



Medicina manual osteopática

María Lucía Martínez L., Profesora Asistente, Departamento de Medicina Física y Rehabilitación, Médica Fisiatra, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Médica Osteópata, París 13 Bobigny Francia.

Más que una ciencia la medicina es un arte. No consiste en fabricar toda clase de píldoras, emplastos y drogas, sino en tener en cuenta procesos vitales que es preciso comprender antes de poder manejarlos. PARACELSO.

GENERALIDADES SOBRE LA OSTEOPATÍA

INTRODUCCION

Cuando el motivo de consulta, es un dolor localizado en el aparato locomotor, en el 80% de los casos se trata de perturbaciones relacionadas con trastornos mecánicos y funcionales de los segmentos vertebrales. A través del tiempo la Osteopatía ha demostrado su eficacia en el manejo de gran número de patologías osteoarticulares y particularmente a nivel vertebral. El primer trabajo del Osteópata, es valorar si es una afección tratable con Osteopatía. El diagnóstico Osteopático determina la articulación o el tejido responsable del trastorno y dolor, permitiendo elegir la técnica más adecuada de tratamiento (1,2).

DEFINICIÓN

Para la Asociación Americana de Osteopatía, "La Osteopatía es el sistema de curación que pone énfasis principal sobre la integridad estructural del cuerpo". La Osteopatía es una medicina manual basada en la teoría de que el cuerpo es un organismo vital en donde la enfermedad afecta la estructura y por ende la función mientras que la terapia osteopática es una restauración manipuladora de estas anomalías. La Osteopatía es una ciencia basada en la anatomía, fisiología, semiología y biomecánica. No hay recetas. El tratamiento se basa en un profundo examen clínico y un diagnóstico serio que conduce a un Acto Terapéutico OSTEOPATICO. El trabajo del Osteópata en numerosos casos consiste simplemente en romper un arco reflejo patógeno para restaurar la fisiología (1,2).

Investiga la relación causa - efecto entre las perturbaciones mecánicas de huesos, músculos, órganos y las enfermeda-

des que estas producen (lesiones osteopáticas). Valora si existe alguna reducción en la posibilidad normal del movimiento de cualquier articulación que conlleva disminución en la circulación de los fluidos y de la energía nerviosa del cuerpo, la cual se debe reequilibrar mediante técnicas precisas para retornar a la normalidad (1,2).

Beneficios

- √ Método eficaz, eficiente y no iatrogénico
- √ La rapidez de la acción y la reducción en los gastos de salud (3).

Estadística

Según el informe de investigación nacional de evaluación de la Osteopatía, del sistema de salud francés, de cada 1000 casos que atienden los osteópatas, 603 sufren consecuencias de traumatismos, accidentes de tránsito (21%), caídas (20.6%), choques, malas posiciones en el trabajo (20%), falsos movimientos (14%), práctica de deportes (9.8%), esfuerzos y movimientos en falso (4.6%), partos (6.6%), y no determinados (2.8%). El mismo informe revela que entre un 95 y un 100% de los pacientes ha consultado a uno o varios médicos generales o especialistas, - según ellos sin mejoría durable, antes de acudir donde el osteópata. Consultar el osteópata constituye para ellos un recurso, una alternativa importante. 67% reporta buenos o muy buenos resultados y un 20% notable mejoría (3).

No es una sesión de " masajes", quiropraxia, kinesioterapia, magnetismo o curanderismo (3). La Quiropraxia es un método paralelo que nace en los EE.UU, casi en la misma época de la Osteopatía, creada por Davis Daniel Palmer (1845-1913). Sus principios reposan en la teoría según la cual, el hombre es una máquina movida por una fuerza natural lla-

mada "Innate Intelligence", que recorre todo el cuerpo mediante el sistema nervioso. La distribución de éste flujo se puede perturbar por bloqueos vertebrales y que representan la causa única de desencadenamiento de las enfermedades.

La enseñanza de la Osteopatía es un reto ya que no es una especialidad médica reconocida en Colombia, falta comunicación entre las diversas corrientes de la medicina, hay mucha ignorancia acerca de sus posibilidades y diverge en los intereses de otras disciplinas (3).

Historia

La Osteopatía es una especialidad reciente nacida en los EE.UU., con el Dr. Andrew Taylor Still (1829-1917) quien enunció los principios de ésta medicina manual. En 1892 funda The American School of Osteopathy en Kirsville, que aún existe, escribe varios libros y muere a los 90 años. El Dr. Little John, alumno de Still; funda en Inglaterra en 1917, el célebre British School Osteopathy (1-3).

