciente mantener la posición de rotación externa forzada

Test positivo: debilidad o incapacidad de mantener la posición y/o dolor en la cara lateral o posterior del hombro y/o brazo.



M. Redondo mayor.

musculus teres major



Origen	Superficie posterior del ángulo inferior de la escápula
Inserción	Labio medial del surco intertubercular del húmero
Función	Extensión y rotación medial del brazo
Inervación	Nervio subescapular medio



M. Infraespinoso – M- Redondo menor

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo en flexión de hombro, ligera abducción y rotación externa. Con el codo en flexión.

Posición del terapeuta:

De pie situado contralateral o homolateral al músculo a evaluar, con la mano craneal al paciente realiza una preposición del hombro en flexión hasta la primera parada. A continuación con la otra mano realiza una presión del vientre muscular del redondo mayor para valorar si el aumento de tensión en la primera parada proviene de este músculo.

Test positivo: Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

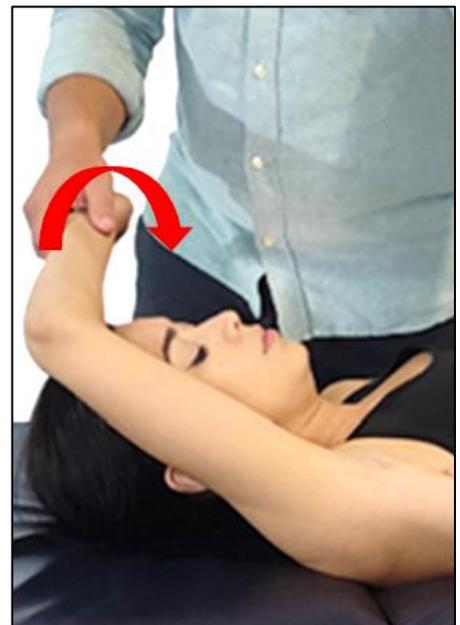
Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo en flexión de hombro, ligera abducción y rotación interna. Con el codo en flexión.

Posición del terapeuta:

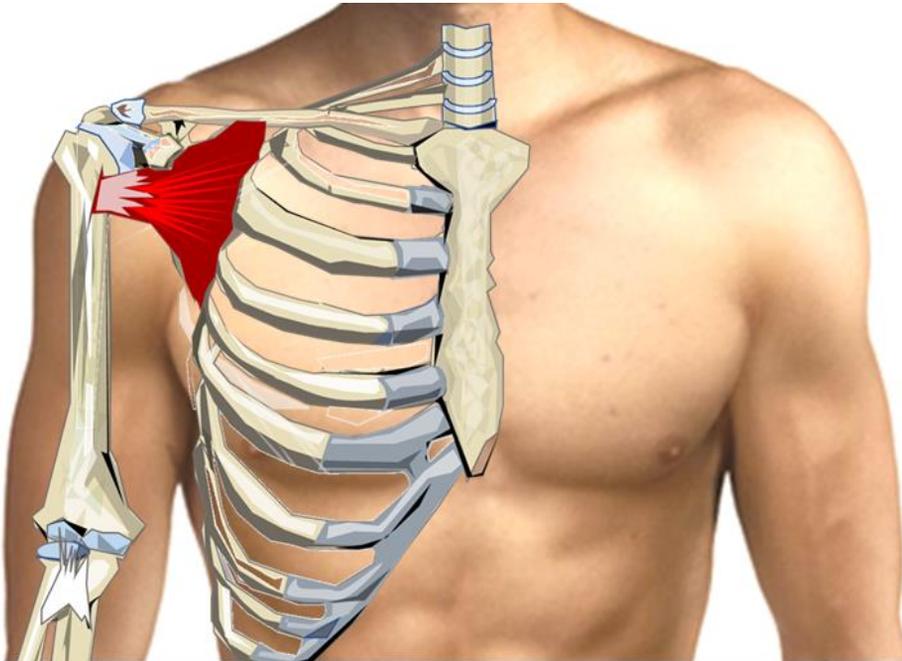
De pie situado en la parte posterior del brazo a evaluar, tomando con una mano la muñeca o antebrazo del paciente para ofrecer una resistencia a un esfuerzo de rotación interna del paciente:

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara lateral o posterior del hombro y/o brazo.



M. Subescapular.

musculus subscapularis



Origen	Fosa subescapular
Inserción	Tubérculo menor del húmero
Función	Rotar medialmente el húmero · Estabilizar el hombro · Aducción del brazo
Inervación	nervio subescapular superior, nervio subescapular inferior (C5 a T1)



M. Subescapular.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo en flexión de hombro, abducción escapular y rotación externa con el codo en flexión.

Posición del terapeuta:

De pie situado en la parte posterior del brazo a evaluar, tomando con una mano la muñeca o antebrazo del paciente para llevar el brazo en dirección craneal dorsal lateral, alejando el origen de la inserción del subescapular, deteniendo el movimiento en la primera palabra, y realizando a continuación una presión perpendicular a las fibras del subescapular.

Test positivo: Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

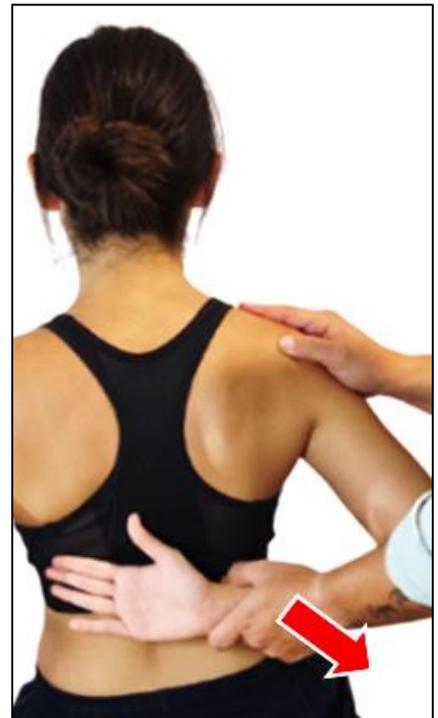
Posición del paciente:

En sedestación, con el brazo a evaluar en rotación interna, con el dorso de la mano apoyada en la columna lumbar.

Posición del terapeuta:

De pie situado en la parte posterior del brazo a evaluar, tomando con una mano la muñeca o antebrazo del paciente, separando la mano de la espalda del paciente generando una rotación interna forzada y pidiendo al paciente que mantenga la posición.

Test positivo: debilidad o incapacidad de mantener la posición y/o dolor en la cara lateral o posterior del hombro y/o brazo.

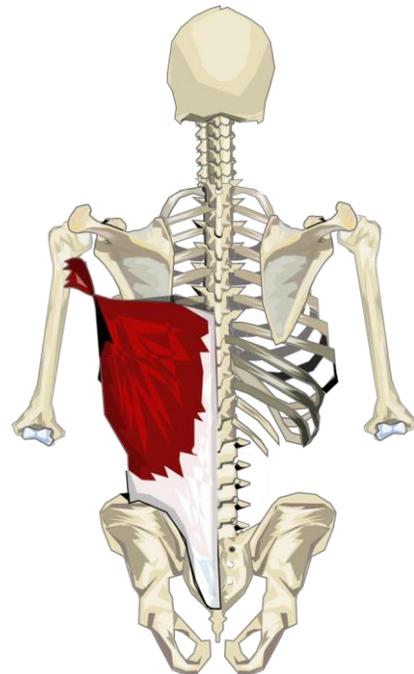


M. Dorsal ancho.

musculus latissimus dorsi



Origen	Apófisis espinosas de vértebras T7-T12, fascia toracolumbar, cresta ilíaca, costillas X-XII
Inserción	Cresta del tubérculo menor del húmero
Función	Escalador
Inervación	nervio toracodorsal (C6 - C8)



M. Dorsal ancho.

Test de elongación.

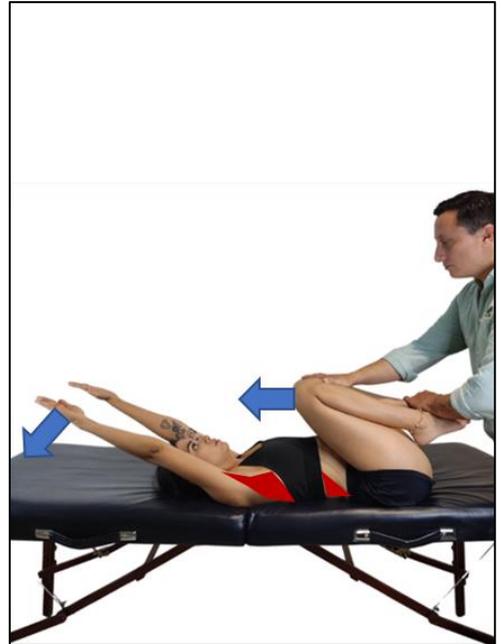
Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo (o los brazos) posicionados en flexión de hombro, en posición de la primera parada.

Posición del terapeuta:

De pie situado caudalmente al paciente, tomando de las rodillas y tobillos el paciente, llevándolos hacia la posición de flexión de cadera y de rodilla. **Acción:** realizar una sobre presión hacia la flexión de cadera para generar una flexión lumbar y aumentar la tensión de la fascia lumbar

Test positivo: aumento de la tensión de los brazos al realizar la flexión de cadera, sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

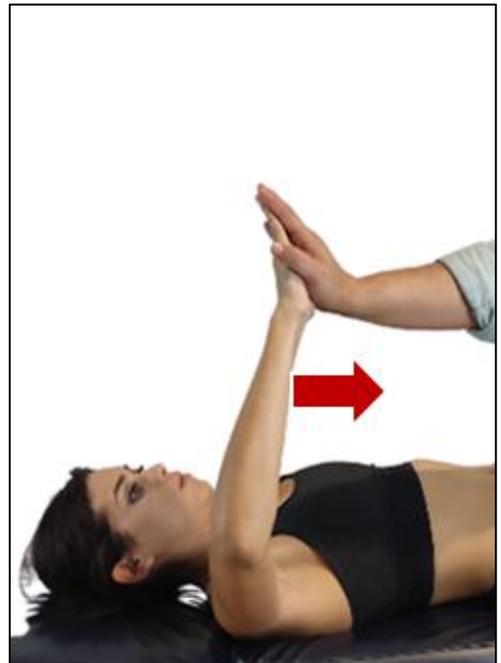
Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo en flexión de hombro, rotación interna y con el codo en flexión.

Posición del terapeuta:

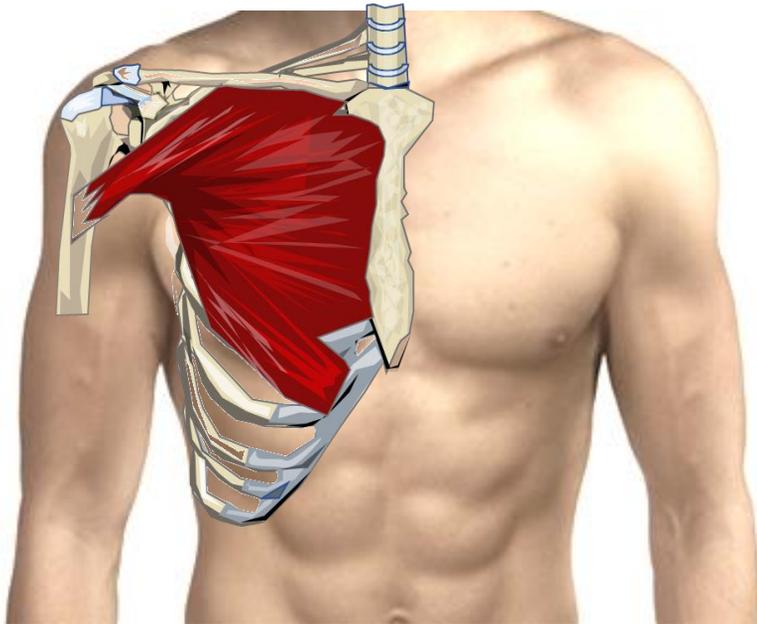
De pie situado en la parte inferior del brazo a evaluar, tomando con una mano la palma de la mano del paciente, e indicando que realice una fuerza como si quisiera “empujarse de nuestra mano”.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara lateral o posterior del hombro y/o brazo.

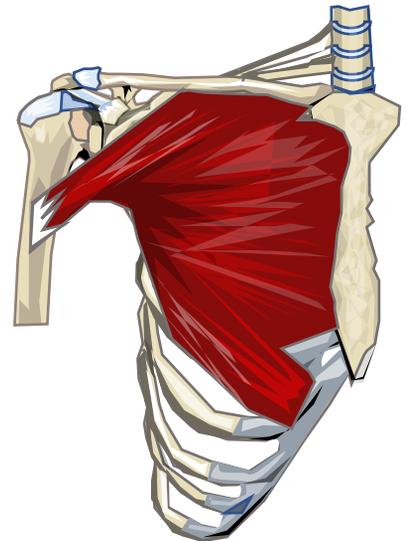


M. Pectoral mayor.

musculus pectoralis majo



Origen	Porción clavicular: cara anterior de la mitad medial de la clavícula Porción esternocostal: cara anterior del esternón, cartílagos costales 1-6 Porción abdominal: capa anterior de la vaina de los músculos rectos del abdomen
Inserción	Cresta del tubérculo mayor del húmero
Función	Articulación del hombro: aducción del brazo, rotación interna del brazo, flexión del brazo (cabeza clavicular), extensión del brazo (cabeza esternocostal) Articulación escapulotorácica: lleva la escápula anteriormente
Inervación	Nervios pectorales lateral y medial (C5-T1)



M. Pectoral mayor.

Test de elongación.

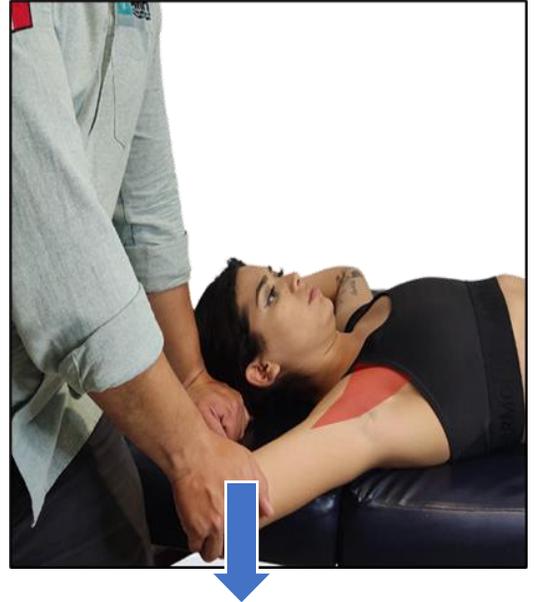
Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo abducción – abducción horizontal en la posición de restricción.

Posición del terapeuta:

De pie situado cranealmente al paciente, tomando con las manos el antebrazo y brazo del paciente, controlando la posición del segmento, el terapeuta realiza una sobre presión en dirección de la restricción para evaluar la sensación terminal, también pudiera aplicarse una presión trasversal en el vientre muscular del pectoral (tensión selectiva de tejidos)

Test positivo: Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo abducción – abducción horizontal

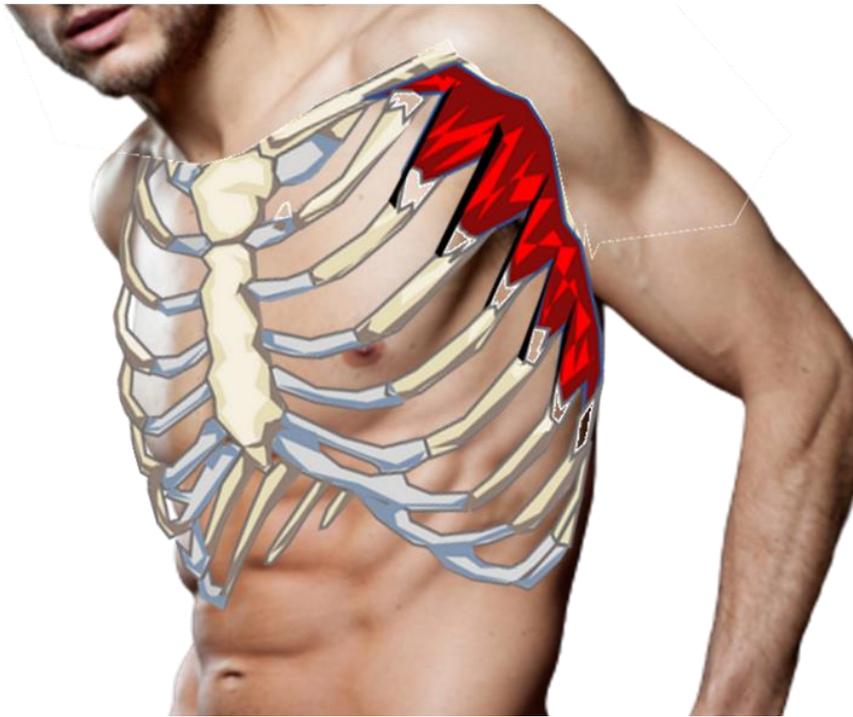
Posición del terapeuta: De pie situado cranealmente al paciente, tomando con las manos el antebrazo y brazo del paciente, controlando la posición del segmento, el terapeuta realiza una resistencia al impulso del paciente de realizar una aducción.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara anterior del hombro y/o brazo.

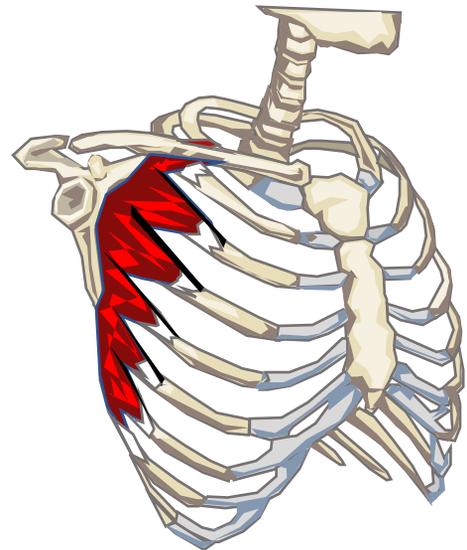


M. Serrato anterior.

musculus serratus anterior



Origen	Nueve costillas superiores.
Inserción	Borde medial de la escápula.
Función	Su principal función es la de estabilizar la escápula. Su tono basal garantiza la correcta aplicación de la escápula al tórax y evita que el borde medial de la escápula se separe en sentido posterior.
Inervación	N. Torácico largo



M. Serrato anterior.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino. Con el brazo en abducción, abducción horizontal y ligera rotación externa.

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, se realiza una presión en dirección dorsal y ligeramente craneal y lateral en la escápula.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

En decúbito supino. Con el brazo en flexión de $\pm 90^\circ$

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano realiza una fuerza de flexión de hombro con un componente lateral y dorsal a la que el paciente intenta resistir

Test positivo: debilidad y/o dolor en la zona del hombro, o zona infra axilar



M. Pectoral menor.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con el brazo abducción – abducción horizontal en la posición de restricción.

Posición del paciente

En decúbito supino, para realizar la evaluación estática y funcional.

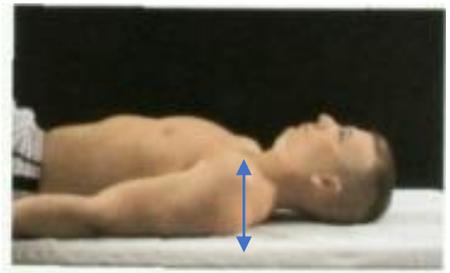
Posición del terapeuta:

De pie situado caudalmente y lateralmente al paciente.

Acción 1: el paciente primero evaluará la posición del hombro en supino, para determinar si existen condiciones de anteriorización que pudieran estar relacionadas con la musculatura que tiene inserción en la coracoides.

Acción 2: el terapeuta ejercerá una sobrepresión en dirección dorsal del humero para evaluar la sensación terminal y determinar si esta tiene componente muscular

Acción 3: el terapeuta llevará al acortamiento (slack) los otros tejidos que pudieran estar generando este acortamiento, (bíceps, coracobraquial) y volverá a evaluar la sensación terminal para determinar si hubieron cambios.

