

## CASO CLÍNICO

# CERVICALGIA Y LUMBALGIA CRÓNICAS ASOCIADAS A UN SÍNDROME DE PIERNAS INQUIETAS TRATADO CON MÉTODO MÉZIÈRES

## RESUMEN

**Introducción:** Rafael S.F, de 46 a., presenta un dolor cervical y lumbar intensos y de larga evolución. Esta sintomatología va acompañada de hipoestésias y rampas en las piernas (diagnosticado como Síndrome de Piernas Inquietas) y de episodios repetidos de factores de estrés-ansiedad. Rafael S.F. trabaja como funcionario de correos y no realiza ningún tipo de actividad física. **Método:** se realizaron un total de 16 sesiones realizadas mediante el Método Mézières, basado en estiramientos activos globales de las cadenas miofasciales, terapia manual y trabajo de la conciencia corporal. **Resultados:** respecto al dolor según EVA (8 a 0), cambios importantes morfoestáticas y extensibilidad (test FAT distancia dedos suelo de 30 cm a 12 cm). **Discusión:** los resultados obtenidos tras el tratamiento han proporcionado una mejora significativa de la sintomatología, evidenciándose cambios morfoestáticos y una mejora de la flexibilidad de la cadena miofascial posterior. Esta propuesta parece indicada en ciertas afecciones catalogadas de irreversibles como es el caso del síndrome de piernas inquietas. **Conclusiones:** esta propuesta terapéutica basada en el método Mézières ha permitido mejorar tanto el dolor como la postura y la función, mediante un abordaje individual y global

SALA FRANCH J. Oriol

*Fisioterapeuta-Mezierista, Barcelona.  
Profesor colaborador en la formación Mézières por IFGM.*

### Correspondencia

J. Oriol Sala Franch  
joseporiolsf1@hotmail.com

## PALABRAS CLAVE

Cervicalgia, Lumbalgia, Alteración Postural, Síndrome de piernas inquietas, Método Mézières.

# CERVICAL AND LOWER BACK PAIN ASSOCIATED WITH A RESTLESS LEGS SYNDROME TREATED WITH MÉZIÈRES METHOD

## ABSTRACT

**Introduction:** Rafael S.F, 46 years old., presents a neck and lower back intense and long-standing pain. This symptomatology is accompanied by hypoesthesia and slides in the legs (diagnosed as Restless Legs Syndrome) and repeated episodes of stress and anxiety factors. Rafael S.F. Works as a post-official and don't realize any physical activity. **Method:** With a total of 16 treatment sessions using Mézières Method, which is based on the overall active stretching exercises of the myofascial chains, manual therapy and body awareness work. **Results:** About the pain according by EVA (8 to 0), morphostatics important changes (left Sternal Angle of Inclination from 24,5° to 15,3°) and extensibility (FAT test in fingers to ground distance from 30 cm to 12 cm). **Discussion:** The results obtained after treatment have provided a significant improvement about the symptomatology, evidenced postural changes and improvement of the posterior myofascial chain flexibility. This proposal seems indicated in some conditions listed as irreversible like in Restless Legs Syndrome. **Conclusions:** This therapeutic proposal based by Mézières Method allowed improve the pain as well as the posture and the function, by an individual and global approach.

## KEY WORDS

Neck pain, Low Back pain, Postural Balance, Restless Legs Syndrome, Mézières Method.

## INTRODUCCIÓN

El Método Mézières aplicado en alteraciones morfoestáticas asociadas a dolor crónico, permite devolver la movilidad, extensibilidad i simetría perdidas, además de reducir el dolor y otros síntomas que se han producido en el proceso patológico.

El Síndrome de las Piernas Inquietas (SPI) es un trastorno neurológico caracterizado por parestesias o disestesias en las piernas y un impulso incontrolable de moverse, sobretodo, durante la noche (1-3). El diagnóstico de este síndrome es puramente clínico y se basa en 4 criterios mínimos establecidos por el International Restless Legs Syndrome Study Group (IRLSSG) (1).

En el caso clínico que se describe, además del SPI, aparecen otras patologías asociadas como algias vertebrales que serán tratadas mediante el Método Mézières con el objetivo de mejorar la sintomatología y las alteraciones posturales que se deriven.

En la (Tabla I) se muestran las abreviaturas que aparecen durante el texto.