Igualmente otro alumno de Still Garner Sutherland, se reconoce como el padre de la terapia Craneo-Sacra. Sus seguidores profundizan en las técnicas y el fundamento científico de la Osteopatía para evitar el empirismo (1-3).

Existen numerosas escuelas en Europa que enseñan las tres grandes ramas de la Osteopatía: Estructural, Craneal y Visceral. En Francia, la escuela de Osteopatía de París, es reconocida por los demás entes universitarios y sus tratamientos son reembolsados por la seguridad social.

LA OSTEOPATIA EN EL MUNDO



Dr. Andrew Taylor Still (1829-1917).

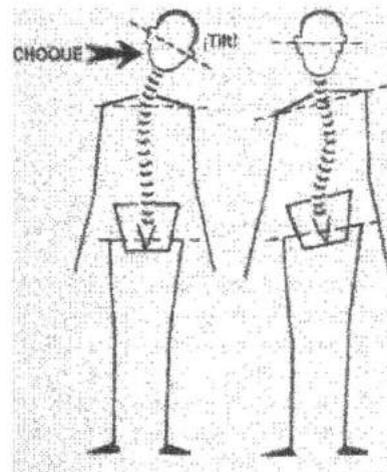
En E.U. se enseña Medicina y Medicina osteopática durante siete años, en este campo trabajan más de 20.000 Osteópatas y su registro oficial se regula a través de la Asociación Americana de Osteópatas, con sede en Chicago. En Canadá el registro de Osteópatas está en Quebec. En Brasil se han creado dos escuelas, en Nueva Zelandia hay registro de

Osteópatas pero no hay escuelas. En Australia hay una escuela de Osteopatía reconocida por el Gobierno. La convención europea de Osteópatas agrupa 34 asociaciones de nueve países y destaca la unificación Europea del movimiento osteopático. En Gran Bretaña están la British School of Osteopathy y la European School of Osteopathy. En Bélgica hay dos escuelas. En Alemania es poco conocida y es practicada por médicos que la aprendieron en Gran Bretaña. En Italia hay dos escuelas. En Grecia y Suiza no hay escuela pero si registro. España cuenta con tres escuelas de Osteopatía (3).

PRINCIPIOS DE LA OSTEOPATÍA DESCRITOS POR STILL

1. La estructura gobierna la función: la estructura representa las diferentes partes del cuerpo, huesos, músculos, fascias, vísceras, glándulas, piel, etc. La función es la actividad de cada una de éstas partes como la respiratoria, cardíaca, digestiva, etc. El trastorno de la estructura origina alteraciones en la función (enfermedades).
2. La unidad del cuerpo: el cuerpo tiene la facultad de encontrar o reencontrar su equilibrio y guarda en la memoria todos los traumatismos sufridos.
3. La Autocuración: el cuerpo es capaz de autocurarse a condición de que sus "medios" sean libres de funcionar correctamente.
4. La regla de la Arteria es Absoluta: una lesión osteopática conlleva un trastorno circulatorio y nervioso que hace vulnerable un órgano o un sistema (1-3).

LESIÓN OSTEOPÁTICA O DISFUNCIÓN SOMÁTICA



Adaptación del cuerpo a los traumatismos, restableciendo la horizontalidad del pabellón del oído interno y de la vista.

Trastorno articular de tipo primario o de compensación que produce una alteración o restricción tridimensional de la movilidad, casi siempre dolorosa. En el 60% secundaria a una agresión traumática externa, muchas veces asociada a cambios en los tejidos blandos adyacentes.

En uno o varios parámetros fisiológicos del movimiento. La disfunción somática, está en relación con varios tipos de receptores:

1. Sensitivos cápsulo-ligamentarios (Golgi, Ruffini): Su estiramiento anormal puede originar: dolor, alteraciones neurovasculares metámericas asociadas con el sistema ortosimpático, espasmos musculares por descarga de las motoneuronas gamma.
2. El huso neuromuscular: en la disfunción somática, las fibras intrafusales se contraen y las extrafusales se relajan impidiendo la relajación del huso neuromuscular y la actividad gamma excesiva, mantienen las fibras intrafusales en acortamiento crónico.
3. Ligados a los centros medulares: se incrementa la receptividad a las influencias nerviosas, las barreras de protección disminuyen favoreciendo la disfunción del huso neuro muscular y modificando la textura de los tejidos paraespinales, por una simpaticotonía local cutánea, de facilitación del mensaje doloroso y perturbación del tono simpático sobre las secreciones glandulares y la función visceral, repercutiendo en: Cadenas Lesionales neuromusculares (Miotomas). Dermalgias reflejas a nivel de los nervios sensitivos cutáneos superficiales (Dermatomas). Dolor en las articulaciones, ligamentos y periostio (Esclerotomas), Disfunción neuro-vegetativas viscerales (Enterotomas), Alteraciones vasoespásticas arteriales. La vasomotricidad de las arterias musculares depende del sistema vasomotor simpático. La excitación de las fibras ortosimpáticas provoca una vaso-constricción (Angiotomas), (1-2).