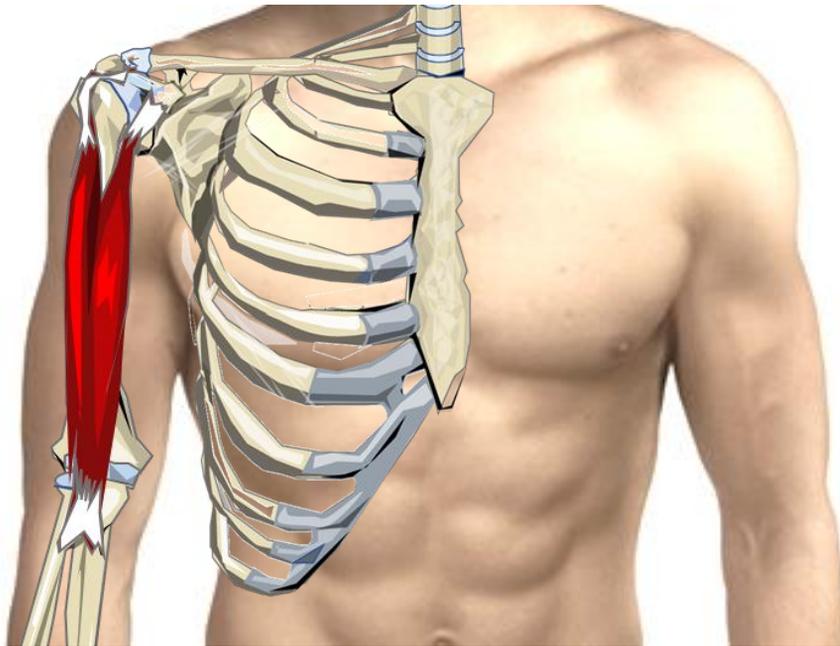


Test de contracción

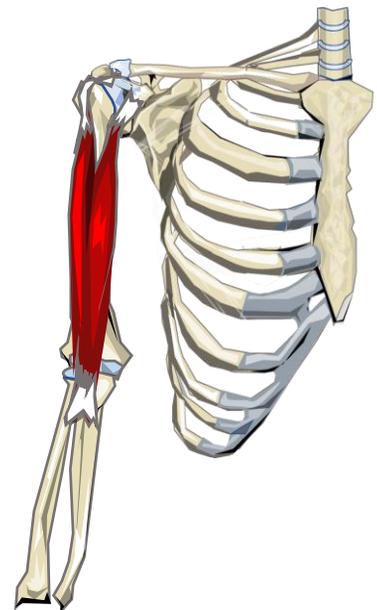
El test de contracción del pectoral menor se relaciona con la respiración y su ejecución e información se considera no pertinente para la localización de las disfunciones que pudieran ser tratadas con punción seca.

M. Bíceps braquial.

musculus biceps brachi



Origen	Cabeza corta: vértice del proceso coracoides de la escápula Cabeza larga: tubérculo supraglenoideo de la escápula
Inserción	Tuberosidad del radio Fascia profunda del antebrazo (inserción de la aponeurosis del músculo bíceps braquial o bicipital)
Función	Flexión y supinación del antebrazo en la articulación del codo, flexor débil del brazo en la articulación glenohumeral
Inervación	Nervio musculocutáneo (C5- C6)



M. Bíceps braquial.

Test de elongación*

Posición del paciente:

De pie o en sedestación.

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, le pide que el paciente realice una rotación interna de hombro, el componente de extensión y rotación interna generan una anteriorización y una sobre tensión del *tendón de la porción larga del bíceps,

Test positivo.

Dolor en la cara anterior del hombro.

Test de contracción

Posición del paciente:

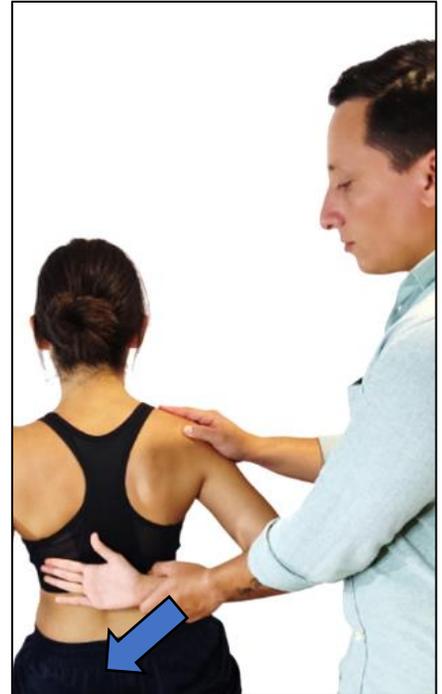
De pie o en sedestación con el brazo a menos de 90° y orientando el brazo en supinación de tal manera que la porción larga del bíceps este orientada con la dirección de la resistencia aplicada por el fisioterapeuta .

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano estabilizando el hombro para evitar compensaciones del trapecio superior y con la otra con la palma abierta ofreciendo resistencia a la flexión de hombro

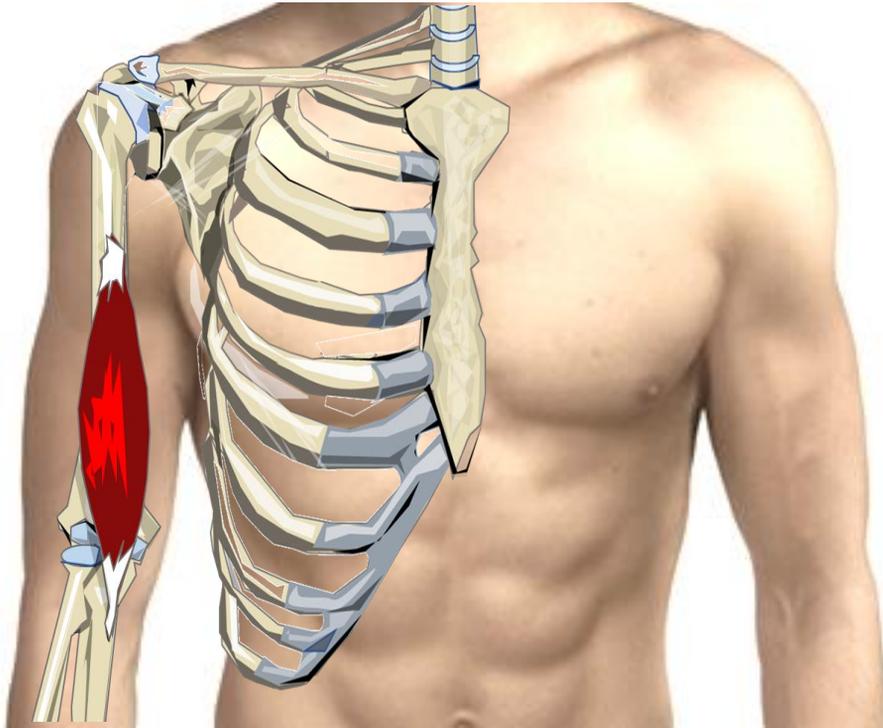
Test positivo: Para el tendón: dolor a nivel de la corredera bicipital.

Para el vientre muscular: sensación de fatiga, falta de fuerza o dolor muscular

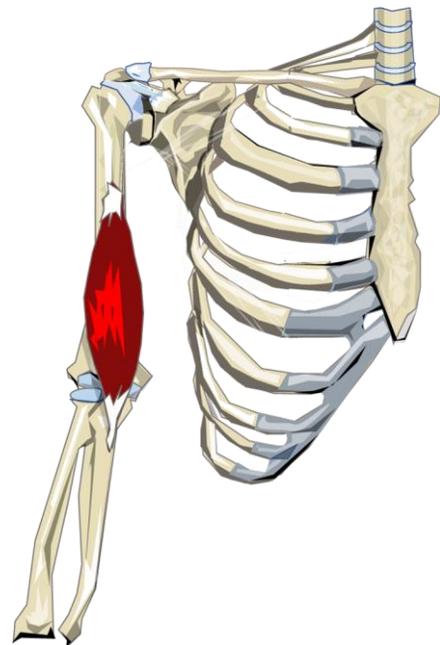


M. Braquial anterior..

musculus brachialis

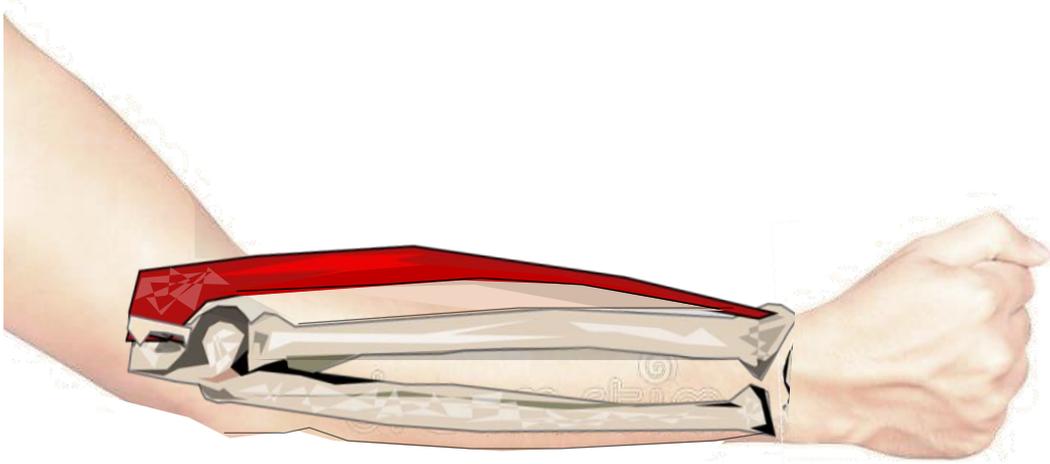


Origen	Mitad distal de la cara anterior del húmero y septos intermusculares
Inserción	Proceso coronoide y tuberosidad cubital
Función	Flexión del antebrazo en la articulación del codo
Inervación	N. musculocutáneo

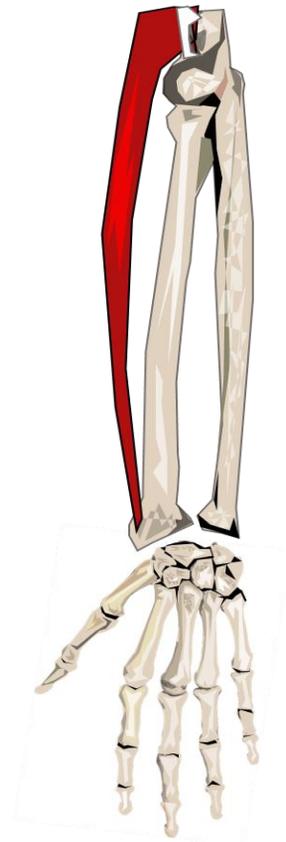


M. Braquiorradial..

musculus brachioradialis



Origen	Región supracondílea del humero
Inserción	Zona lateral del extremo distal del radio
Función	Flexión de codo
Inervación	nervio radial (C5,C6)



M. Flexores de codo.

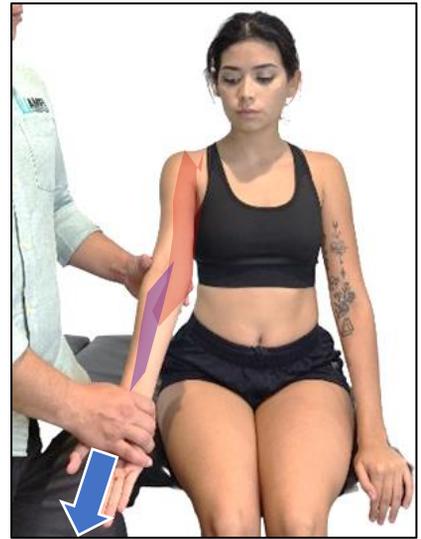
Test de elongación

Posición del paciente:

De pie o en sedestación o en decúbito supino y con el brazo en extensión activa máxima

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano fijando el codo para evitar movimientos y con la otra realizando una hiperextensión de codo, pasando la primera parada para evaluar la sensación terminal



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada

Test de contracción

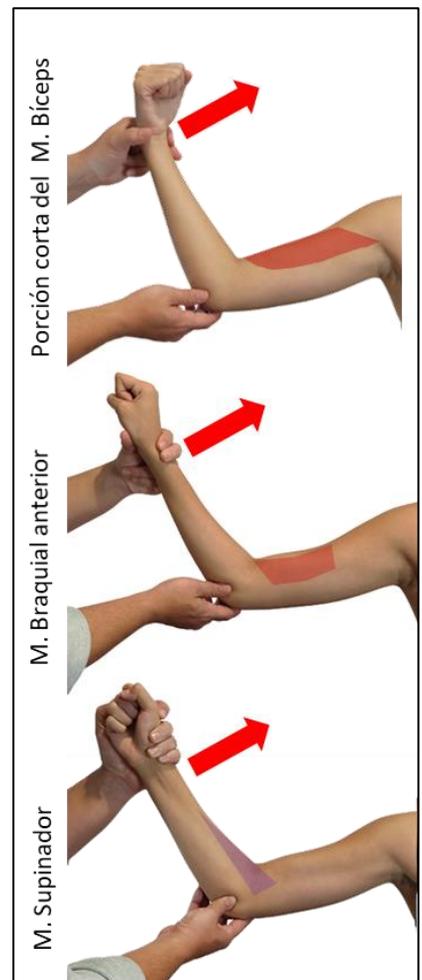
Posición del paciente:

Con el paciente en sedestación, con el brazo a explorar en una mesa o recostado en la camilla con el codo en extensión.

Posición del terapeuta

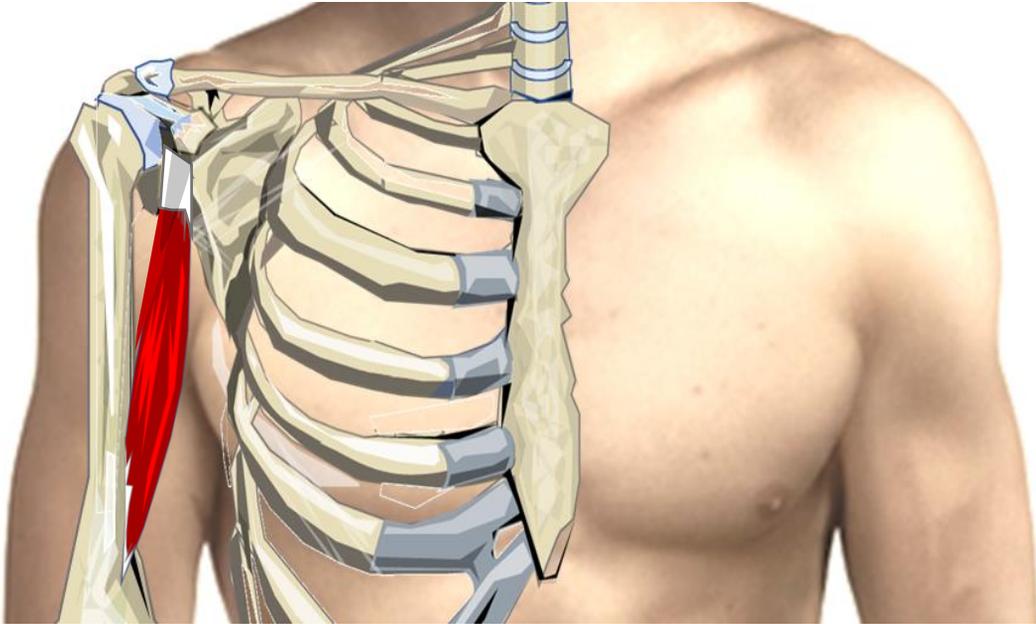
Con una mano se realiza una fijación del codo, con la otra mano, preposiciona la mano en dirección escogida para cada una de las evaluaciones, a continuación se aplica una resistencia a nivel del tercio distal del antebrazo en dirección de flexión.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara anterior del hombro y/o brazo.



M. Coracobraquial.

Musculus coracobrachialis.



Origen	Proceso coracoides de la escápula
Inserción	Cara anteromedial del húmero
Función	Flexión y aducción del brazo
Inervación	Nervio musculocutáneo (C5-C7)



M. Coracobraquial.

Test de elongación.

Posición del paciente:

De pie o en sedestación.

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano fijando el hombro para evitar movimientos compensatorios y con la otra realizando una hiperextensión de hombro, tomando al paciente desde el tercio distal del humero.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

De pie o en sedestación o en decúbito supino y con el codo y el hombro en flexión.

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano fijando el hombro para evitar movimientos compensatorios y con la otra realizando una resistencia a la flexión de hombro.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara medial del hombro y/o brazo.



M. Tríceps Braquial.

musculus triceps brachii



Origen	Cabeza larga - tubérculo infraglenoideo de la escápula Cabeza medial - cara posterior del húmero (bajo el surco para el nervio radial) Cabeza lateral - cara posterior del húmero (encima del surco para el nervio radial)
Inserción	lécranon de la ulna y fascia del antebrazo
Función	Articulación del codo: extensión del antebrazo Articulación del hombro: extensión y aducción del brazo (cabeza larga)
Inervación	Nervio radial (C6-C8)



M. Tríceps Braquial.

Test de elongación.

Posición del paciente:

De pie o en sedestación o decúbito supino. Con el hombro y codo en flexión máxima

Posición del terapeuta

De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano fijando el hombro para evitar movimientos compensatorios y con la otra mano tomando desde el tercio distal del radio, se realizará una sobrepresión hacia la flexión de codo,

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

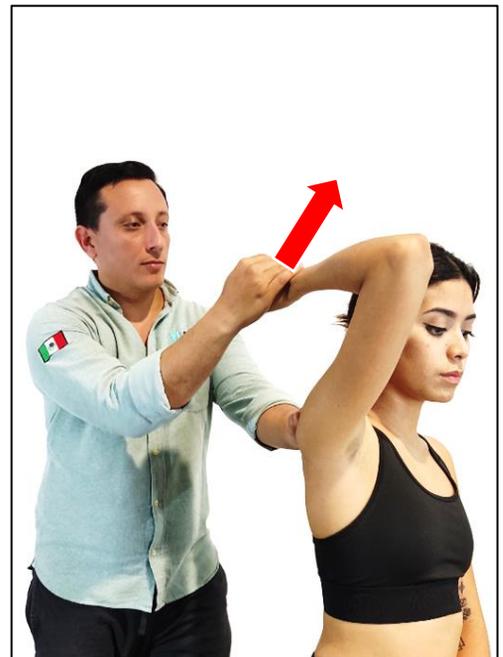
Posición del paciente:

De pie o en sedestación o decúbito supino. Con el hombro y codo en flexión en rangos medios.

Posición del terapeuta

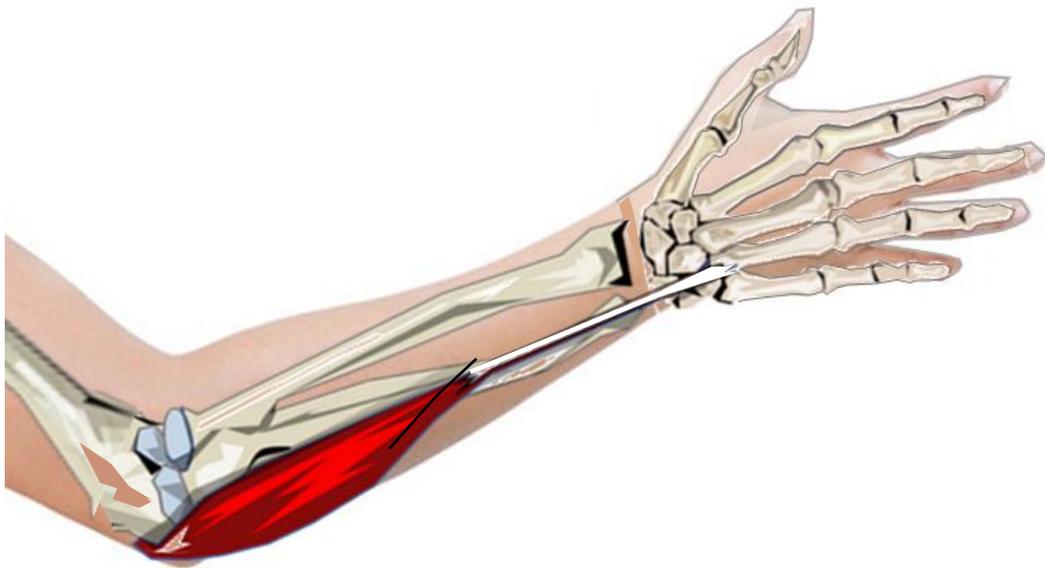
De pie del lado de la extremidad a evaluar, con una mano fijando el hombro para evitar movimientos compensatorios y con la otra realizando una resistencia a extensión de codo.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la cara medial del hombro y/o brazo.