Tabla I. Abreviaturas

|             |                               |              |   |
|-------------|-------------------------------|--------------|---|
| <b>FAT</b>  | Flexión Anterior de Tronco    | <b>ACETA</b> | Angulo Cintura Escapulo-Torácica Anterior |
| <b>EESS</b> | Extremidades Superiores       | <b>AICA</b>  | Angulo de Inclinación Cefálica Anterior   |
| <b>EELI</b> | Extremidades Inferiores       | <b>AIE</b>   | Angulo de Inclinación Externa             |
| <b>SPI</b>  | Síndrome de Piernas Inquietas | <b>AVP</b>   | Angulo de Versión Pelviana                |
| <b>CMP</b>  | Cadena Miofascial Posterior   | <b>ACD</b>   | Angulo de Cifosis Dorsal                  |
| <b>RI</b>   | Rotación Interna              | <b>ALL</b>   | Angulo de Lordosis Lumbar                 |
| <b>RE</b>   | Rotación Externa              | <b>AFC</b>   | Angulo de Flexión de Cadera               |
| <b>Abd</b>  | Abducción                     | <b>AFR</b>   | Angulo de Flexión de Rodilla              |
| <b>BP</b>   | Bipedestación                 | <b>DDS</b>   | Distancia Dedos Suelo                     |
| <b>SD</b>   | Sedestación                   | <b>ATP</b>   | Angulo Traslación Pelviana                |

## CASO CLÍNICO

### 1. ANAMNESIS

Paciente de 46 años de edad, con actividad laboral como funcionario de Correo Postal realizando actividades de carga y descarga de paquetería. Acude a la consulta a causa de algias vertebrales crónicas desde el año 2004, centradas mayoritariamente en la zona cervical y lumbar, que se incrementan sobre todo en épocas de mayor estrés.

En visita con su traumatólogo y tras análisis radiográfico se diagnostica una espondiloartrosis con afectación en C4-C6 y vértebras dorsales medias, además de una ligera desviación del raquis dorsal alto a izquierda.

En el año 2006, Rafael S.F. acude al neurólogo dado que sufre una cervicalgia intensa y duradera, principalmente en trapecios. En la resonancia magnética aparece una discreta espondilosis y discopatía degenerativa con protusiones discales focales mediales entre C3 y C6, no objetivándose afectación mielo-radicular. Como consecuencia de estos episodios repetidos de cervicalgia, el paciente nota que la cintura escapular izquierda se mantiene

anormalmente elevada. Posteriormente se realiza un Electromiograma donde no se observan signos de lesión axonal motora en territorio C5-C8 derecho.

A raíz de esto, durante 1 mes realiza tratamiento de fisioterapia clásica fundamentada en electroterapia, termoterapia y cinesiterapia activa sin ninguna evolución favorable.

En el 2008, Rafael S.F. acude de nuevo al neurólogo en esta ocasión por lumbalgia con radiculopatía en EELI de forma importante. Se realiza una nueva resonancia magnética a nivel del raquis dorsal y lumbo-sacro con resultando negativo. Así mismo, se solicita una nueva electromiografía del raquis lumbo-sacro también con resultado negativo. Aun así, el neurólogo le diagnostica un Síndrome de la Piernas Inquietas (tratado con medicación muy similar a la enfermedad del parkinson). Este síndrome le provoca básicamente sensación de piernas dormidas y rampas, sobretodo nocturnas (en la cama sentía movimientos continuos de las piernas), de manera bilateral.

Finalmente, en marzo del año 2009, el neurólogo le realiza una eco-doppler arterial en extremidades inferiores, dando como resultado una arteria femoral común de características y morfología dentro de la normalidad, con curvas de flujo dentro de la normalidad, femoral profunda permeable de características y morfología normal y una poplítea de características y morfología normal.

A pesar de no hallarse ningún signo positivo, el diagnóstico de Síndrome de piernas inquietas se mantiene. Asociados a estos síntomas aparecen episodios de estrés-ansiedad repetidos.

## 2. EXÁMEN CLÍNICO

### 2.1. ANÁLISIS MORFOESTÁTICO

#### 2.1.1. VISIÓN ANTERIOR

En la observación de la posición estática espontánea se aprecia un aumento de la base de sustentación. El miembro superior se mantiene en discreta abducción con un leve aumento del ángulo de talla izquierdo así como un ascenso importante del hombro izquierdo respecto al contralateral.