Cadena Lesional Ascendente

Las cadenas ascendentes generalmente son pasivas y están ligadas a la gravedad. Salen de los pies y se propagan de sistema de acomodación en sistema de acomodación; se trata de lesiones vertebrales en "Posterioridad". Si el pie tiene una lesión, la pelvis se debe adaptar ya que la rodilla es incapaz; A su vez, la columna lumbar se debe adaptar al igual que el occipucio.

Si tenemos una lesión primaria de la pareja escafoides-

cuboides, por la cadena lesional se produce una lesión secundaria de posteriorización del ala ilíaca lo que nos produciría una falsa pierna corta.

Al nivel de pie:

1. Cuboides en rotación interna
2. Escafoides en Rotación externa
3. O una asociación de los dos.

Al nivel de rodilla

1. Rotación externa de la extremidad superior peroneo - tibial por acción de los músculos tibial posterior y peroneo lateral largo.

Al nivel de Cadera

1. Rotación externa coxo - femoral
2. Ileon Posterior a expensas del Bíceps Crural
3. Posición relativa del sacro Antero - Inferior
4. Falsa pierna corta

Cadena Lesional Descendente

Las cadenas descendentes, generalmente activas, tienen un punto de partida superior y están unidas al sistema miofascial que hace una contracción espasmódica para conservar el equilibrio general. Se trata de lesiones vertebrales en Anterioridad. La postura es un sistema automático que regula el equilibrio ortostático. Los problemas de la estática son causa de la mayoría de los problemas de dolor.

Al encontrarse una lesión primaria a nivel del ala ilíaca produciendo una posteriorización traumática, se produce una lesión secundaria al nivel de la pareja cuboides-escafoides. La lesión viene de arriba y produce una falsa pierna corta.

1. Traumatismo Ilíaco
2. Ileon Posterior
3. Posición relativa Sacra Antero - Inferior

Al nivel de cadera:

- ◆ Rotación externa coxo - femoral (Iliaco, Piramidal de la Pelvis)

Al nivel de rodilla:

- ◆ Rotación externa Tibial y Peronea (Fascia Lata)

Al nivel del pie:

1. Cuboides en Rotación interna por el peroneo lateral largo
2. Escafoides en Rotación externa por el Tibial posterior
3. Una asociación de los dos.

VALORACIÓN OSTEOPÁTICA

El trabajo del osteópata en numerosos casos consiste en romper un arco reflejo patógeno para restaurar la fisiología. La valoración osteopática incluye la siguiente secuencia:

- ◆ Estática Raquídea (Examen postural en los tres planos del espacio)
- ◆ Reparos óseos y musculares a cada nivel
- ◆ Test de movilidad pasiva y activa
- ◆ Examen segmentario y a distancia (piel, músculo, perióstio)
- ◆ Examen neurológico
- ◆ Diagnóstico de la lesión

BIOMECÁNICA OSTEOPÁTICA DEL RAQUIS

El cuerpo humano es recorrido a nivel de la columna vertebral por varias líneas de fuerza determinando la estática y el equilibrio vertebral. Existen tres líneas de fuerza principales: Antero-posterior, postero-anterior y la línea de gravedad. Observamos que estas líneas, al cruzarse por delante de D4, formando un triángulo superior y un triángulo inferior que tienen relación con las cavidades torácica y abdominal y sus movimientos serán siempre opuestos para respetar el equilibrio. Existen vértebras pivote sobre las cuales gira una estructura constitutiva de un arco. C2,C5,D3,D4, cuarta costilla, D9,L3. (1-2)

TRATAMIENTO GENERAL OSTEOPÁTICO T.G.O

El estiramiento rítmico y forzado del músculo es transmitido al H.N.M.; el SNC, como medida de protección disminuye la frecuencia de descarga del sistema gamma, responsable de la contracción crónica intrafusal y por otro lado, los receptores de Golgi y Ruffini en las fascias provocan una inhibición de las motoneuronas alfa y gamma con el fin de restaurar la movilidad articular.

El TGO disminuye las fuerzas de presión liberando el espasmo de los músculos, da movilidad a la articulación lesionada con el fin de permitir una adaptación. La técnica a utilizar se escoge según el grado del dolor, el tono muscular, el tejido a tratar y la posición del paciente.