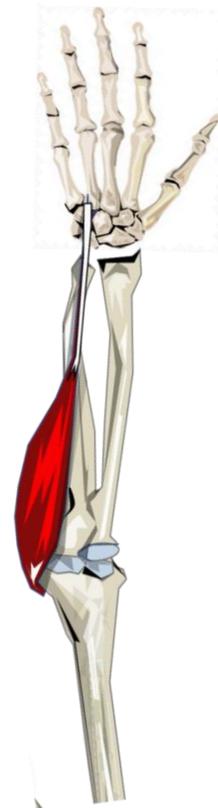


M. Extensor radial largo / primer radial

musculus extensor carpi radialis longus

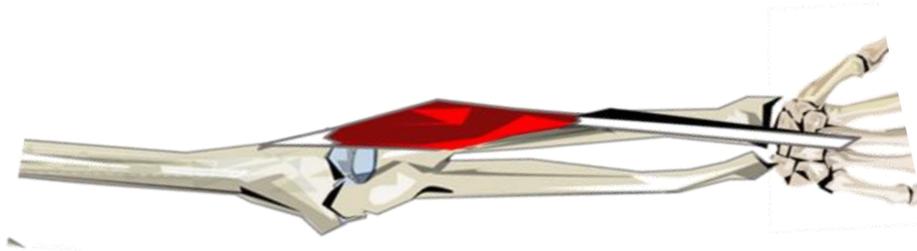


Origen	cresta supracondílea lateral del húmero, epicóndilo lateral del húmero, tabique intermuscular lateral del brazo
Inserción	base del segundo metacarpiano en su superficie posterior.
Función	extensión y abducción de la articulación de la muñeca.
Inervación	nervio radial (C6, C7)

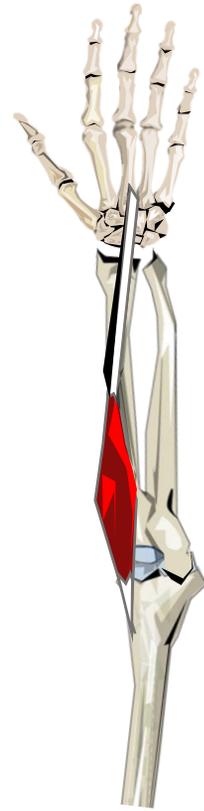


M. Extensor radial corto.

musculus extensor carpi radialis brevis

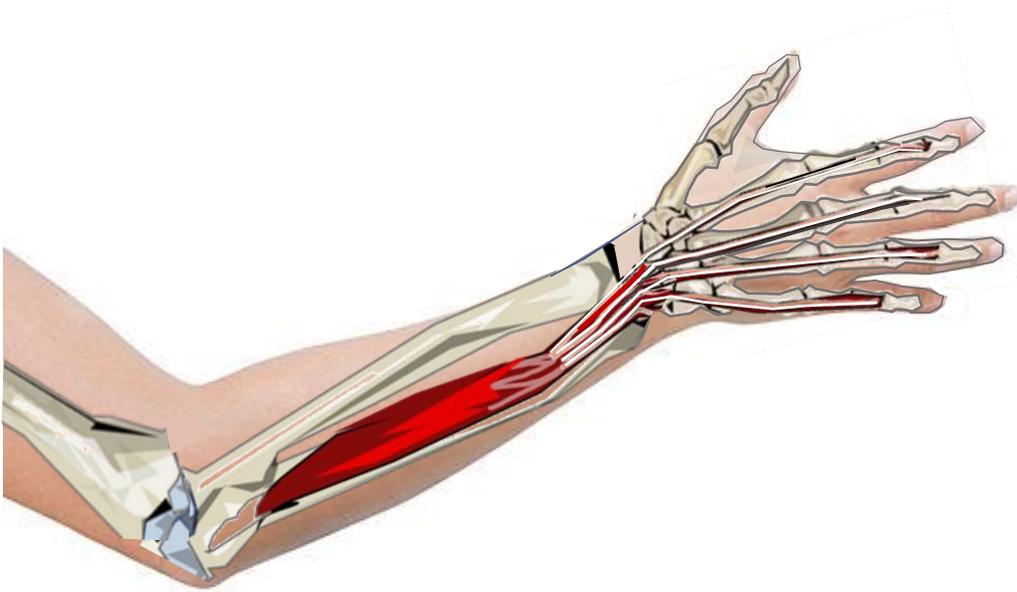


Origen	epicóndilo lateral del húmero, ligamento anular del radio
Inserción	base del tercer metacarpiano en la superficie posterior con relación directa con ECRL que se inserta en la base del segundo metacarpiano
Función	extensión y abducción de la articulación de la muñeca. El músculo extensor radial corto del carpo es un extensor principal de la muñeca.
Inervación	rama profunda del nervio radial, C7, C8

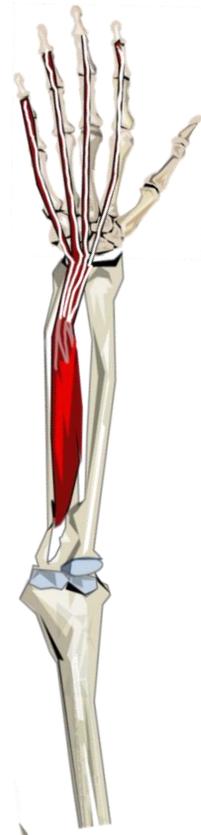


M. Extensor común de los dedos.

musculus extensor digitorum

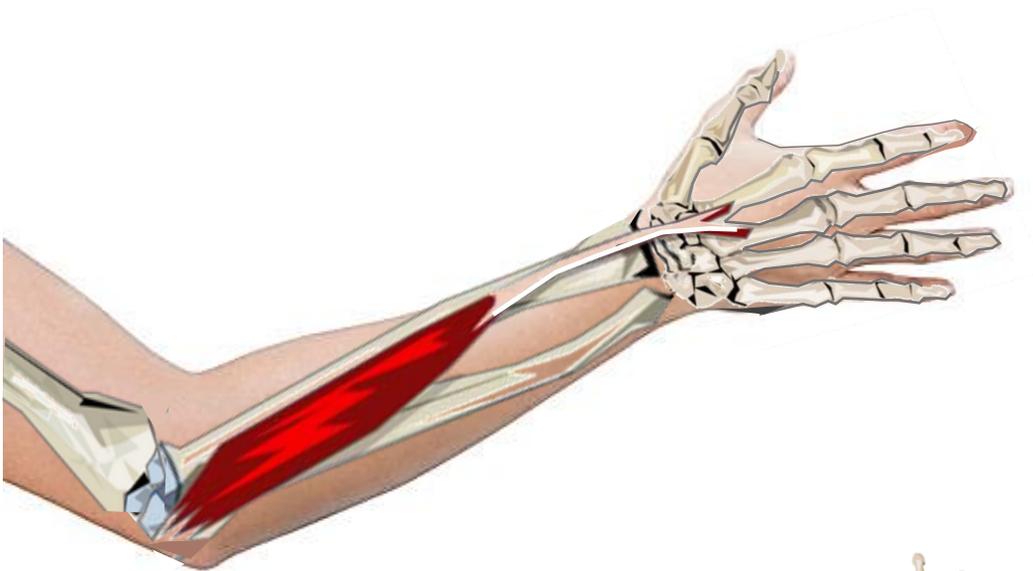


Origen	Se origina en el epicóndilo lateral del húmero, en la región externa del codo.
Inserción	Se insertan en 4 tendones que se unen a la base de las falanges distales de los dedos 2, 3, 4 y 5 de la mano.
Función	Extensión de la <u>muñeca</u> y de la falange proximal de los dedos.
Inervación	Esta inervado por el nervio interóseo posterior (C7-C8), rama del n. radial.

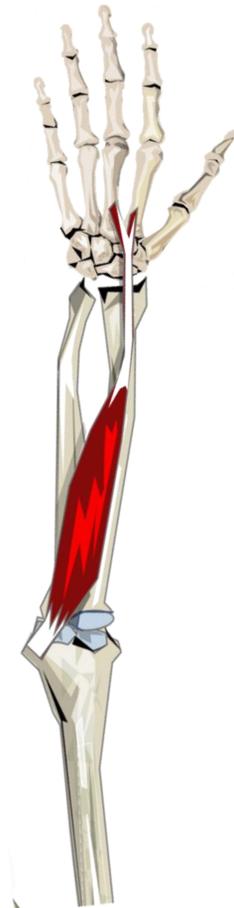


M. Extensor cubital del carpo.

musculus extensor carpi ulnaris



Origen	epicóndilo lateral del húmero, ligamento colateral radial y borde posterior del cúbito
Inserción	base del quinto metacarpiano en la superficie posterior
Función	Extensión y aducción (es decir, desviación cubital) de la articulación de la muñeca.
Inervación	nervio interóseo posterior



M. Extensores de muñecas y dedos.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En sedestación con el antebrazo apoyado sobre una mesa y en pronación, con la mano fuera del borde de la misma

Posición del terapeuta

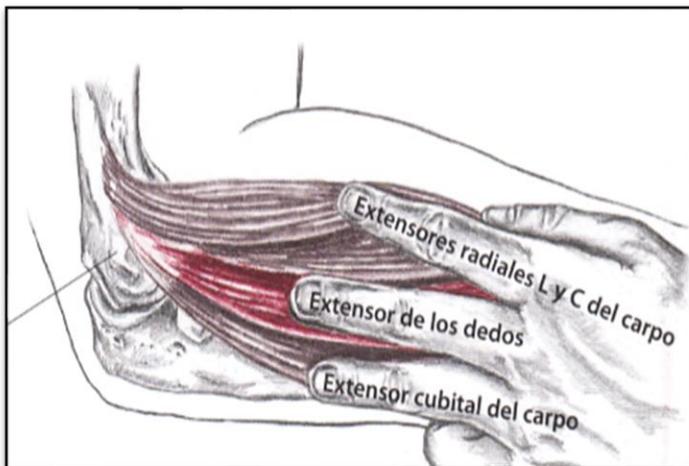
Sentado frente al paciente en un ángulo de 45° en dirección del lado a tratar.

Con una mano se estabiliza el antebrazo contra la camilla para evitar movimientos compensatorios.

Y con la otra se realiza una flexión de muñeca con diferentes desviaciones dependiendo de la musculatura a evaluar

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



M. Extensores de muñecas y dedos.

Test de contracción

Posición del paciente:

En sedestación con el antebrazo apoyado sobre una mesa y en pronación, con la mano fuera del borde de la misma

Posición del terapeuta

Sentado frente al paciente en un ángulo de 45° en dirección del lado a tratar. Con una mano se palpan los vientres musculares de los diferentes músculos a evaluar, mientras con la otra se puede agregar una resistencia en dirección del movimiento deseado.

Test positivo: debilidad, dolor en el epicóndilo lateral del codo, o en la parte dorsal del antebrazo.



M. Flexor cubital del carpo.

musculus flexor carpi ulnaris

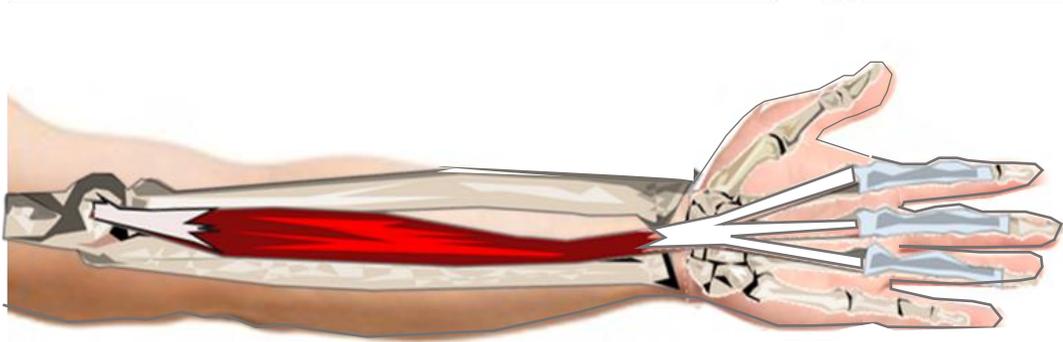


Origen	Cabeza humeral: epicóndilo medial del húmero; Cabeza del cúbito: olécranon y borde posterior del cúbito
Inserción	Hueso pisiforme y desde ahí al ganchoso y a la base del V metacarpiano
Función	flexiona y abduce la mano (en la muñeca)
Inervación	nervio cubital (C7 y C8)



M. Flexor común de los dedos.

musculus flexor digitorum profundus.



Origen	Cara anterior del cúbito. Aponeurosis antebraquial. Ligamento interóseo.
Inserción	Tercera falange de los cuatro últimos dedos
Función	flexión de la articulación interfalángica. Además es capaz de producir el movimiento de flexión de la metacarpofalángica y de la muñeca. Es decir, que interviene sobre tres articulaciones de la mano, y que se activa cuando realizamos actividades que incluyen agarre.
Inervación	Nervio mediano (dos fascículos externos) y nervio cubital (dos fascículos internos)



M. Palmar largo o Palmar menor.

Musculus palmaris longus

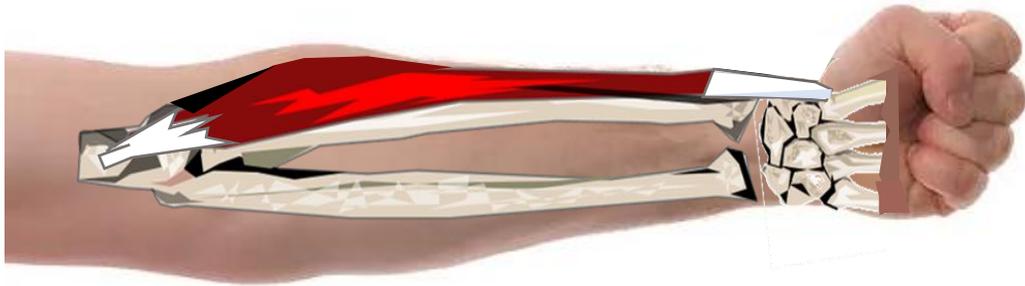


Origen	Epicóndilo medial del húmero
Inserción	Base del II y III metacarpianos
Función	Flexiona y abduce la muñeca
Inervación	N. mediano



M. Flexor radial del carpo o palmar mayor.

musculus flexor carpi radialis



Origen	Epicóndilo medial del húmero.
Inserción	Base del II y III metacarpianos.
Función	Flexiona y abduce la muñeca.
Inervación	N. mediano.

M. Flexores de carpo y dedos.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En sedestación con el antebrazo apoyado sobre una mesa y en supinación, con la mano fuera del borde de la misma

Posición del terapeuta

Sentado frente al paciente en un ángulo de 45° en dirección del lado a tratar.

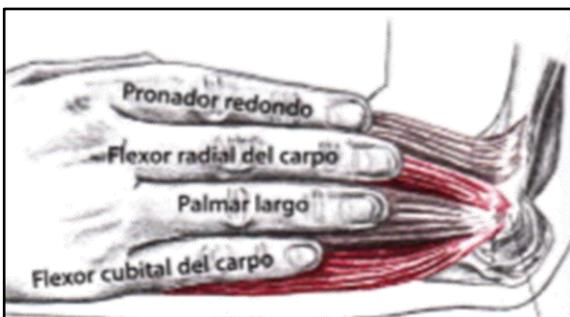
Con una mano se estabiliza el antebrazo contra la camilla para evitar movimientos compensatorios.

Y con la otra se realiza una extensión de muñeca con diferentes desviaciones dependiendo de la musculatura a evaluar



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



M. Flexores de carpo y dedos.

Test de contracción

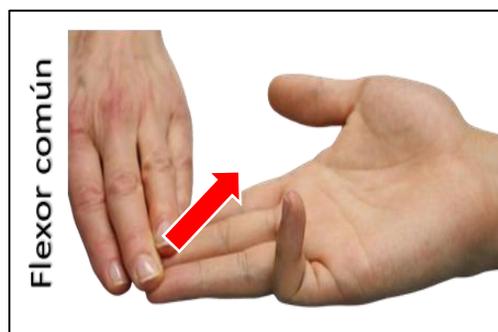
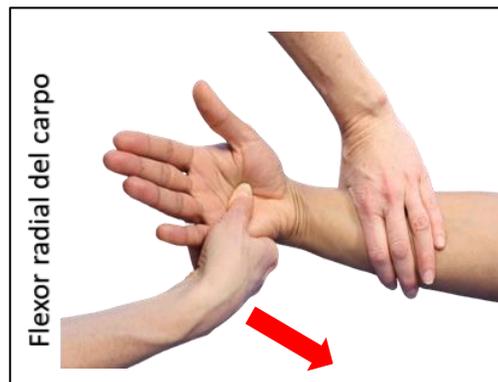
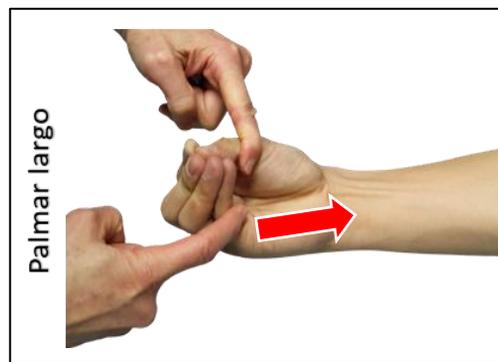
Posición del paciente:

En sedestación con el antebrazo apoyado sobre una mesa y en pronación, con la mano fuera del borde de la misma

Posición del terapeuta

Sentado frente al paciente en un ángulo de 45° en dirección del lado a tratar. Con una mano se palpan los vientres musculares de los diferentes músculos a evaluar, mientras con la otra se puede agregar una resistencia en dirección del movimiento deseado.

Test positivo: debilidad, dolor en el epicóndilo lateral del codo, o en la parte dorsal del antebrazo.

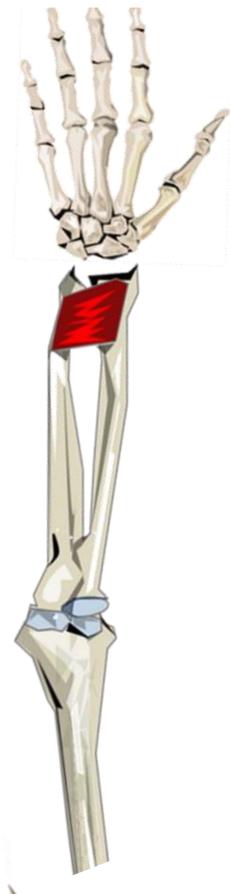


M. Pronador cuadrado.

musculus pronator quadratus



Origen	En la cara anterior del $\frac{1}{4}$ inferior del cúbito.
Inserción	En la cara anteroexterna del $\frac{1}{4}$ inferior del radio.
Función	Pronador principal del antebrazo, independientemente del ángulo de la articulación del codo. Su tono supera al del bíceps y explica que, en reposo, dispongamos los codos en pronación.
Inervación	Nervio mediano (nervio interóseo antebraquial anterior)



M. Pronador redondo.

musculus pronator teres



Origen	En la cara anterior de la epitroclea y en la apófisis coronoides del cúbito.
Inserción	En la cara antero externa del 1/3 superior del radio (en la unión del 1/3 superior y medio).
Función	<p>Pronación del radio sobre el cúbito.</p> <p>Apoya al pronador cuadrado siempre que no se requiera mucha resistencia o mucha rapidez. Siempre actúa en extensión del codo, ya que en flexión pierde eficacia.</p>
Inervación	N. mediano



M. Pronadores.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino o sedestación, con el codo en extensión y el antebrazo en supinación.