Al ver la misma posición pero con pies juntos (fig.1) existe un leve desplazamiento corporal y de la cabeza hacia la derecha con un incremento de la compensación del hombro izquierdo. A nivel pelviano no existe una asimetría relevante manteniendo el miembro inferior en normoeje. Pronación bilateral del antepie tanto en posición espontánea como con los pies juntos.

#### 2.1.2. VISIÓN POSTERIOR (Fig.2)

En esta visión, podemos corroborar la misma asimetría de la cintura escapular que se observaba en la visión anterior, destacándose una abd escapular sumada a la elevación del hombro, pero manteniéndose una buena alineación del raquis.

El resto de lo que se observa en esta visión posterior no aporta aspectos relevantes.

Figura 1.

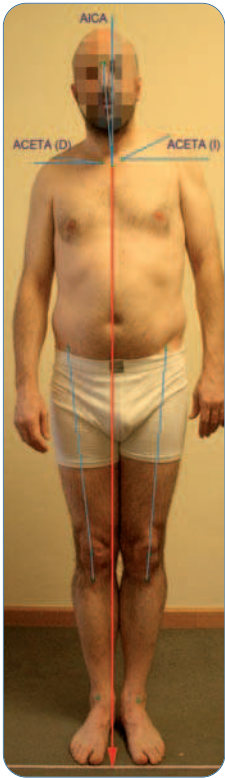


Figura 2.



Figura 3.

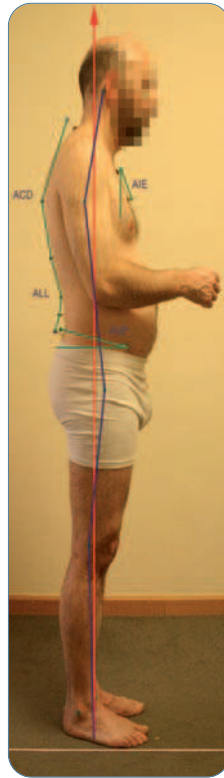


Figura 4.

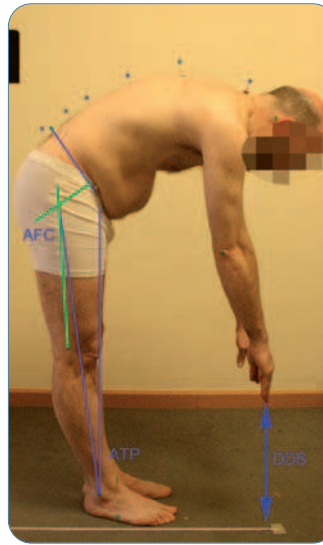
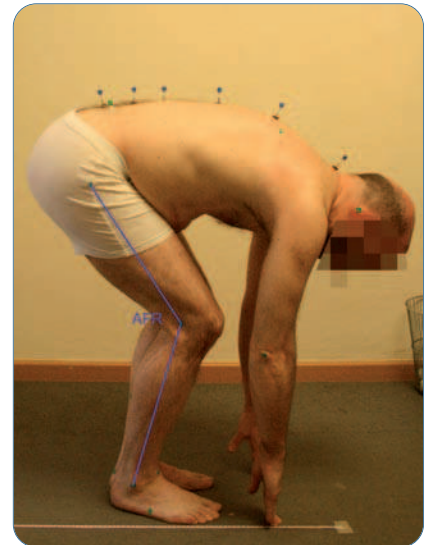


Figura 5.



### 2.1.3. VISIÓN PERFIL (Fig.3)

En la visión de perfil se observa un cierto aumento de las curvas raquídeas además de una proyección anterior sustancial de la cabeza, antepulsión bilateral de la cintura escapulo-torácica acompañados de escapulas ligeramente aladas, desplazamiento anterior de los brazos, flexum de codo y pronación del antebrazo-manu.

La pelvis se mantiene en una posición neutra mientras que a nivel de las EEII se observa un ligero flexum de rodillas.