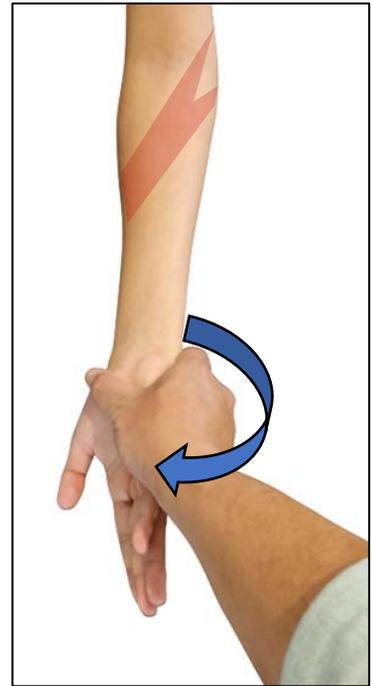
Posición del terapeuta

Sentado de lado de la extremidad a evaluar.

Con una mano se estabiliza el antebrazo contra la camilla para evitar movimientos compensatorios, mientras con la otra se realiza una supinación forzada

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

En decúbito supino o sedestación, con el codo en extensión y el antebrazo en supinación.

Posición del terapeuta

Sentado del lado de la extremidad a evaluar.

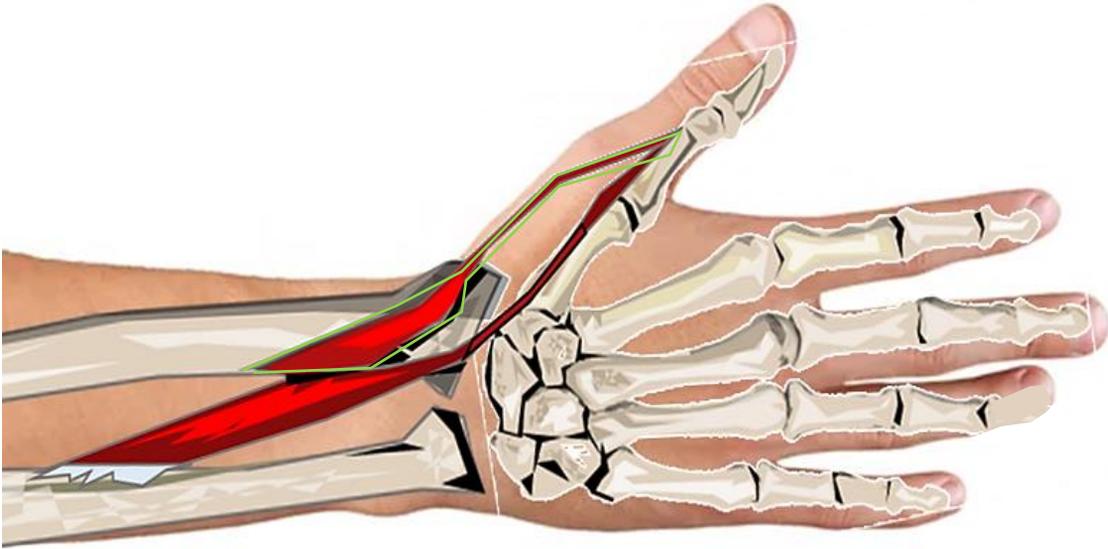
Con una mano se palpan los vientres musculares de los diferentes músculos a evaluar, mientras con la otra se puede agregar una resistencia en dirección del movimiento deseado.

Test positivo: debilidad, dolor en el epicóndilo lateral del codo, o en la parte dorsal del antebrazo.



M. Extensor corto del pulgar.

musculus extensor pollicis brevis

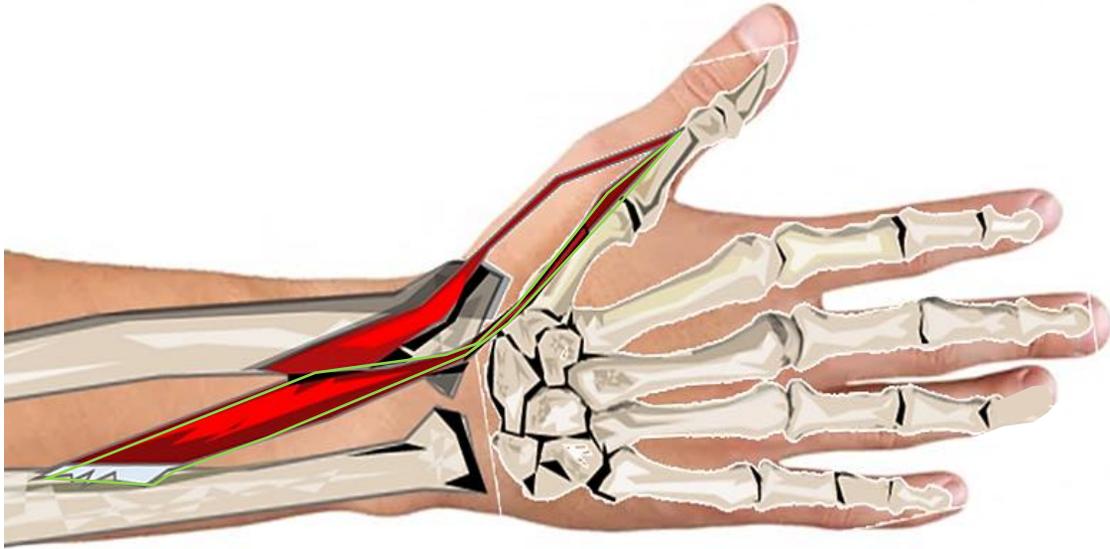


Origen	la superficie posterior del eje radial distal y la membrana interósea
Inserción	base de la superficie dorsal de la falange proximal del pulgar
Función	extiende el pulgar en la articulación metacarpofalángica
Inervación	nervio interóseo posterior (C7 y C8), una continuación de la rama profunda del nervio radial (C7, C8).

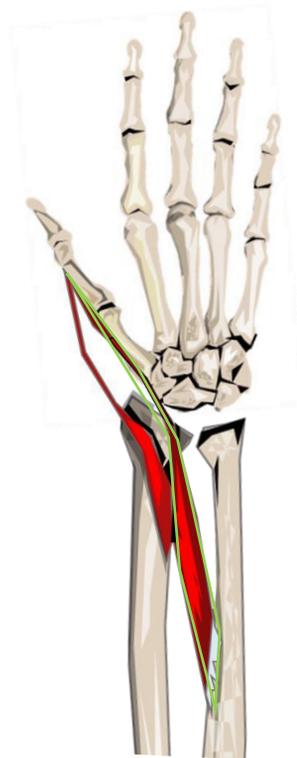


M. Abductor largo del pulgar.

musculus abductor pollicis longus



Origen	superficies posteriores de cúbito, radio y membrana interósea
Inserción	a través del tendón, generalmente dividiendo en dos resbalones, uno que se conecta a la base del 1ro metacarpo, el otro que se conecta al trapezoide
Función	abduce y extiende el pulgar en la articulación carpometacarpiana.
Inervación	nervio interóseo posterior (C7 y C8), una continuación de la rama profunda del nervio radial (C7, C8)



M. Abductor largo y Extensor corto.

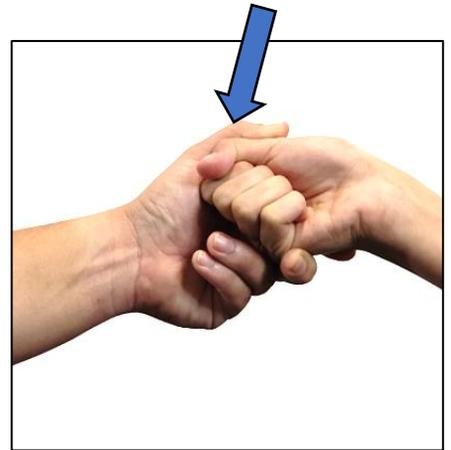
Test de elongación.

Posición del paciente:

En sedestación, con la muñeca en posición neutra y el dedo gordo en aducción, o en apretado en forma de puño por los otros dedos de la mano

Posición del terapeuta

Sentado frente al paciente, tomando al paciente de la muñeca y mano, asegurando la posición del dedo gordo, mientras agrega un movimiento de sobre estiramiento para elongar el extensor corto y al abductor largo del pulgar



Test positivo.

Dolor en la tabaquera anatómica o
Sensación terminal muscular aumentada

Test de contracción

Posición del paciente:

En sedestación, con el pulgar en extensión y abducción.

Posición del terapeuta:

Ofrece una resistencia a la extensión y abducción del pulgar.



Test positivo: debilidad y/o dolor en tabaquera anatómica y/o en la cara dorsal del antebrazo

M. Aductor del pulgar

musculus adductor pollicis



Origen	Cabeza transversal: 3er metacarpiano. Cabeza oblicua: hueso grande del carpo y bases de los metacarpianos 2 y 3
Inserción	base de la falange proximal y campana extensora del pulgar
Función	Aducción del pulgar
Inervación	rama profunda del nervio cubital



M. Aductor corto del pulgar

musculus adductor pollicis



Origen	Retináculo flexor y tubérculos del escafoides y trapecio
Inserción	lado lateral de la base de la falange proximal del pulga
Función	Abduce el pulgar y ayuda a oponerse.
Inervación	rama recurrente del nervio mediano (C8 y T1)

M. Oponente del pulgar



Origen	trapezio y ligamento transverso del carpo
Inserción	hueso metacarpiano del pulgar en su lado radial
Función	ama recurrente del nervio mediano
Inervación	Flexión del metacarpo del pulgar en la primera articulación carpometacarpiana, que ayuda en la oposición del pulgar



M. Aductores y oponentes del pulgar

Test de elongación.

Posición del paciente:

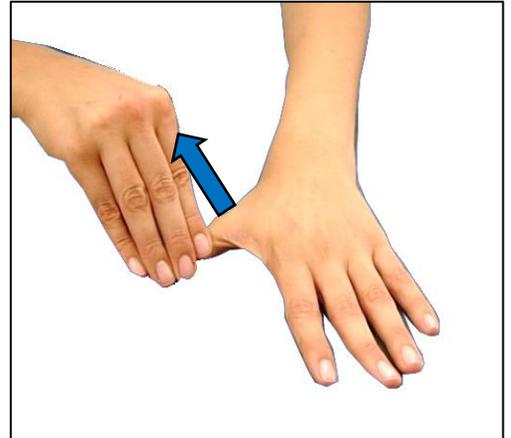
De pie o en sedestación, con la palma de la mano asentada en la camilla o una mesa, y la mano abierta.

Posición del terapeuta

Sentado de la extremidad a evaluar, tomando el dedo pulgar del paciente y realizando una apertura (abducción) forzada.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

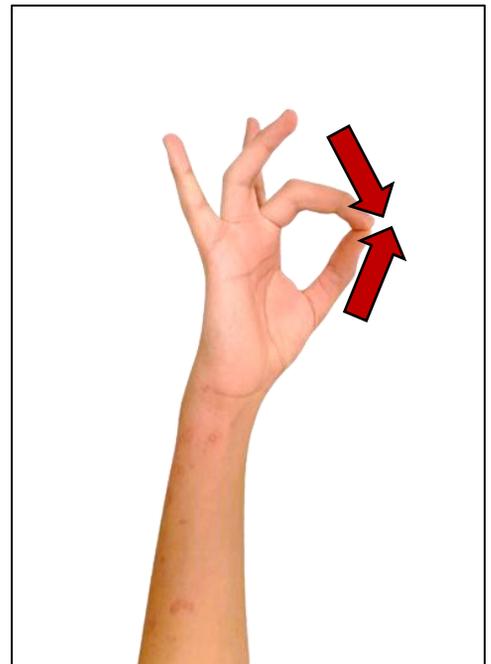
Posición del paciente:

De pie, en sedestación o decúbito supino.

Posición del terapeuta

Se le pide al paciente realizar una pinza con los dedos medio y pulgar como se muestra en la imagen.

Test positivo: debilidad y/o dolor en la parte hipotenar o en cualquier parte del pulgar.



M. Interóseos dorsales

musculi interossei dorsales manus.



Origen	Interóseo I: superficies adyacentes del 1er y 2º hueso metacarpiano Interóseo II: superficies adyacentes del 2º y 3º hueso metacarpiano Interóseo III: superficies adyacentes del 3er y 4º hueso metacarpiano Interóseo IV: superficies adyacentes de los 4 y 5 Huesos metacarpianos
Inserción	Interóseo I: lado radial de la base de la 2ª falange proximal (dedo índice) Interóseo II: lado radial de la base de la 3ª falange proximal (dedo medio) Interóseo III: lado cubital de la base de la 3ª falange proximal (dedo medio) Interóseo IV: lado cubital de la base de la 4ª falange proximal (dedo anular)
Función	Interóseo I y II: abducción radial de los dedos índice y medio. Interóseo III y IV: abducción cubital de los dedos medio y anular Ayuda a la flexión en las articulaciones metacarpofalángicas, ayuda a la extensión en las articulaciones interfalángicas proximales y distales.
Inervación	Rama profunda del nervio cubital (C8-Th1)



Miembro inferior



M. Glúteo medio

musculus gluteus medius.



Origen	Cara glútea del ilion (entre la línea glútea anterior y la línea glútea posterior)
Inserción	Aspecto lateral del trocánter mayor del fémur
Función	Abducción del muslo, rotación interna del muslo (porción anterior); Estabilización de la pelvis
Inervación	Nervio glúteo superior (L4-S1)

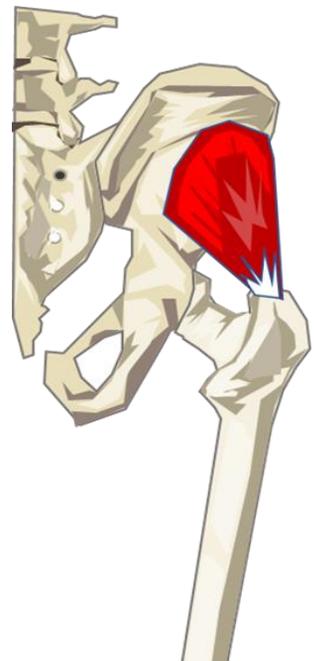


M. Glúteo menor.

musculus gluteus minimus.



Origen	cara glútea del ilion (entre la línea glútea anterior y la línea glútea posterior)
Inserción	Aspecto lateral del trocánter mayor del fémur
Función	Abducción del muslo, rotación interna del muslo (porción anterior); Estabilización de la pelvis
Inervación	Nervio glúteo superior (L4-S1)



M. Glúteo medio y menor.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino con la cadera en flexión, aducción rotación interna en rangos medios.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar.

Con una mano estabiliza la posición de la cadera desde el tobillo, mientras que la elongación se realiza aumentando el ángulo de aducción.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

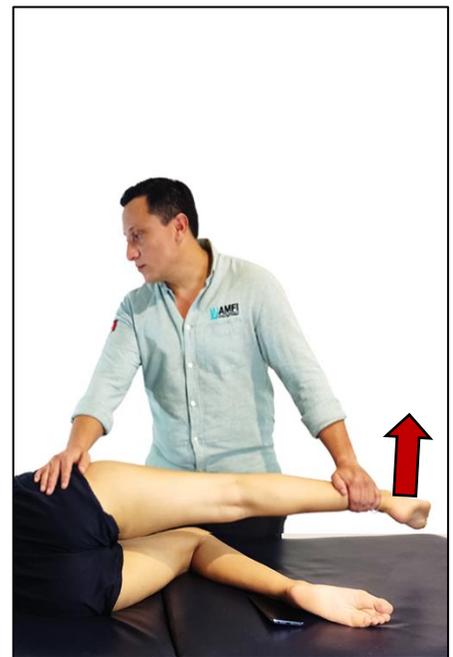
Posición del paciente:

En decúbito lateral con la pierna a evaluar en situada "arriba" y con extensión de rodilla, con la pierna contralateral en flexión para dar estabilidad.

Posición del terapeuta

Del lado ventral del paciente, con una mano controlando y estabilizando la cadera y con la otra ofreciendo una resistencia a la abducción de cadera.

Test positivo: debilidad, dolor en el trocánter o cara lateral del muslo



M. Glúteo mayor

musculus gluteus maximus



Origen	Cara posterolateral del sacro y cóccix, cara glútea del ilion (detrás de la línea glútea posterior) fascia toracolumbar, ligamento sacrotuberoso
Inserción	Tracto iliotibial, tuberosidad glútea del fémur
Función	Articulación de la cadera: extensión, rotación externa, abducción (fibras superiores) y aducción (fibras inferiores) de muslo
Inervación	Nervio glúteo inferior (L5, S1, S2)



M. Glúteo mayor

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino con la cadera en flexión en rangos casi completos, aducción rotación interna.

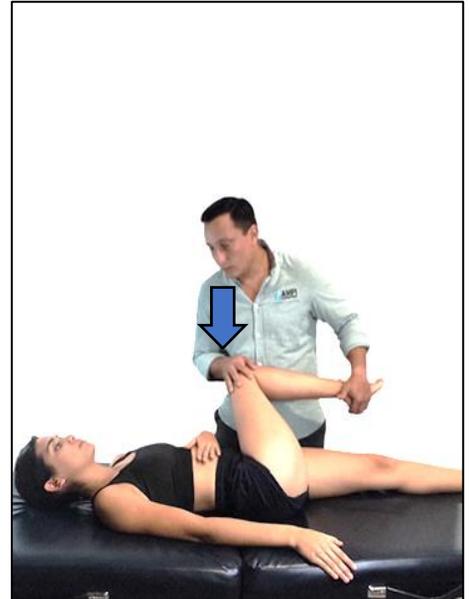
Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar.

Con una mano estabiliza la posición de la cadera desde el tobillo, mientras que la elongación se realiza aumentando el ángulo de aducción.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

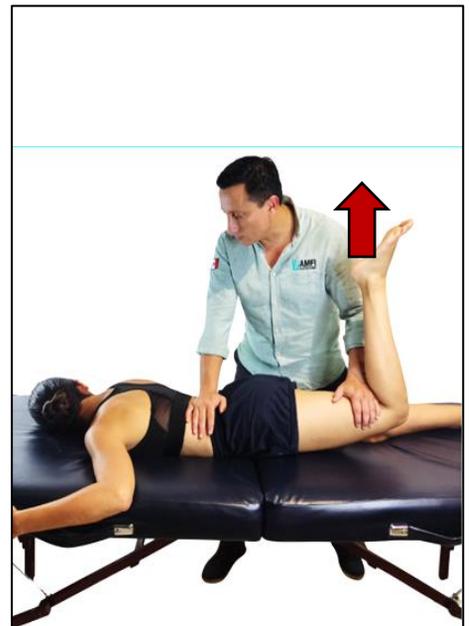
Posición del paciente:

En decúbito prono, con la pierna a evaluar con flexión de rodilla.

Posición del terapeuta

Del lado contralateral de la extremidad a evaluar, se ofrece una resistencia a la extensión de cadera desde el tercio distal del muslo, o apoyándose desde la planta del pie.

Test positivo: debilidad, dolor sacroilíaco o lumbar.



M. TENSOR DE LA FASCIA

musculus tensor fasciae latae



Origen	abio externo de la cresta ilíaca anterior, espina ilíaca anterior superior
Inserción	Tracto iliotibial
Función	Articulación coxofemoral: rotación interna del muslo (abducción débil) Articulación de la rodilla: rotación externa de la pierna (flexión/extensión débil de la pierna) Estabiliza las articulaciones coxofemoral y de la rodilla
Inervación	Nervio glúteo superior (L4-S1)



M. TENSOR DE LA FASCIA

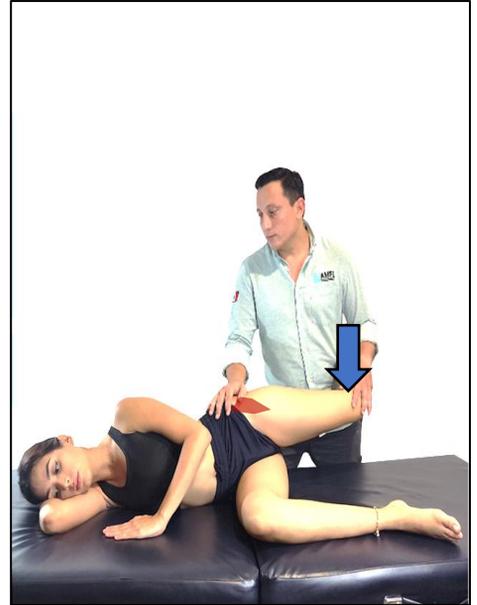
Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito lateral, con la pierna a evaluar ubicada "arriba", y en posición de extensión y flexión de rodilla. Y con la pierna contralateral en flexión de cadera y flexión de rodilla para dar estabilidad.