## 2.2. ANÁLISIS DE EXTENSIBILIDAD MIOFASCIAL

### 2.2.1. FLEXIÓN ANTERIOR DE TRONCO

En una primera instancia, cuando se realiza una FAT de manera espontánea (Fig.4) manteniendo rodillas estiradas, se aprecia una retracción global de la cadena miofascial posterior, sobre todo a nivel de las EEII, una pelvis en retroversión y una columna cervical y cráneo en extensión mantenida. Además de un retraso en la traslación pelviana y un raquis sin armonía en su flexión. Este déficit de flexión se complementa con la medición de la distancia dedos-suelo. En una segunda FAT, permitiendo flexión de rodillas y manteniendo contacto con dedos en plataforma sin despegarlos, se pide una extensión de rodillas hasta que su capacidad lo permita. Esta segunda prueba reafirma la retracción importante de ambas EEII, básicamente en la zona isquiotibial (Fig.5). El test de Adams es negativo.

### 2.2.2. DECÚBITO SUPINO ESPONTÁNEO

En este test se aprecia una Abd y RI de las EESS y una elevación marcada mantenida del hombro izquierdo y una Abd y RE del miembro inferior.

Además, los apoyos corporales respecto al suelo, se centran en talones, vientres musculares de gastrocnemios, 1/3 medio isquiotibial, glúteos, vértice inferior del sacro, espinosas torácicas medias, zona occipital superior y región interescapular.

### 2.2.3. TEST DE LAS CADENAS MIOFASCIALES

A nivel de EESS se evidencia incapacidad para la abducción más de los 90° (brazos en cruz) sin que aparezcan compensaciones en raquis lumbar. En el test pasivo realizado en EEII, la tensión de la CMP se hace notable a unos 50°-60° de flexión coxo-femoral, así como la RI de manera bilateral. En cuanto a la zona craneo-cervical, se remarca el déficit de extensibilidad en toda su movilidad (flexo-extensión, rotaciones e inclinaciones).

### 2.2.4. RESPIRACIÓN

Rafael S.F. presenta un tórax con aumento del ángulo de Charpí. Su respiración activa muestra una mayor actividad dinámica del diámetro transversal costal, con poca movilidad abdomino-diafragmática (tendencia al bloqueo inspiratorio).

## 3. DIAGNÓSTICO FISIOTERAPEUTICO-MEZIERISTA

El diagnóstico se basa en un Síndrome doloroso crónico asociado a espondiloartrosis y discopatía de predominio cervical. Retracción miofascial con predominio de la CMP global moderada y cadena tóraco-braquial bilateral moderada. Hipomovilidad del diámetro vertical respiratorio leve.

## 4. OBJETIVOS

Los objetivos que nos proponemos tras la valoración son:

- La mejora de la extensibilidad miofascial en general, especialmente de la unidad cráneo-sacral.
- Liberación miofascial del complejo lumbo-pélvico-femoral y respiración.
- Búsqueda de la simetrización de la cintura escapulo-torácica y cefálica.
- Activar la conciencia del movimiento y postura.



## 5. TRATAMIENTO

El tratamiento realizado consta de 1 sesión semanal de 1 hora de duración, durante las primeras 10 sesiones, pasando posteriormente a una sesión quincenal y acabando con sesiones cada 3 semanas.

En general, el tratamiento ha constado de los trabajos que a continuación se detallan.

### 5.1. TRABAJO DE CONCIENCIA CORPORAL Y MOVIMIENTO

Un aspecto esencial de toda reeducación global es la mejora de la conciencia corporal por todas las ventajas que ello supone (4). Es clave que el paciente sienta su posición, sus apoyos, su estructura..., y sienta como esas sensaciones van evolucionando y, por tanto, mejorando.

El trabajo de ritmicidad va siempre relacionado con la conciencia de movimiento (5). Esta ritmicidad tanto de región cervical, escapular y pelviana, siempre irá unida a la respiración, la mejora de la conciencia del propio movimiento, así como la capacidad de sentir las limitaciones y estructuras que alteran, dificultan, limitan o fijan esos movimientos. Este trabajo se realiza en las primeras sesiones, con el objetivo de conseguir mayor libertad de movimiento y control activo.

### 5.2. TRABAJO RESPIRATORIO

El trabajo respiratorio inicial se realiza para poder "atacar" el bloqueo inspiratorio, la tensión torácica excesiva y para inhibir los patrones de estrés y ansiedad que refiere el paciente (6). Este trabajo, basado en el reequilibrio diafragmático y transversal del abdomen, estará presente en cada técnica o postura realizada.