Posición del terapeuta

Dorsal al paciente, con una mano controlando la posición de la pierna desde la rodilla, y con la otra la posición de la caerá, el impulso de estiramiento se da descargando el peso del cuerpo sobre la mano de la rodilla para provocar un movimiento de aducción de cadera.



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada

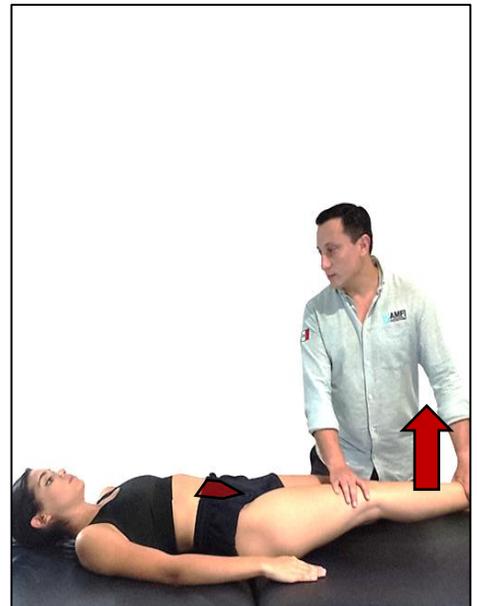
Test de contracción

Posición del paciente:

En decúbito supino con la pierna extendida y la cadera en rotación interna

Posición del terapeuta

Del lado contralateral de la extremidad a evaluar, se ofrece una resistencia a la extensión de cadera desde el tercio distal de la tibia, manteniendo la rodilla en extensión



Test positivo: debilidad, dolor trocantérico o lumbar.

M. Piramidal.

musculus pyramidalis



Origen	Cara anterior del sacro (entre vértebras S2 y S4), cara glútea del ilion (cerca de la espina ilíaca posterior inferior), ligamento sacrotuberoso.
Inserción	Vértice del trocánter mayor del fémur
Función	Articulación de la cadera: rotación externa del muslo, abducción (cuando la cadera está flectada), estabiliza la cabeza del fémur en el acetábulo
Inervación	Nervio del piriforme (S1-S2)



M. Piramidal.

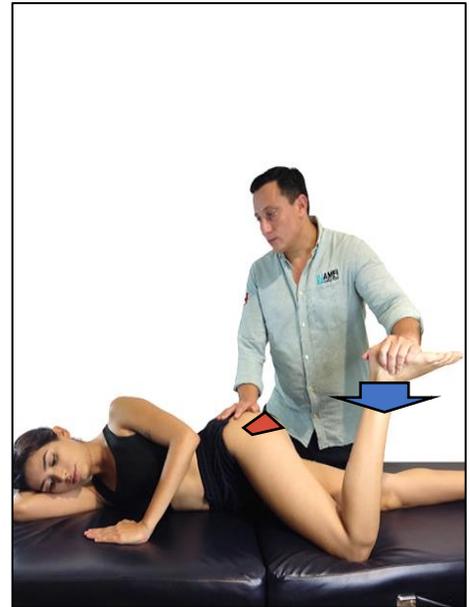
Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito lateral, con la pierna a evaluar ubicada “arriba”, y en posición de flexión, aducción y rotación interna de cadera, apoyando la rodilla sobre la camilla.

Posición del terapeuta

Dorsal al paciente, con una mano controlando la posición de la cadera, y con la otra sujetando el tobillo, y realizando un impulso para generar un sobre estiramiento hacia la rotación interna de cadera



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada

Test de contracción

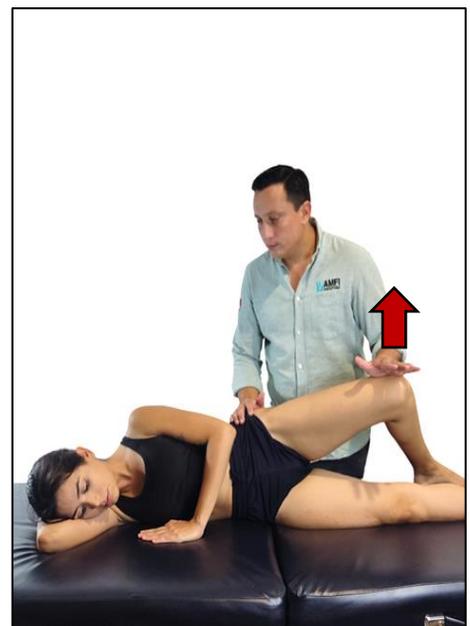
Posición del paciente:

En decúbito lateral con la cadera en flexión y rotación externa

Posición del terapeuta

Dorsal al paciente, con una mano contralando la posición de la cadera y con la otra ofreciendo una resistencia a la rotación externa desde el borde lateral de la rodilla

Test positivo: debilidad, dolor sacroilíaco, trocantérico o lumbar.

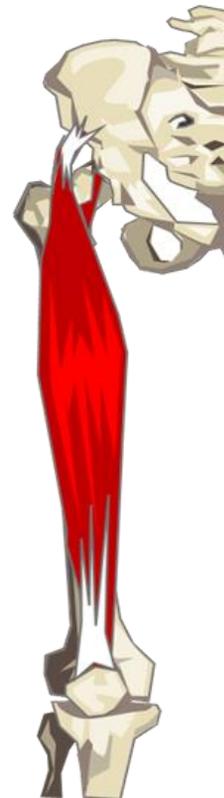


M. Recto anterior

rectus femoris



Origen	Consiste en dos cabezas proximales que forman un tendón unido 1,5: Cabeza directa / recta: espina ilíaca inferior anterior (AIIS) del ilion Cabeza indirecta / reflejada: cresta acetabular superior.
Inserción	tendón del cuádriceps
Función	flexiona el muslo en la articulación de la cadera y extiende la pierna en la articulación de la rodilla.
Inervación	nervio femoral



M. Recto anterior

Test de elongación.

Posición del paciente:

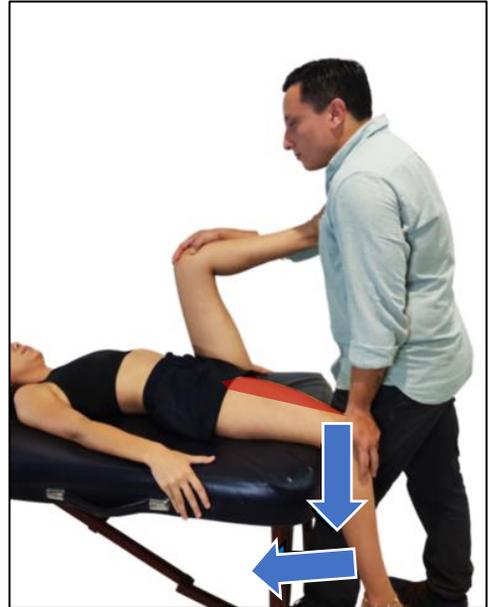
En decúbito supino, con la pierna a evaluar en extensión de cadera y flexión de rodilla, y con la otra extremidad en flexión de cadera y rodilla.

Posición del terapeuta

Dorsal al paciente, con el pecho y una mano controlando la posición de la extremidad que no se evaluara, y con la otra mano, realizando un empuje a la extensión de cadera desde el tercio distal del muslo, el impulso de sobre estiramiento se realizara con un empuje a la flexión de rodilla con la pierna del terapeuta

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

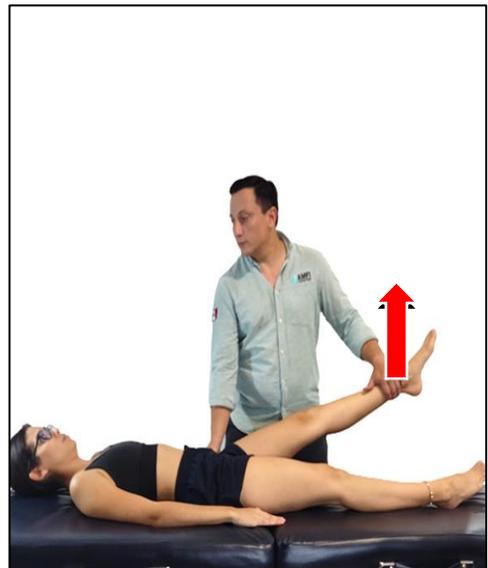
Posición del paciente:

En decúbito supino con la pierna extendida y la cadera en rotación interna

Posición del terapeuta

Del lado contralateral de la extremidad a evaluar, se ofrece una resistencia a la extensión de cadera desde el tercio distal de la tibia, manteniendo la rodilla en extensión

Test positivo: debilidad, dolor trocantérico o lumbar.

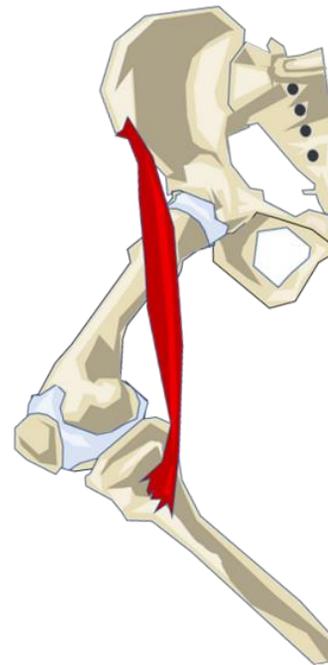


M. Sartorio

musculus ser tollos



Origen	Espina ilíaca anterior superior (EIAS)
Inserción	Extremo proximal de la tibia, debajo del cóndilo medial (pata de ganso)
Función	Articulación coxofemoral: flexión, abducción y rotación externa del muslo Articulación de la rodilla: flexión y rotación interna de la pierna
Inervación	Nervio femoral (L2-L3)



Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con la pierna a evaluar en extensión de cadera y flexión de rodilla, y con la otra extremidad en flexión de cadera y rodilla.

Posición del terapeuta

Dorsal al paciente, con el pecho y una mano controlando la posición de la extremidad que no se evaluara, y con la otra mano, realizando un empuje a la extensión de cadera desde el tercio distal del muslo, el impulso de sobre estiramiento se realizara con un empuje a la abducción de cadera con la pierna del terapeuta

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

En decúbito supino con la cadera en ligera flexión, abducción, y rotación externa.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, estabilizando la posición de la rodilla con la cadera, y ofreciendo una resistencia a la flexión de rodilla desde el tercio distal de la tibia.

Test positivo: debilidad, dolor trocantérico o lumbar.



M. Vasto intermedio.

musculus vastus intermedius



Origen	Se origina en los dos tercios superiores de la superficie anterior del fémur.
Inserción	Tuberosidad tibial
Función	Extensión de la rodilla.
Inervación	N. Femoral

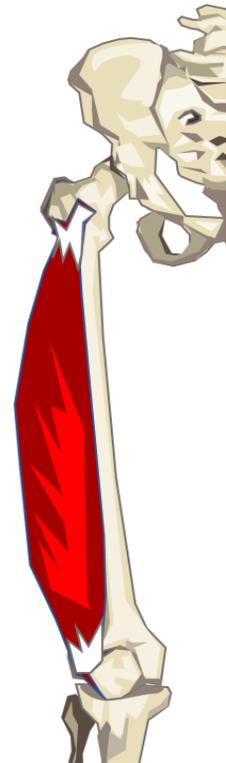


M. Vasto Externo.

musculus vastus lateralis



Origen	En toda la cara externa del fémur desde el trocánter mayor a la línea áspera, sobre todo en sus 2/3 posteriores. Sus fibras tienen una trayectoria hacia abajo y adelante.
Inserción	En el borde superoexterno de la rótula, contribuyendo a formar el tendón del cuádriceps. Algunas fibras continúan hacia abajo para finalizar en la tibia.
Función	Es el músculo principal de la extensión de la rodilla,. Tiene como acción contraproducente su tendencia a desviar la rótula hacia fuera.
Inervación	N. femoral.

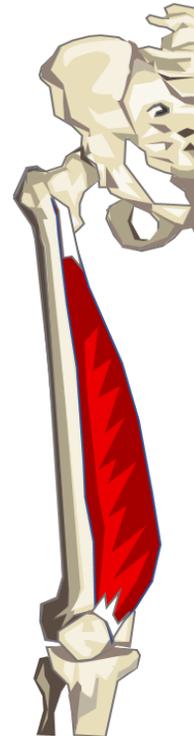


M. Vasto Interno.

vastus medialis



Origen	fémur; parte medial de la línea intertrocantérea, línea pectínea, labio medial de la línea áspera, línea supracondílea medial
Inserción	tendón del cuádriceps, borde medial de la rótula
Función	arteria femoral y circunfleja lateral
Inervación	extiende la pierna en la articulación de la rodilla.



Cuadríceps (monoarticulares)

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino, con la pierna a evaluar en flexión de cadera y flexión de rodilla, y con la otra extremidad extensión.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, con una mano controlando la posición de la extremidad desde la rodilla, y con la otra, realizando un impulso de sobre estiramiento durante la flexión.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada



Test de contracción

Posición del paciente:

En sedestación, con las piernas colgando de la camilla.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, estabilizando la posición de la rodilla con una mano, y ofreciendo una resistencia a la extensión de rodilla desde el tercio distal de la tibia.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara anterior de la rodilla o muslo.

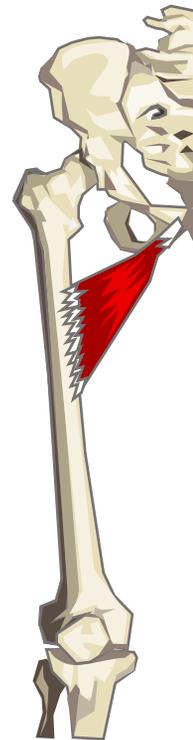


M. Aductor menor

musculus adductor brevis



Origen	El aductor menor tiene su origen en la rama púbico inferior
Inserción	El músculo aductor menor se inserta en la tuberosidad glútea del fémur.
Función	Este músculo tiene como acción la articulación de la cadera: aducción del muslo, rotación externa del muslo.
Inervación	El músculo aductor menor está inervado por el nervio obturador (L2-L3).

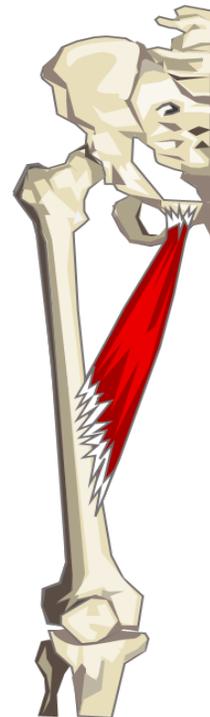


M. Aductor medio o largo

adductor longus



Origen	El músculo aductor medio o largo tiene su origen en el cuerpo del pubis, inferior a la cresta púbica y lateral a la sínfisis púbica.
Inserción	El aductor largo se inserta en el tercio medio de la línea áspera del fémur (labio medial).
Función	Articulación de la cadera: flexión del muslo, aducción del muslo, rotación externa del muslo; Estabilización de la pelvis.
Inervación	La inervación del músculo aductor largo está dada por (División anterior de) Nervio obturador (L2-L3)

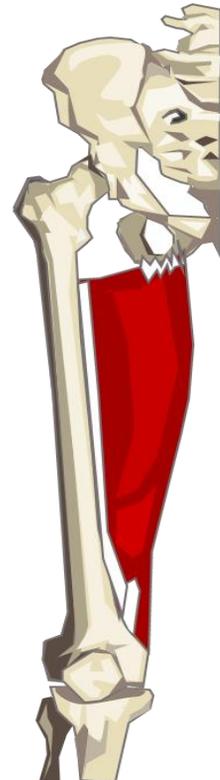


M. Aductor mayor

musculus adductor magnus



Origen	Porción aductora: rama púbica inferior, rama del isquion Porción isquiocondílea: tuberosidad del isquion
Inserción	<i>Porción aductora:</i> tuberosidad glútea, línea áspera (labio medial), línea supracondílea medial <i>Porción isquiocondílea:</i> tubérculo del aductor del fémur
Función	Articulación coxofemoral: flexión, extensión, aducción, rotación externa (porción aductora), rotación interna (porción isquiocondílea) Estabilización de la pelvis
Inervación	Porción aductora: nervio obturador (L2-L4) Porción isquiocondílea: división tibial del nervio ciático (L4)

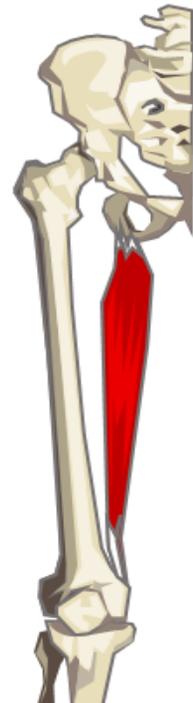


Recto interno

musculus gracilis



Origen	Cuerpo anterior del pubis, rama inferior del pubis, rama del isquion
Inserción	Superficie medial del extremo proximal de la tibia (mediante la pata de ganso)
Función	Articulación de la cadera: flexión y aducción del muslo Articulación de la rodilla: flexión y rotación interna de la pierna
Inervación	Nervio obturador (L2-L3)



Aductores y recto interno

Test de elongación.

Posición del paciente:

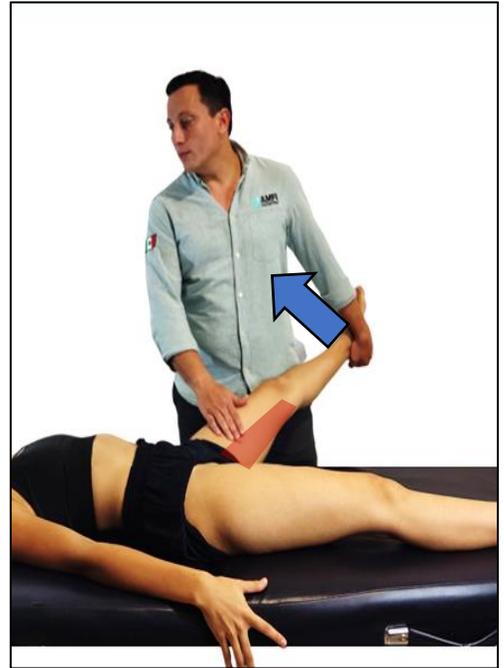
En decúbito supino, con la pierna a evaluar en abducción.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, con una mano en el tercio distal de la tibia se realiza un sobre estiramiento, mientras con la otra se realiza una palpación de las estructuras a evaluar.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada.



Test de contracción

Posición del paciente:

En decúbito supino, con la pierna a evaluar en abducción.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, con una mano en el tercio distal de la tibia se ofrece una resistencia a la aducción, mientras con la otra se palpan las estructuras a evaluar.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara medial de la ingle, rodilla o muslo.

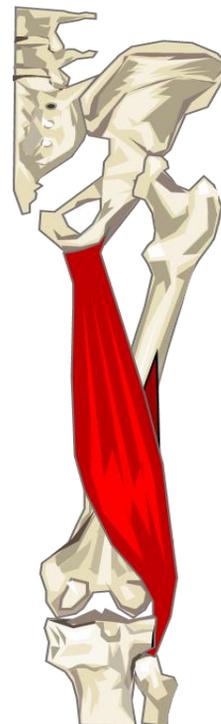


M. Biceps femoral

musculus biceps femoris



Origen	Cabeza larga: tuberosidad del isquion (impresión inferomedial), ligamento sacrotuberoso Cabeza corta: línea áspera del fémur (labio lateral), línea supracondílea lateral del fémur
Inserción	Cabeza de la fibula (cara lateral)
Función	Articulación coxofemoral: extensión del muslo, rotación externa del muslo Articulación de la rodilla: flexión de la pierna, rotación externa de la pierna, estabiliza la pelvis
Inervación	Cabeza larga: división tibial del nervio ciático (L5-S2) Cabeza corta: división fibular común del nervio ciático (L5-S2)



M. Biceps femoral

Test de elongación.