### 5.3. TRABAJO DE LA REGIÓN ORO-FACIAL Y MANDIBULAR

Las técnicas utilizadas para la inhibición de la tensión miofascial y articular de toda esta región, aporta una mejora no solo a nivel local sino en su relación con el complejo cérvico-dorsal y de conciencia corporal.

Esta relación se basa en la disociación del sistema estomatocnático y la región céfalo-cervical (7). La importancia de la competencia en las tensiones musculares antero-posteriores cervicales y también mandibulares, principalmente hioideos, alteran la biomecánica a este nivel y pueden comprometer los conductos viscerales en la zona cervical anterior.

### 5.4. TRABAJO DE LA CADENA MIOFASCIAL POSTERIOR GLOBAL (FIG.6)

El trabajo sobre las cadenas miofasciales engloba el estiramiento activo asistido, previo aprendizaje del control de las compensaciones y terapia manual con la finalidad de disminuir tensiones, algias locales o globales, sin olvidar las aferencias necesarias para la mejora integral (8). Un trabajo fundamental en el caso de Rafael S.F. para liberar el complejo lumbo-pelvi-femoral y el eje vertebral.

Figura 6.



Este trabajo se realizó tanto en descarga como en carga. Este último ejercicio se realizó en una fase más avanzada del tratamiento dada la dificultad que comporta, asociando el estiramiento activo de los músculos posteriores del miembro inferior con la cadena tóraco-braquial y la respiración.

### 5.5. TRABAJO DE LA CADENA MIOFASCIAL LATERAL DEL COMPLEJO CÉFALO-CÉRVICO-DORSAL (Fig.7)

El trabajo de la Cadena Miofascial Lateral de esta región, va dirigido a eliminar las tensiones miofasciales de los músculos trapecio superior, angular del omóplato, escalenos, etc., al tiempo que se reequilibra globalmente el raquis cervical y dorsal.

Figura 7.



### 5.6. TRABAJO DE LA CADENA MIOFASCIAL TÓRACO-BRAQUIAL

La liberación de las restricciones de los músculos pectorales, bíceps braquial, entre otros, permite una mejoría de la movilidad del miembro superior, tórax y raquis, mejorando la postura.

### 5.7. TRABAJOS CON TERAPIA MANUAL PARA LIBERACIÓN MIOFASCIAL, REHARMONIZACIÓN ARTICULAR Y AFERENCIAS PROPIOCEPTIVAS (Fig.8)

Evidentemente la terapia manual está presente en cada gesto aplicado al paciente. Solo cabe incidir sobre la especificidad de la misma, como herramienta de modelaje, de inhibición y de liberación tensional. Esto mejora las sensaciones, posicionamientos estructurales y mantenimiento de los mismos. Todo ello con la finalidad de dar máxima libertad y calidad de movimiento.

Figura 8.



### 5.8. TRABAJO DE REEDUCACIÓN POSTURAL Y CONCIENCIA CORPORAL EN SEMI-CARGA EN SD y EN CARGA EN BD

La reeducación postural en semi-carga, realizada en las últimas 8-10 sesiones, no debe llevarse a cabo sin antes un buen aprendizaje del control respiratorio, postural y propioceptivo realizado en posturas de descarga. Este trabajo tiene el objetivo de conseguir mejor control postural con la dificultad que la propia gravedad ejerce (9).

El trabajo en bipedestación donde existe una reacción de la gravedad, se integró como ejercicio activo para el buen control del equilibrio y aferencias posturales (10), haciendo participar al cuerpo desde los pies a la cabeza (fig.9 y 10).

Figura 9.



Figura 10.



Tabla II. Resultados análisis morfoestático

| V. ANTERIOR | INICIO |       |      |        | FINAL |       |        |        |
|-------------|--------|-------|------|--------|-------|-------|--------|--------|
|             | ACETA  |       | AICA | ACETA  |       | AICA  |        |        |
|             | D      | I     |      | D      | I     |       |        |        |
|             | 6,9°   | 24,5° | 5,7° | 13°    | 15,3° | 1,7°  |        |        |
| V. PERFIL   | AIE    | AVP   | ACD  | ALL    | AIE   | AVP   | ACD    | ALL    |
|             | 24,3°  | 12,8° | 148° | 153,3° | 30,3° | 10,9° | 148,8° | 153,5° |