Posición del paciente:

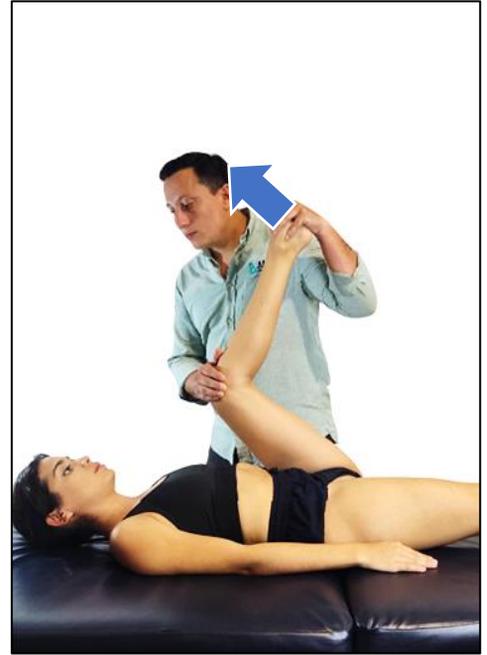
En decúbito supino, con la cadera en flexión submáxima.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, con una mano controla la posición del miembro desde la rodilla, mientras con la otra realiza un impulso de estiramiento con un movimiento de extensión de rodilla,

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada en la parte lateral del muslo posterior



Test de contracción

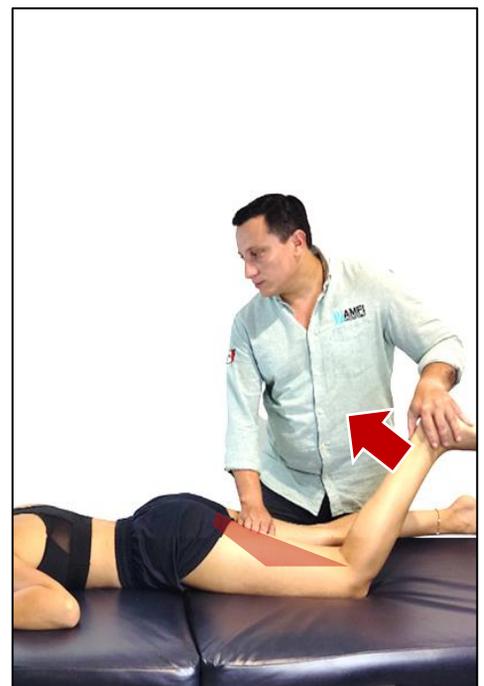
Posición del paciente:

En decúbito prono, con la rodilla en ligera flexión.

Posición del terapeuta

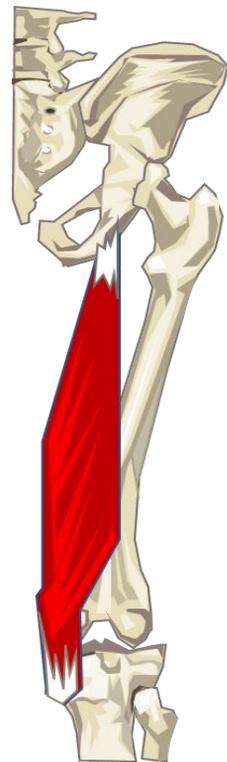
Del lado contralateral al miembro a evaluar, se ofrece con la mano una resistencia a la flexión de rodilla desde el tercio distal de la tibia,

Test positivo: debilidad, dolor en la cara anterior, medial o posterior de la rodilla o en la cara lateral y posterior del muslo.



M. Semimembranoso.

musculus semimembranosus



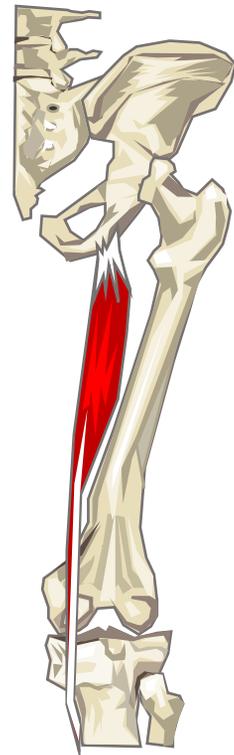
Origen	tuberosidad de isquiática
Inserción	tubérculo infraglenoideo del cóndilo tibial medial posterior, cápsula articular posterior (que contribuye al ligamento oblicuo poplíteo), fascia poplíteo y asta posterior del menisco medial
Función	flexión y rotación de la rodilla, extensión de la cadera
Inervación	división tibial del nervio ciático (L5, S1, S2)

M. Semitendinoso.

musculus semitendinosus



Origen	(Impresión posteromedial de la) Tuberosidad del isquion
Inserción	Extremo proximal de la tibia bajo el cóndilo medial (a través de la pata de ganso)
Función	Articulación de la cadera: extensión y rotación interna de muslo, estabilización de la pelvis Articulación de la rodilla: flexión y rotación interna de pierna
Inervación	División tibial del nervio ciático (L5-S2)



M. Semimembranoso y M. Semitendinoso.

Test de elongación.

Posición del paciente:

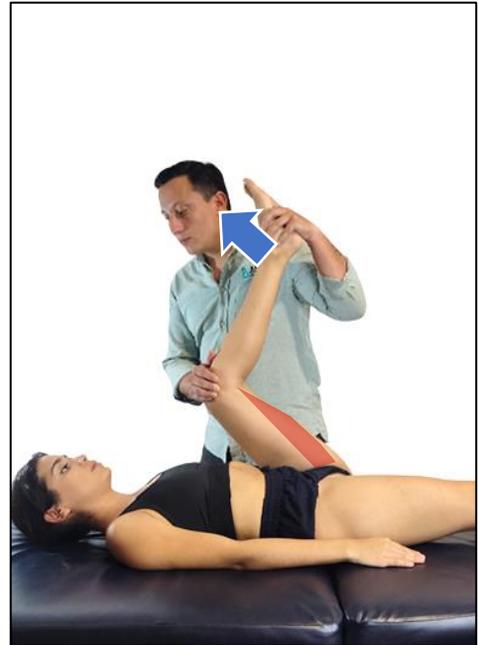
En decúbito supino, con la cadera en flexión submáxima.

Posición del terapeuta

Del lado de la extremidad a evaluar, con una mano controla la posición del miembro desde la rodilla, mientras con la otra realiza un impulso de estiramiento con un movimiento de extensión de rodilla,

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada en la parte medial del muslo posterior



Test de contracción

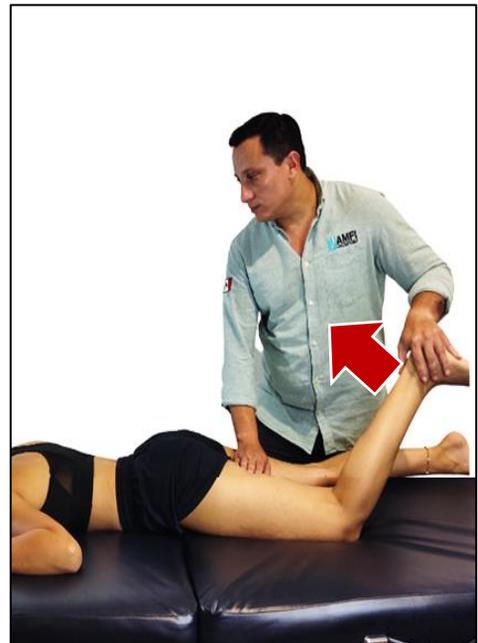
Posición del paciente:

En decúbito prono, con la rodilla en ligera flexión.

Posición del terapeuta

Del lado contralateral al miembro a evaluar, se ofrece con la mano una resistencia a la flexión de rodilla desde el tercio distal de la tibia,

Test positivo: debilidad, dolor en la cara anterior, medial o posterior de la rodilla o en la cara medial y posterior del muslo.

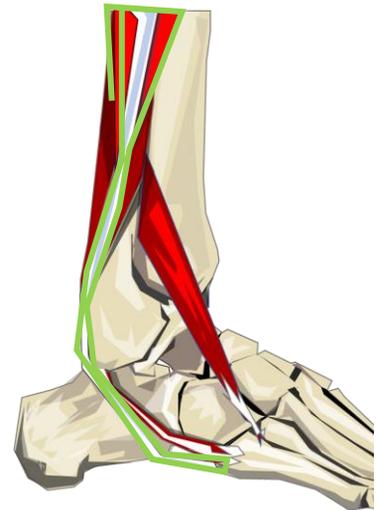


M. Peroneo largo

musculus peroneus longus



Origen	Se origina, por arriba de la tuberosidad externa del peroné y en la cabeza del peroné
Inserción	en la cara plantar del primer cuneiforme y del primer metatarsiano.
Función	el músculo Peroneo Lateral Largo extiende el pie sobre la pierna, lo lleva hacia afuera y le hace ejecutar al mismo tiempo un movimiento de rotación, en virtud del cual la cara plantar se dirige hacia afuera. Es flexor plantar, abductor y rotatorio externo del pie (pronador).
Inervación	N. Peroneo superficial

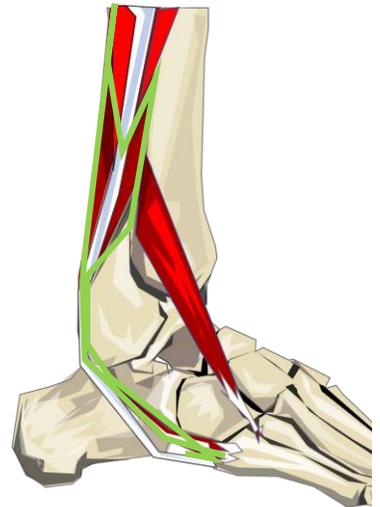


M. Peronéo corto

musculus peroneus brevis



Origen	zona externa del peroné
Inserción	Apófisis estiloides del 5to metatarsiano
Función	Eversión, pronación y extensión del tobillo.
Inervación	N. Peroneo superficial



M. peroneos

Test de elongación.

Posición del paciente:

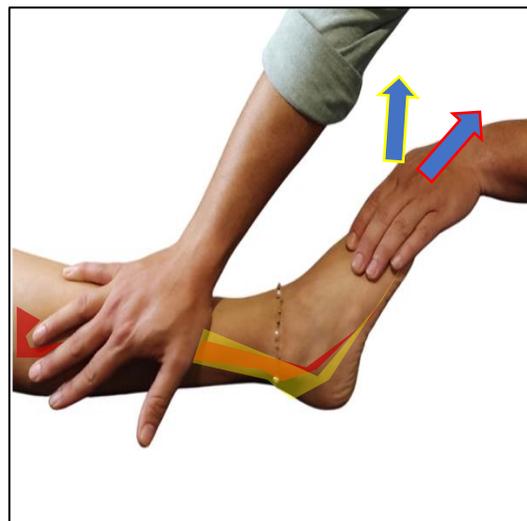
En decúbito supino,

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura con un movimiento de plantiflexión e inversión del tobillo.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara lateral del tobillo.



Test de contracción

Posición del paciente:

Decúbito supino

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de eversión desde la cara lateral del pie.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara lateral del tobillo



M. Tibial anterior

Tibialis anterior



Origen	se origina en la región externa de la tibia,
Inserción	en la parte interna del pie en la primera cuña del tarso y en el primer metatarsiano.
Función	mover al tobillo en dirección posterior y así lograr la flexión dorsal, y también de mover al pie en dirección medial para producir el movimiento de inversión que involucra a las articulaciones del tarso, metatarso y tobillo.
Inervación	N. Peroneo profundo



M. Tibial anterior

Test de elongación.

Posición del paciente:

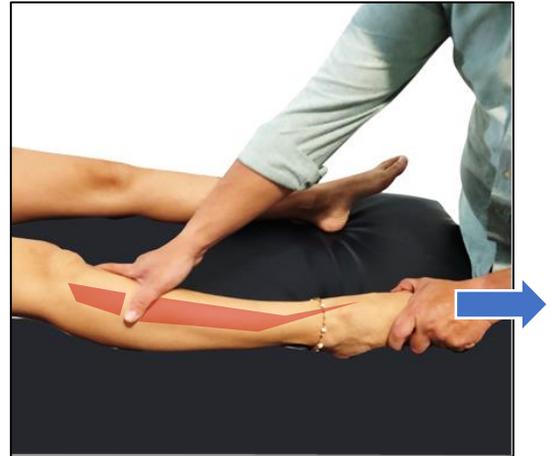
En decúbito supino,

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura con un movimiento de plantiflexión del tobillo.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara anterior del tobillo.



Test de contracción

Posición del paciente:

Decúbito supino

Posición del terapeuta

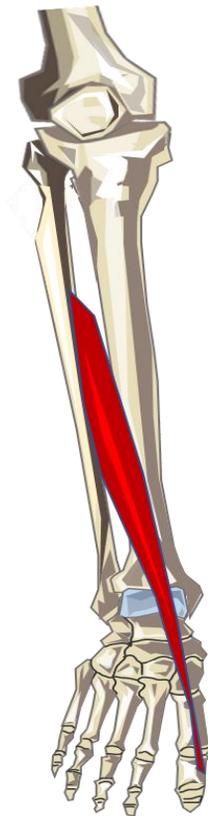
Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de dorsiflexión, desde la cara dorsal del pie.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara anterior del tobillo



M. Extensor del dedo gordo.

musculus extensor hallucis longus



Origen	Superficie medial del peroné y membrana interósea
Inserción	Falange distal del dedo gordo
Función	Extensión del dedo gordo del pie y flexión dorsal del pie
Inervación	N. Peroneo profundo

M. Extensor del dedo gordo

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito supino,

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura con un movimiento de plantiflexión de tobillo y flexión del dedo gordo del pie.



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara anterior de la tibia, tobillo o dedo gordo del pie.

Test de contracción

Posición del paciente:

Decúbito supino

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de extensión del dedo gordo del pie.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara anterior de la tibia, dorso del pie o dedo gordo.

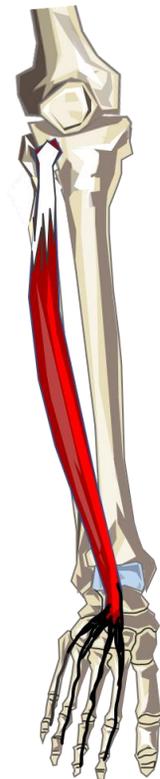


M. Extensor común de los dedos

musculus extensor digitorum longus



Origen	Se origina inferior al cóndilo lateral de la tibia y en la parte superior y en los tres cuartos superiores de la cara anterior del peroné;
Inserción	El músculo pasa por debajo de los ligamentos crurales cruzados y transversos en compañía del peroneo anterior y se divide en cuatro partes que recorren el dorso del pie, y que cada una de las cuales se inserta en las falanges medias y distales de los dedos del pie
Función	La acción de este músculo es la de extensión del 2º al 5º dedo. Así mismo, también participa en la flexión dorsal en la articulación del tobillo, abducción y pronación del pie. Combinando estos tres movimientos se produce la eversión del pie.
Inervación	N. Peroneo profundo.



M. Extensor comun de los dedos

Test de elongación.

Posición del paciente:

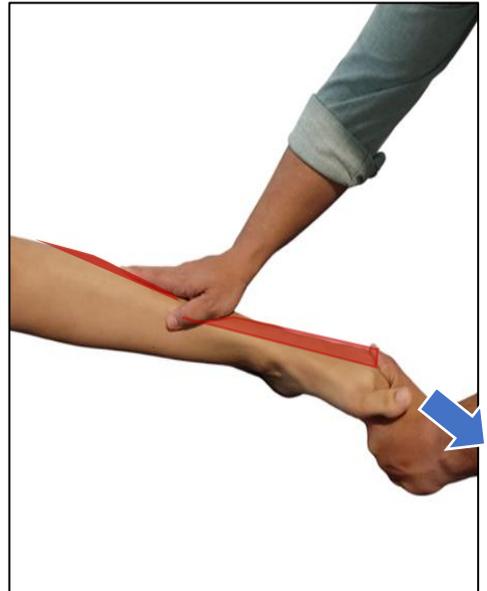
En decúbito supino,

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura con un movimiento de plantiflexión de tobillo y flexión de los últimos 4 dedos del pie.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara anterior de la tibia, tobillo los últimos 4 dedos del pie



Test de contracción

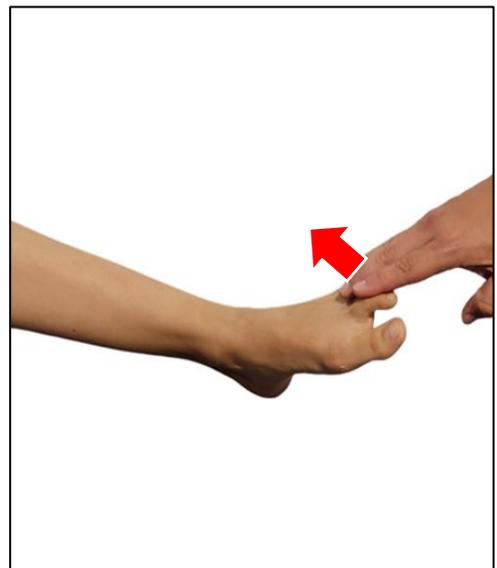
Posición del paciente:

Decúbito supino

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de extensión de los últimos 3 dedos del pie.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara anterior de la tibia, dorso del pie o dedos del pie.



M. Tibial posterior

musculus tibialis posterior



Origen	en la parte proximal de la superficie posterior de la tibia (en la línea oblicua, debajo del músculo sóleo, en la membrana interósea de la pierna y en la cara medial del peroné
Inserción	se inserta en la tuberosidad del hueso escafoides (también conocido como navicular), en la apófisis menor del calcáneo, ⁴ dando expansiones a la superficie plantar de los huesos cuneiformes medial, intermedio y lateral, a la cara plantar del cuboides y a la cara plantar de la base de los metatarsianos II, III y IV.
Función	Además de la flexión plantar y la aducción, también realiza supinación del pie (aproxima e invierte). ⁴ Estos tres movimientos realizados de forma conjunta se denominan inversión del pie. También sostiene el arco medial del pie durante la marcha. ³ Forma una rienda junto al peroneo largo (sostén arcos plantares).
Inervación	N. Tibial



M. Tibial posterior

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito prono con la rodilla en flexión,

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza el tobillo de la pierna a evaluar, mientras con la otra realiza un movimiento de dorsiflexión con eversión para realizar el estiramiento.

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara medial de la tibia o tobillo



Test de contracción

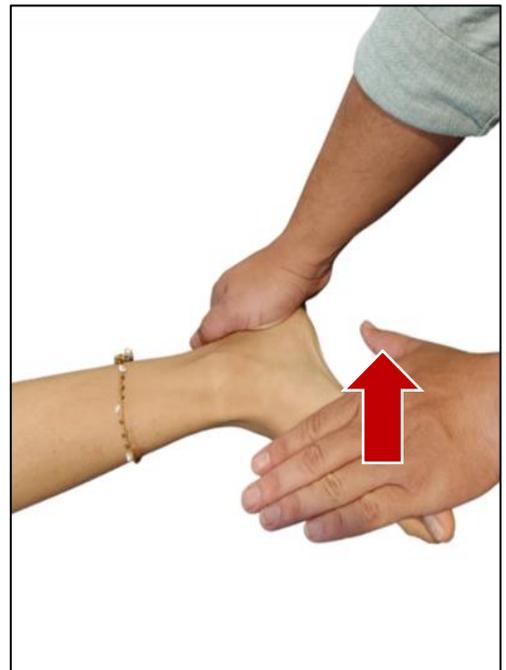
Posición del paciente:

Decúbito lateral, con la pierna a evaluar ubicada "abajo".

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento inversión del tobillo.

Test positivo: debilidad, dolor en la cara medial de la tibia.

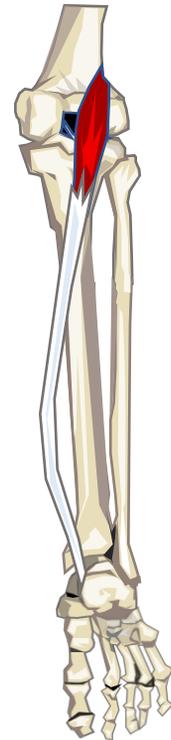


M. Plantar Largo

musculus plantaris



Origen	En origina en la parte inferior de la cresta supracondílea externa y en la superficie poplítea del fémur, por encima del gemelo externo
Inserción	En el lado interno del tendón de Aquiles o en la cara posterior del calcáneo
Función	Su acción motora es muy débil, provoca la flexión plantar del pie y la flexión de la rodilla. Evita la compresión de los vasos tibiales posteriores al realizar la flexión de la rodilla.
Inervación	N. Tibial

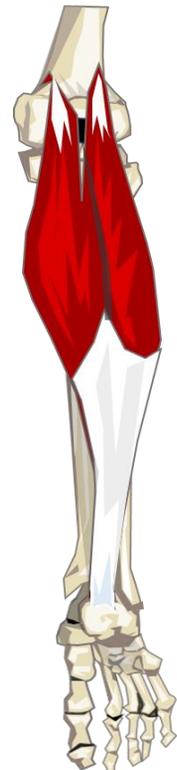


M. Gastrocnemios

musculus gastrocnemius



Origen	cóndilos femorales, porción superior,
Inserción	Tendón de Aquiles. En el hueso calcáneo
Función	Provoca la flexión plantar del pie y contribuye débilmente a la flexión de la rodilla. Su importancia radica en ser el motor principal en la propulsión al inicio de la marcha
Inervación	N. tibial



M. Gastrocnemios

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito prono con la rodilla en extensión.

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura con un movimiento de plantiflexión desde el muslo del terapeuta.



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara posterior del tobillo y pantorrilla.

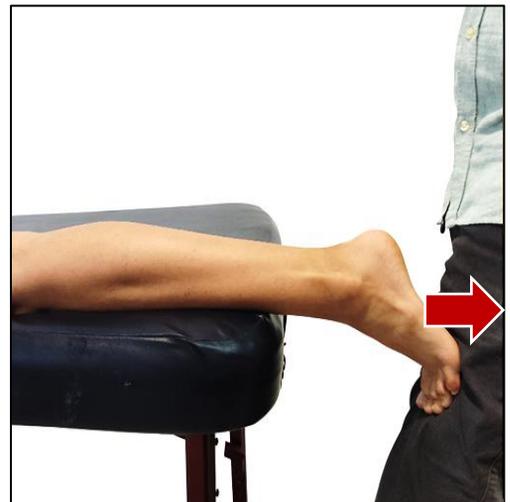
Test de contracción

Posición del paciente:

Decúbito prono

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de extensión de tobillo desde el muslo del paciente



Test positivo: debilidad, dolor posterior del tobillo, tendón de Aquiles o pantorrilla

M. sóleo



Origen	La mayor parte de las fibras del sóleo se originan en cada lado de la aponeurosis anterior, unidas a la tibia y al peroné. Otras fibras se originan en las superficies posteriores de la cabeza del peroné y su cuarto superior, así como el tercio medio del borde medial de la tibia.
Inserción	tendón calcáneo y se inserta en la superficie posterior del calcáneo.
Función	Su función es la flexión plantar o extensión del pie y la elevación del talón-
Inervación	Lo inerva el nervio tibial con raíces en (S1 y S2)



M. sóleo

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito prono con la rodilla en flexión.

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura a través de un movimiento de plantiflexión realizado por la mano del terapeuta

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara posterior del tobillo y pantorrilla.



Test de contracción

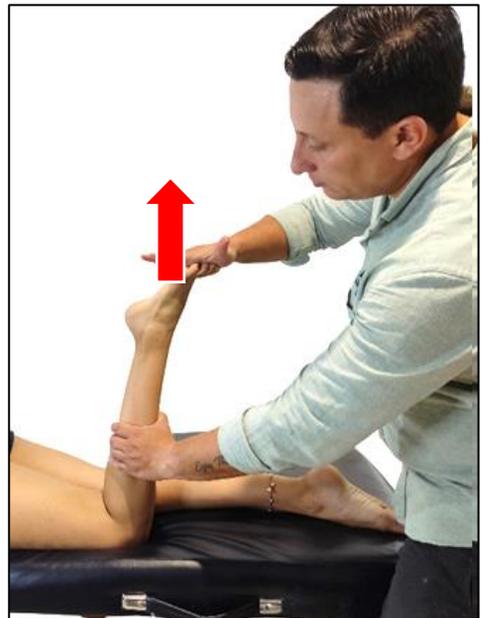
Posición del paciente:

Decúbito prono y rodilla en flexión.

Posición del terapeuta

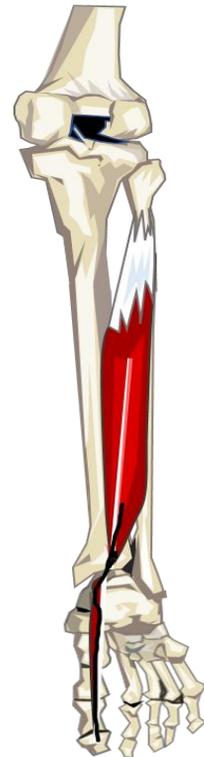
Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de extensión de tobillo con la mano del terapeuta.

Test positivo: debilidad, dolor posterior del tobillo, tendón de Aquiles o pantorrilla



M. Flexor largo del dedo gordo.

musculus flexor hallucis longus



Origen	la parte posterior del tercio inferior del peroné
Inserción	la superficie plantar o inferior de la base de la última falange del dedo gordo del pie.
Función	Cuando se contrae produce la flexión del dedo gordo (primer dedo) del pie
Inervación	N. Tibial

M. Flexor largo del dedo gordo.

Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito prono con la rodilla en flexión.

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura a través de un movimiento de plantiflexión de tobillo y extensión del dedo gordo realizado por las manos del terapeuta

Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara posterior del tobillo y pantorrilla.

*otra opción es acentuar el arco plantar y observar la respuesta de flexión del dedo gordo en caso de acortamiento



Test de contracción

Posición del paciente:

Decúbito prono y rodilla en flexión.

Posición del terapeuta

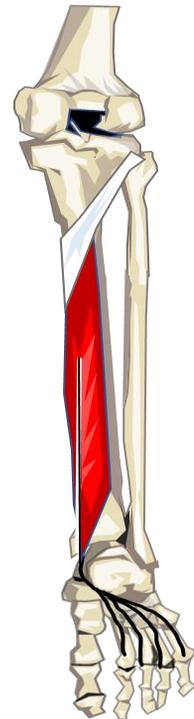
Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de flexión del dedo gordo del pie.

Test positivo: debilidad, dolor posterior del tobillo, tendón de Aquiles, pantorrilla o arco plantar.



M. Flexor común de los dedos.

musculus flexor digitorum longus



Origen	e origina en la parte media de la cara posterior de la tibia, por debajo de la línea oblicua
Inserción	El tendón se divide en cuatro, uno para cada uno de los últimos cuatro dedos. Insertándose en las falanges distales.
Función	Flexión de los dedos.
Inervación	N. Tibial.

M. Flexor común de los dedos.

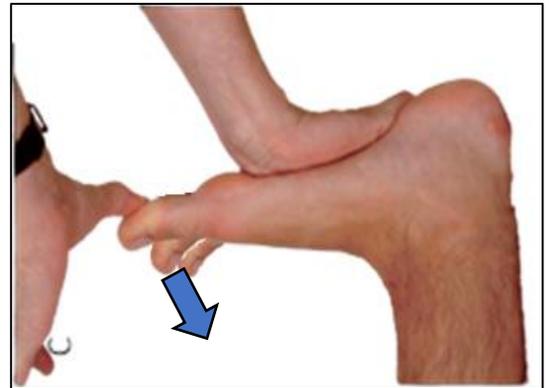
Test de elongación.

Posición del paciente:

En decúbito prono con la rodilla en flexión.

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, con una mano estabiliza la tibia contra la camilla, mientras con la otra realiza una elongación de la musculatura a través de un movimiento de plantiflexión de tobillo y extensión los dedos del pie, realizado por las manos del terapeuta



Test positivo.

Sensación terminal muscular aumentada, dolor en la cara posterior del tobillo y pantorrilla.

Test de contracción

Posición del paciente:

Decúbito prono y rodilla en flexión.

Posición del terapeuta

Caudal al paciente, se ofrece una resistencia al movimiento de flexión de los dedos del pie.

Test positivo: debilidad, dolor posterior del tobillo, tendón de Aquiles, pantorrilla o arco plantar.



tronco

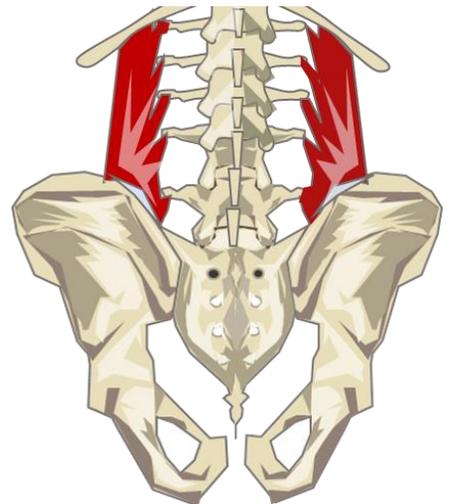


M. Cuadrado lumbar

musculus quadratus lumborum

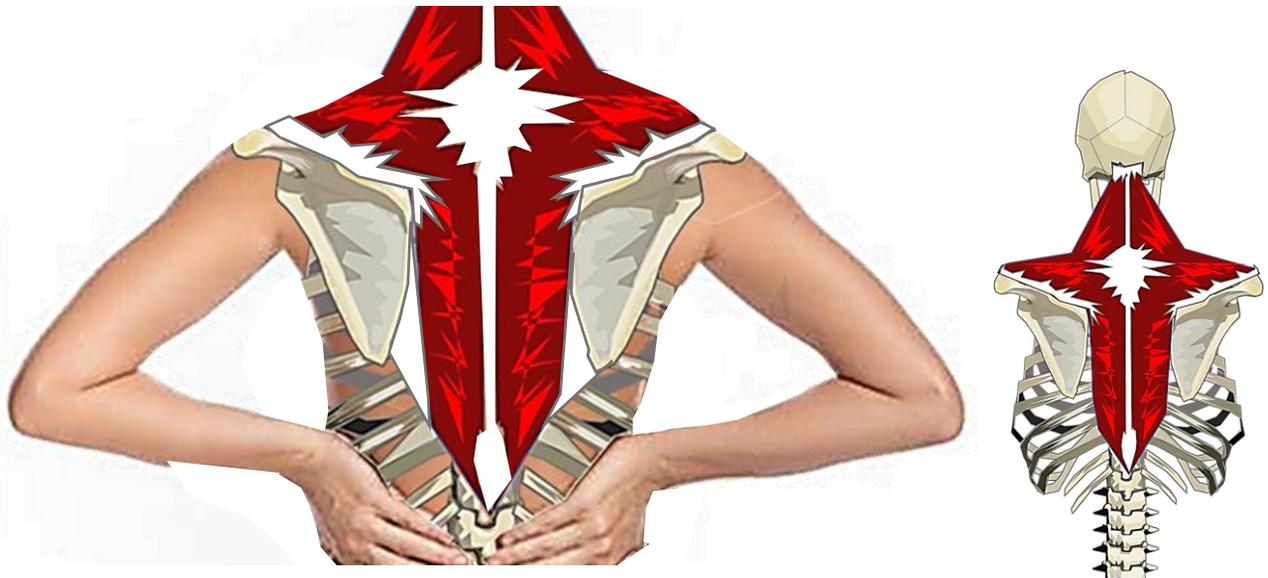


Origen	Proceso transversal de la vértebra L5, cresta ilíaca, ligamento iliolumbar
Inserción	Procesos transversales de las vértebras L1-L5, borde inferior de la costilla 12
Función	y estabilización de la 12ª costilla. Flexión lateral del tronco.
Inervación	Ramas anteriores de los nervios espinales T12-L4 Depresión



M. Trapecio seuperior, medio e inferior

musculus trapezius

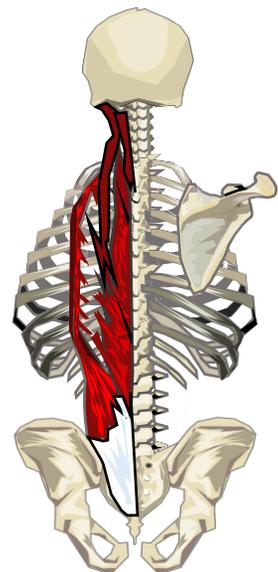


Origen	<p>Porción descendente (fibras superiores): tercio medial de la línea nual superior, protuberancia occipital externa</p> <p>Porción transversa (fibras medias): ligamento nual que se inserta en los procesos espinosos de las vértebras C1-C6, procesos espinosos y ligamentos supraespinosos de las vértebras C7-T3</p> <p>Porción ascendente (fibras inferiores): procesos espinosos y ligamentos supraespinosos de las vértebras T4-T12</p>
Inserción	<p>Porción descendente (fibras superiores): tercio lateral de la clavícula</p> <p>Porción transversa (fibras medias): borde medial del acromion, cresta superior de la espina de la escápula</p> <p>Porción ascendente (fibras inferiores): vértice lateral del borde medial de la espina de la escápula</p>
Inervación	<p>Motora: nervio accesorio (XI par craneal)</p>
funciones	<p>Porción descendente (fibras superiores)</p> <ul style="list-style-type: none">- Articulación escapulotorácica: mueve la escápula de manera superomedial- Articulación atlantooccipital: extensión de la cabeza y cuello, flexión lateral de la cabeza y cuello (ipsilateral)- Articulación atlantoaxoidea: rotación de la cabeza (contralateral) <p>Porción transversa (fibras medias)</p> <ul style="list-style-type: none">- Articulación escapulotorácica: mueve la escápula de forma medial <p>Porción ascendente (fibras inferiores)</p> <ul style="list-style-type: none">- Articulación escapulotorácica: mueve la escápula de manera inferomedial

M. Músculo erector de la columna

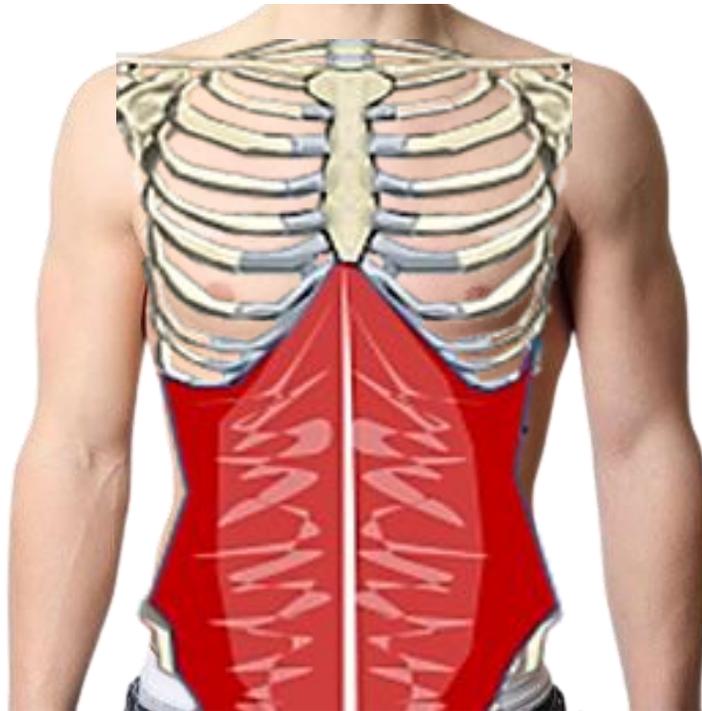
musculus erector spinae

Origen	<p>Iliocostal: ángulos de las costillas; cresta lateral del sacro; extremo medio de la cresta ilíaca; fascia toracolumbar.</p> <p>Longísimo: proceso transversal de C4-T5; extremo medio de la cresta ilíaca; cresta lateral del sacro; procesos espinosos y transversales de las vértebras L1-L5.</p> <p>Espinoso: procesos espinosos torácicos superiores y cervicales</p>
Inserción	<p>Iliocostal: ángulos de las costillas; procesos transversales cervicales y lumbares.</p> <p>Longísimo: ángulos de las costillas inferiores; procesos transversales torácicos y cervicales; proceso mastoideo.</p> <p>Espinoso: procesos espinosos de las vértebras C7-T1 y T11-L2; ligamento nual</p>
Función	<p>Bilateralmente: extensión de la columna vertebral y de la cabeza; controlando la flexión de la columna vertebral mediante un alargamiento gradual</p>
Inervación	<p>Ramas laterales de la ramificación posterior de los nervios espinales,</p>

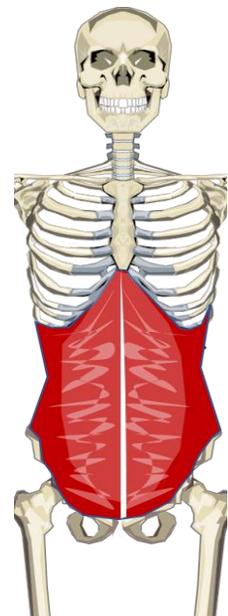


M. Transverso del abdomen

musculus transversus abdominis

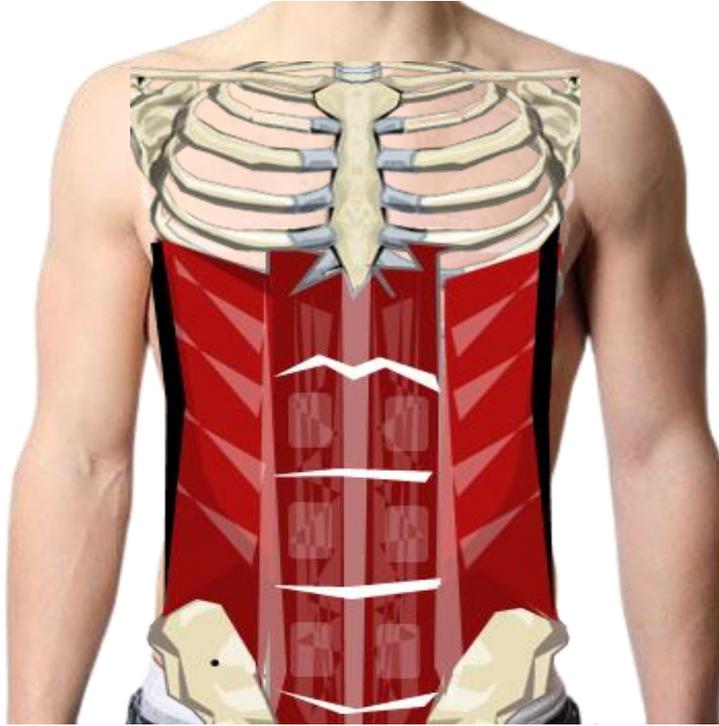


Origen	ascia toracolumbar, cresta ilíaca, dos tercios laterales del ligamento inguinal, cartílagos costales de las costillas 7 ^a -12 ^a .
Inserción	aponeurosis anterior, terminando en la línea alba y cresta púbica
Función	comprime la cavidad abdominal
Inervación	rama anterior de los nervios espinales T7-L1