ACETA (Angulo Cintura Escapulo-Torácica Anterior); AICA (Angulo Inclinación Cefálica Anterior); AIE (Angulo de Inclinación Eterna); AVP (Angulo de Versión Pelviana); ACD (Angulo de Cifosis Dorsal); ALL (Angulo de Lordosis Lumbar)

Tabla III. Resultados análisis de extensibilidad cadena muscular posterior

| FAT | INICIO |       |       |      |
|-----|--------|-------|-------|------|
|     | AFC    | AFR   | DDS   | ATP  |
|     | 59,5°  | 49,6° | 30 cm | 8,1° |
| FAT | FINAL  |       |       |      |
|     | AFC    | AFR   | DDS   | ATP  |
|     | 78,3°  | 28,1° | 12 cm | 9,2° |

AFC (Angulo de Flexión Cadera); AFR (Angulo de Flexión Rodilla); DDS (Distancia Dedos Suelo); ATP (Angulo de Traslación Pelviana)

## RESULTADOS

El tratamiento se inició el día 22 de abril del 2009 y finalizó el 5 de noviembre del 2009.

Durante ese intervalo de tiempo se realizaron un total de 16 sesiones, a razón de 1 sesión por semana durante 11 semanas, posteriormente se pasó a una cada 15 días. Cada sesión duró 1 hora y el tratamiento fue individual realizado siempre por el mismo fisioterapeuta. La cronología del tratamiento respecto a los resultados fue la siguiente (Tablas II y III);



En las 5 primeras sesiones, se observa una clara mejoría general, sobretodo en cuanto a sus algias vertebrales, postura y extensibilidad miofascial.

Tras la 11ª sesión se realiza un control donde se constata una remisión notable de la sintomatología (pasando de 8 a 1 en la escala EVA de dolor), disminución en la elevación del hombro izquierdo, mejora de la extensibilidad global, sobretodo de la CMP (pasando de 30 cm a 12cm en la DDS) y una mejora sustancial de la consciencia corporal.

A partir de aquí, se decide espaciar las sesiones a 1 vez cada 15 días.

Hasta la 16ª sesión la mejoría del dolor fue total pasando a 0 escala EVA, además del aumento en la mejora de las alteraciones posturales y de extensibilidad.

Asociado a la terapia, el paciente modificó sensiblemente su alimentación y redujo el consumo de tabaco y alcohol. El paciente manifestó en diversas ocasiones tener sensaciones que hacia años no sentía.

Tras la consecución de los objetivos propuestos recomendamos un periodo de no tratamiento para comprobar el mantenimiento de los resultados. En visita de control rutinaria efectuada 1 mes posterior al alta, Rafael S.F. manifiesta un leve empeoramiento de sus síntomas asociadas al fallecimiento de su padre. Se le propone reiniciar el tratamiento a razón de 1 sesión cada 15 días con el objetivo de aliviar esas tensiones psicossomáticas que él reconocía como desencadenantes. Actualmente su estado es asintomático y a petición de Rafael S.F. hemos continuado con sesiones de mantenimiento (1/mes),

## DISCUSIÓN

Tras el trabajo de liberación miofascial, reharmonización osteoarticular y equilibrio entre las diferentes cadenas musculares, tanto las algias (EVA: de 8 inicial a 0 final) como los síntomas del SPI desaparecieron. Esas mejoras conseguidas y mantenidas, han hecho recobrar el positivismo vital que el paciente había perdido tras un diagnóstico médico poco alentador.

Este enfoque global del tratamiento (11), actuando sobre numerosos elementos anatómicos como fascias, músculos, articulaciones, piel, y también neurofisiológicos como la respiración, la propiocepción, la circulación e indirectamente sobre la psique, nos anima a seguir por este camino en nuestras terapias. Cabe destacar en el plano frontal la normalización de línea de la gravedad así como la lateroflexión de la cabeza, una reducción de 9° en la cintura escapular izquierda y una alineación del miembro superior respecto al tronco (fig. 11 y 12).

En el plano sagital (fig. 13) si bien los parámetros angulares raquídeos no han variado sustancialmente, si que existe una mejoría global de la postura evidenciada por los pivots articulares quienes pasan todos más cerca de la línea vertical ascendente, espe-

Figura 11.

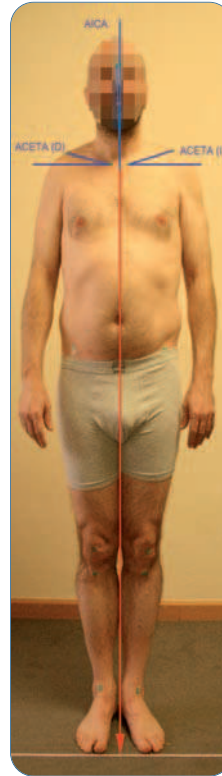


Figura 12.

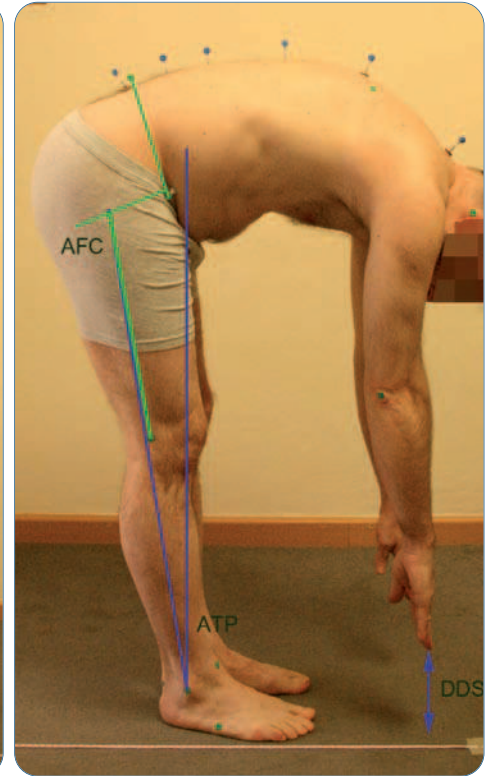


Figura 13.

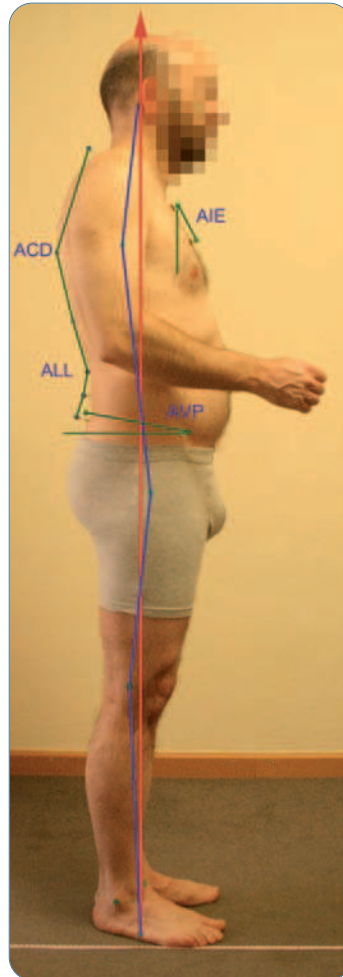
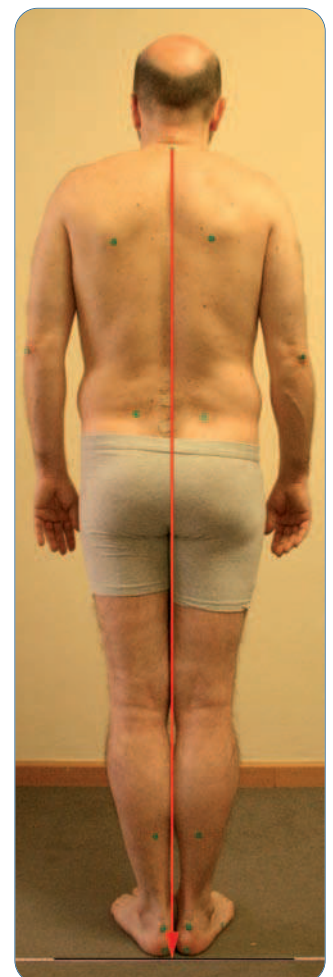


Figura 14.



cialmente el cefálico y en menor medida el bloque torácico con una leve reducción de la cifosis e incremento del ángulo esternal quien determina una actitud más normalizada.

En lo concerniente a la flexibilidad de la CMP global los cambios han sido notables en todas las variables analizadas como muestra la Tabla II y se observa en las (figuras 14 y 15).