M. Recto del abdomen

musculus rectus abdominis

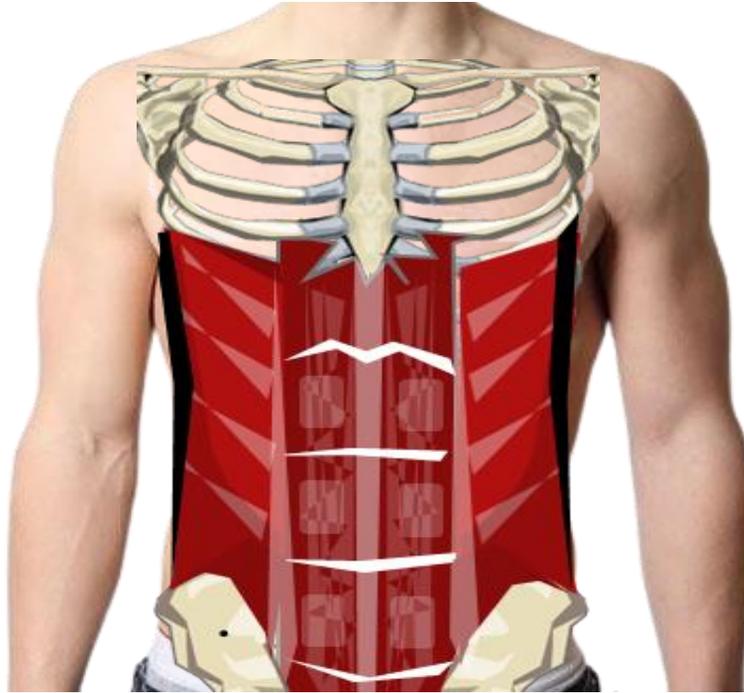


Origen	Sínfisis púbica, tubérculo y cresta
Inserción	Apófisis xifoide y 5º-7º cartílagos costales
Función	Además de ayudar a los músculos planos a comprimir las vísceras abdominales, el recto abdominal también estabiliza la pelvis durante la marcha y deprime las costillas.
Inervación	Ramas anteriores de los nervios espinales T6-L1



M. Oblicuo externo del abdomen

musculus obliquus externus abdominis

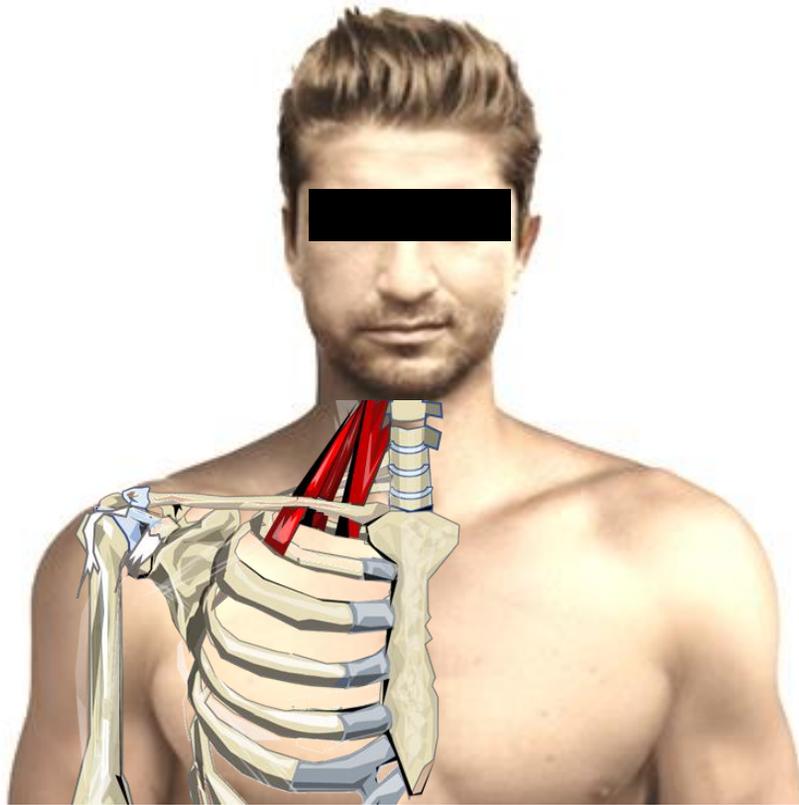


Origen	Cara externa de 5-12 costilla
Inserción	Línea alba y sínfisis del pubis
Función	los nervios intercostales inferiores más el nervio subcosta
Inervación	Comprime y sostiene vísceras abdominales · Rota y flexiona el tronco

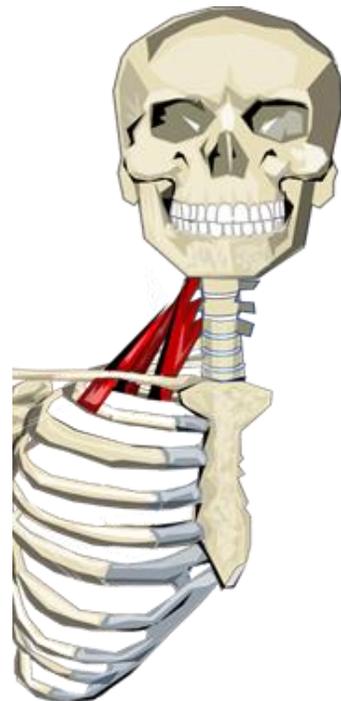


M. Escalenos

Musculus scalenus

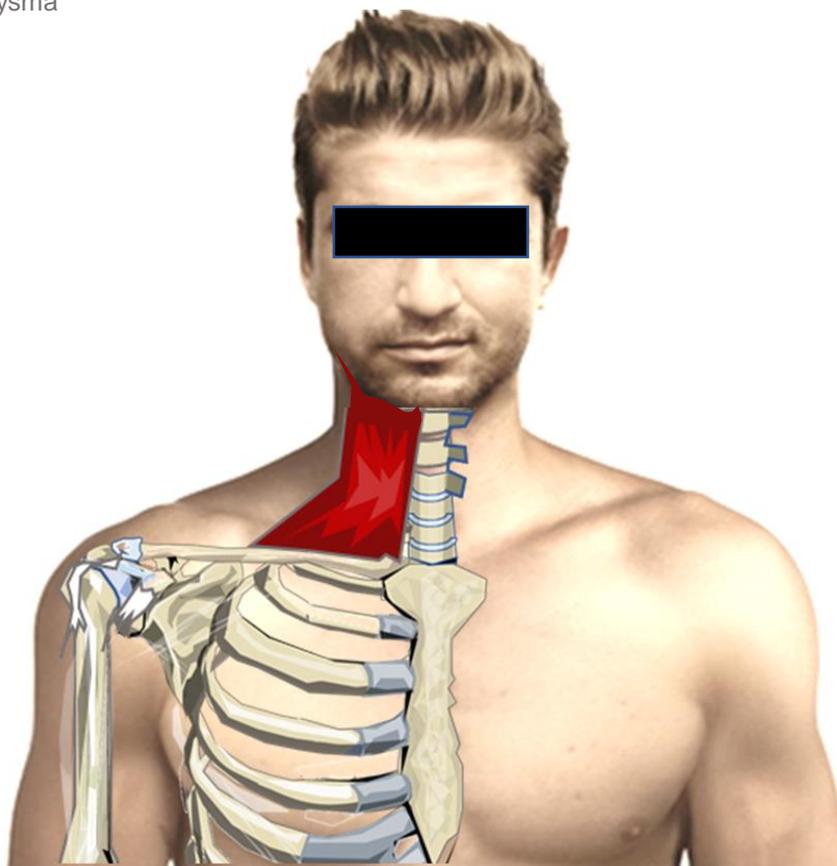


Origen	Vértebras cervicales (CII-CVII)
Inserción	Primera y segunda costilla
Función	Nervios cervicales (C3-C8)
Inervación	Elevación de costillas I-II

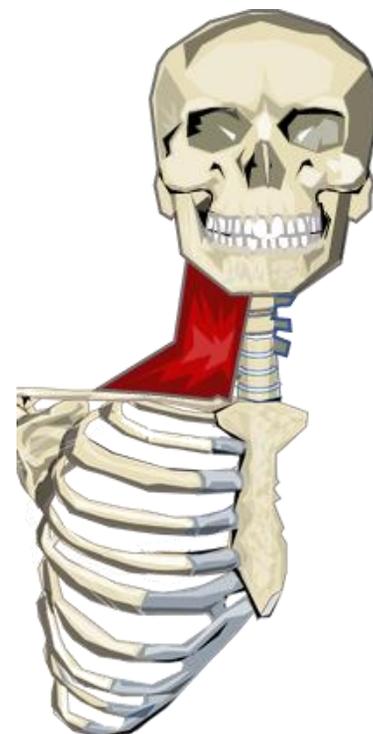


M. Platisma

Musculus platysma

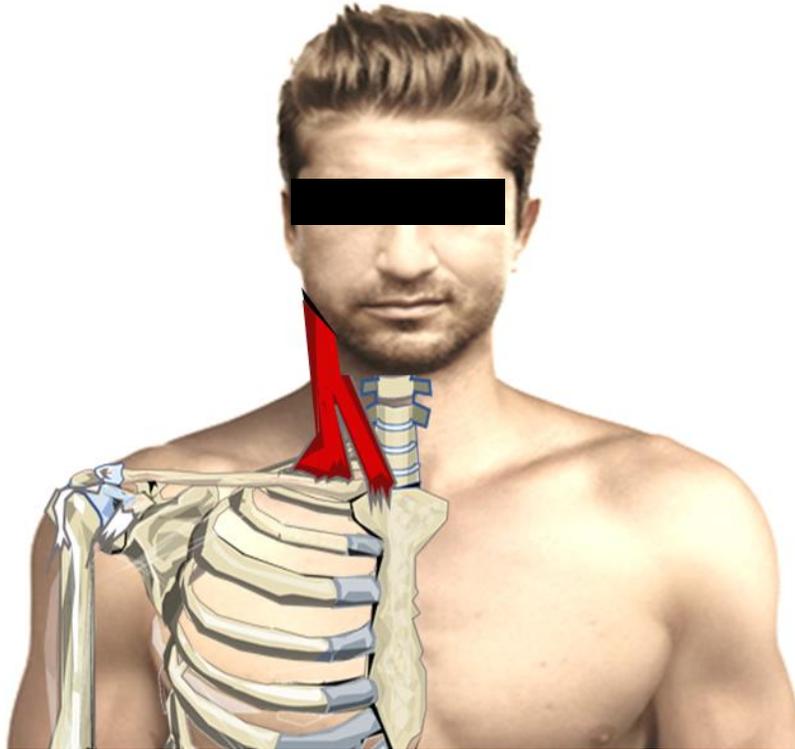


Origen	Fascia de los músculos pectoral mayor y deltoides
Inserción	Borde inferior de la mandíbula, labio inferior, modiolos y tejido subcutáneo de la cara inferior
Función	Tensa la piel entre la mandíbula y el cuello lateral, ayuda a bajar la mandíbula
Inervación	Rama cervical del nervio facial

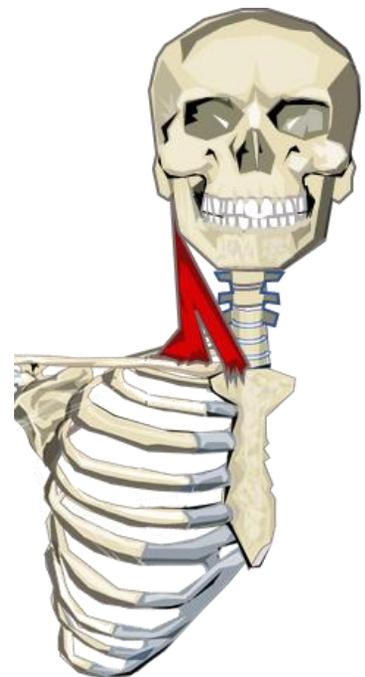


M. Esternocleidomastoideo.

Musculus sternocleidomastoideus

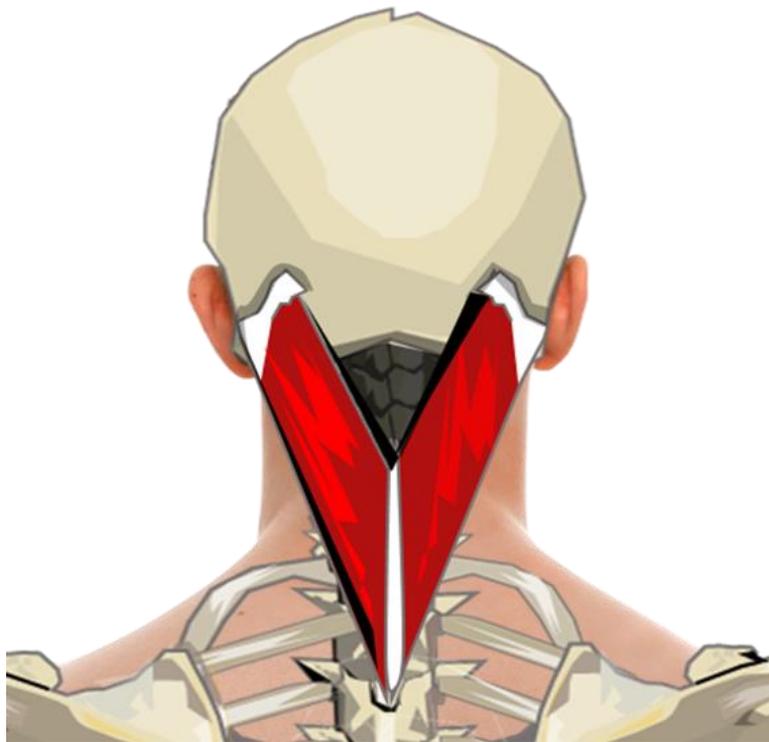


Origen	Manubrio, clavícula medial
Inserción	Apófisis mastoides, línea nuchal superior
Función	flexión lateral, flexión y rotación de la cabeza sobre el cuello
Inervación	Nervio accesorio (CN XI)

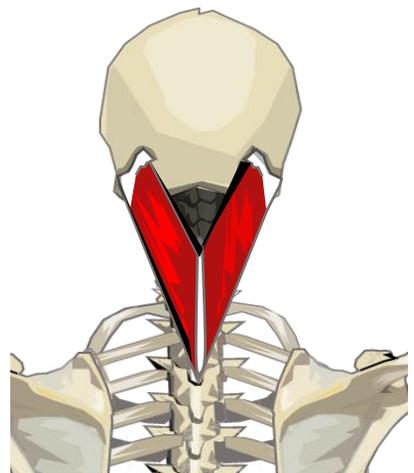


M. Esplenio.

musculus splenius



Origen	Ligamento nuczal y de las apófisis espinosas
Inserción	Proceso mastoideo y superficie rugosa del hueso occipital
Función	Gira la cabeza hacia el mismo lado, extiende la cabeza
Inervación	ramas laterales de la 2ª y 3ª rama dorsal cervical del plexo cervical

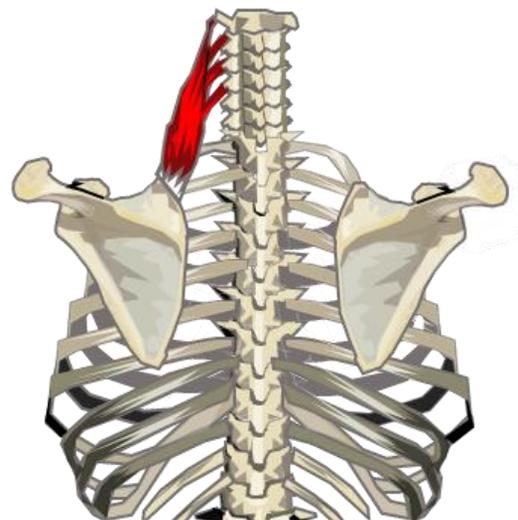


M. Elevador de la escápula

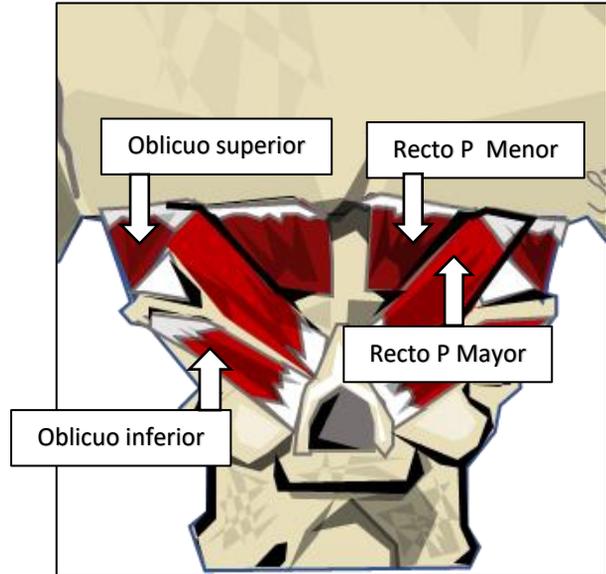
musculus levator scapulae



Origen	Procesos transversales C1-C4
Inserción	Ángulo superior de la escápula
Función	Eleva el borde medial de la escápula, cuando la escápula está fija, flexión lateral del cuello
Inervación	Ramas directas de los nervios espinales C3-4 y del nervio escapular dorsal (C5)



M..



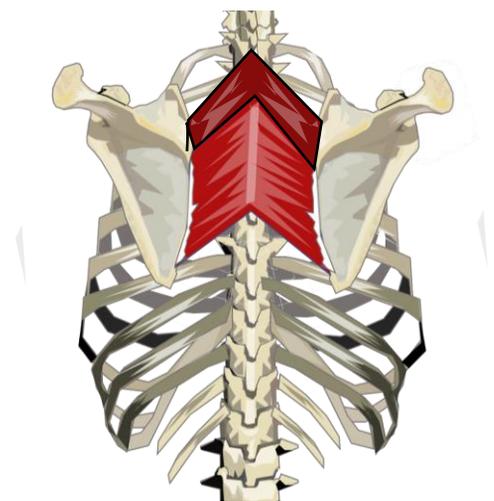
<p>Origen</p>	<p>Recto posterior mayor :Se origina en la apófisis espinosa de las vértebras C2 (axis) Recto posterior menor:l tubérculo posterior de c1 Oblicuo inferior: se origina en la apófisis espinosa de la vértebra C2. Oblicuo superior: Apófisis transversal de la C1</p>
<p>Inserción</p>	<p>Recto posterior mayor: se inserta en la parte lateral de la línea nugal inferior del hueso occipital. Recto posterior menor: hasta la parte medial de la línea nugal inferior del hueso occipital. Oblicuo inferior: apófisis transversal de la C1. Oblicuo superior: hueso occipital</p>
<p>Función</p>	<p>Recto posterior mayor: Extensión y rotación de la cabeza. Recto posterior menor:Extensión de la cabeza Oblicuo inferior: Extensión y rotación de la cabeza. Oblicuo superior: Extensión de la cabeza</p>
<p>Inervación</p>	<p>nervio suboccipital (rama posterior de C1).</p>

M. Romboides mayor y menor

musculus rhomboideus



Origen	En la parte inferior de la nuca y en la superior de la región dorsal del tórax
Inserción	borde medial de la escápula
Función	retrae la escápula y gira la cavidad glenoidea. También fija la escápula a la pared torácica.
Inervación	Nervio escapular dorsal (C4 y C5)

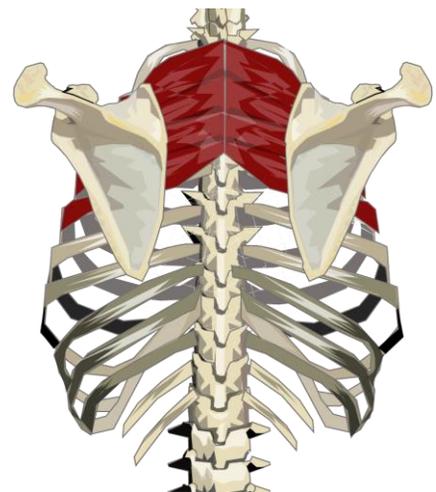


M. Serrato posterior superior

musculus serratus posterior superior



Origen	Ligamento nuchal y las apófisis espinosas de las vértebras C7 a T3.
Inserción	La parte superior del borde de la segunda a la quinta costillas.
Función	Eleva las costillas y ayuda en la inspiración.
Inervación	Segundo a quinto nervios intercostales.



M. Serrato posterior inferior

musculus serratus posterior superior



Origen	vértebras T11 a L2
Inserción	Bordes inferiores de la costillas novena a la duodécima
Función	Bajar la parte inferior costillas, ayudar en la espiración
Inervación	Nervio Intercostal