Figura 15.



En la actualidad su estado funcional y sintomatológico tanto a nivel objetivo como subjetivo es bueno, con una mejora postural y un retorno a la actividad deportiva y hábitos cotidianos.

Aunque desde el punto de vista de evidencia científica no podemos asegurar qué o cuales ejercicios han sido más influyentes en la mejora de los síntomas y de la función, sí que estamos convencidos que una terapia global debería ser en el futuro una propuesta adecuada a numerosas afecciones catalogadas como irreversibles.

## CONCLUSIONES

El caso presentado diagnosticado de SPI es una entidad hasta la fecha poco conocida por los fisioterapeutas presentando un cuadro de signos y síntomas variado por lo que es especialmente importante registrar en nuestra anamnesis todas las experiencias,

sensaciones y emociones que el paciente sufre paralelamente a su dolor. A menudo, las vicisitudes que nos vamos encontrando a lo largo de la historia personal pueden marcar nuestra evolución. Una exploración deficitaria y un diagnóstico poco definido hacen disminuir las expectativas y, anímicamente, puede ser contraproducente.

Rafael S.F. fue diagnosticado de un Síndrome de Piernas Inquietas paralelamente a sus algias vertebrales previas. Aun sin haber datos concluyentes acerca de la enfermedad, la propuesta de tratamiento médico era "o bien una intervención quirúrgica o convivir con sus síntomas toda la vida".

Tras 16 sesiones de tratamiento con el Método Mézières el cuadro clínico remitió así como mejoró su postura y sus actividades cotidianas y deportivas. Una terapia que comprenda la totalidad de la persona debería ser el manual básico de todo profesional de la salud. La necesidad que en el futuro los fisioterapeutas podamos establecer criterios metodológicos basados en la evidencia, es cada vez más necesario en nuestra profesión. Estos casos muchas veces pasan al cajón del anecdotario cuando en realidad deberían estar en un lugar bien visible para todos.

## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer enfáticamente a José Ramírez su asesoramiento y ayuda en la confección de este artículo, ya que ha sido el empuje definitivo para su publicación y la mayor calidad del mismo. También, como no, tener un recuerdo para el resto de mis compañeros de Kinemez, por sus "granitos de arena" para animarme y ayudarme en la realización de este caso.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Haba-Rubio J, Krieger J. Syndrome d'impatiences musculaires de l'éveil et mouvements périodiques des jambes au cours du sommeil. EMC Kinés-Méd. Physique-Réad. 2006; 26-452-B-15.
- (2) Ekblom K, Ulfberg J. Restless Legs Syndrome. J Intern Med. 2009; 266(5):419-31.
- (3) Bayard M, Avonda T, Wadzinski J. Restless Legs Syndrome. American Family Physician (AAFP) [en línea] 2008 [fecha de acceso 11 de marzo del 2010]. URL disponible en: <http://www.aafp.org/afp/2008/0715/p235.html>.
- (4) Angulo R, Mckay S. Neuroplasticidad, trabajo propioceptivo y reeducación postural. En: XIº Congreso Internacional AMIK. Barcelona: Libro conferencias; 2006. p. 29-35.
- (5) Calais-Germain B. Anatomía para el movimiento. Barcelona: Ed. Liebre de Marzo; 1994.

- (6) Champignon Ph. Respir-actions. Bruselas : Ed.Philippe Campignon; 1996.
- (7) Rocabado M. The importance of soft tissue mechanics in stability and instability of the cervical spine: a functional diagnosis for treatment planning. The journal of craniomandibular practice. 1987; 5 (1).
- (8) Denys-Struyf G. El manual del mezierista, Tomos 1 y 2. Badalona: Ed. Paidotribo; 2008.
- (9) Souchard Ph.E. Méthode Mézières. Bases scientifiques. Principes mecaniques. Technique. París: Ed.Maloine; 1979.
- (10) Ramírez J, Revilla JR. Análisis global del equilibrio sagital del raquis. Rev.Cient.Iberoam.Fisiot. Mezierista. 2008; 1:12-19.
- (11) Patté J. Las evoluciones del Método Mézières desde los orígenes de su descubrimiento. En: XIº Congreso Internacional sobre el Método Mézières. Barcelona: Libro conferencias; 2006. p. 74-82.