Técnicas Rítmicas: se usan según el tejido a tratar.

1. Stretching: estiramiento lento y gradual de ligamentos, fascias, músculos y tendones
2. Bombeo: tracción y relajación de aponeurosis, ligamentos y cápsula articular.
3. Articular: estiramiento con pequeño rebote al final de la amplitud, útil en tejidos periarticulares.
4. Tensión Sostenida: puesta en tensión mantenida hasta obtener

relajación de los tejidos

5. Técnicas de Inhibición: presión perpendicular mantenida a las fibras musculares hasta relajarlas, útil en espasmos musculares.
6. Energía muscular: contracción isométrica muscular de antagonistas por inhibición recíproca de Sherrington (1,2).

TÉCNICAS DE CORRECCIÓN ESTRUCTURALES

Van en el sentido opuesto a la restricción de la movilidad, sobre uno o varios parámetros, con el fin de romper las adherencias y regularizar el tono muscular, añadiendo una fuerza suplementaria por el operador o por el paciente, para restaurar la movilidad articular y la función.

El examen físico es el que determina la elección de la técnica, el nivel a manipular, el sentido del movimiento y la posición del paciente. Ésta debe obedecer la regla del "No-Dolor" y la no aparición de signos de gravedad (4-9).

TRUSTS: movilización pasiva forzada, breve, seca, rápida, localizada, de orientación y amplitud exacta, que lleva los elementos de una articulación al límite anatómico fisiológico posible (puesta en tensión), envía energía a los tejidos lesionados para liberar las restricciones de movilidad, liberar las adherencias, provocar el estiramiento de las cápsulas articulares y de los músculos monoarticulares, lo que provoca un reflejo aferente hacia la médula espinal, que como respuesta inhibe las motoneuronas alfa y gamma y rompe el círculo vicioso irritativo que mantiene el espasmo de los pequeños músculos monoarticulares y el tono muscular se normaliza. Existen técnicas directas, indirectas y semidirectas (4-9).

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA

- ◆ Oseas: cáncer, osteoporosis, raquitismo, reumatismo infeccioso o inflamatorio, anomalía congénita, fractura
- ◆ Nerviosas: compresión medular, neuropraxia, hernia discal excluida.
- ◆ Vasculares: insuficiencia circulatoria vertebro-basilar (vértigo, trastornos visuales).
- ◆ Cánceres viscerales, a causa de riesgo de metástasis óseas.
- ◆ Lesión de los tejidos periarticulares: distensiones musculares, desgarros ligamentosos.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS DE MANIPULACIÓN OSTEOPÁTICA

- Neuritis cervico-braquial.
- Tortícolis Aguda
- Hiperelasticidad

- Psicológicas del paciente (resistencia, miedo)
- Hiperalgia (Regla del No Dolor)
- Pacientes de edad avanzada.

ACCIDENTES E INCIDENTES

Raros a nivel lumbar y no tienen el carácter dramático de las lesiones vasculares que se pueden presentar a nivel cervical. Esto se explica por numerosas manipulaciones efectuadas inútilmente. Como todo acto ortopédico, una manipulación bien indicada y correctamente efectuada puede presentar complicaciones. Los accidentes mayormente reportados son:

1. Hernia Discal excluida con ciática hipérgica y paralizante.
2. Agravación de un Síndrome de Canal Lumbar Estrecho
3. Fractura de apófisis espinosa o transversa.
4. Paraplejia por fractura vertebral patológica (Tumoral o mal de Pott)
5. Desencadenamiento de una patología dolorosa aguda a otro nivel

6. Aparición de una radiculalgia.
7. Los incidentes más frecuentes (30-50% de los casos) son el recrudecimiento transitorio (24 a 48 horas) de la sintomatología dolorosa (4,5).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. **Ricard F.** Tratado de Osteopatía. Mandala. Madrid . 1991.
2. **Ricard F.** Tratamiento osteopático de las Lumbalgias y Ciáticas. Mandala. Madrid . 1993.
3. **Roulier G.** La Práctica de la Osteopatía. EDAF, Madrid, 1995.
4. **Ortega, Medina.** Tratado de Osteopatía Integral. ANK. Madrid, 1997.
5. **Maigne R.** Manipulaciones. Norma, Madrid, 1986.
6. **Colot T, Verheyen M.** Manuel Pratique de manipulation Oséopathique. Maisonneuve, París, 1992.
7. **Tredaniel C.** Atlas des Techniques Mécanistes en Etiopathie. Volume IV Maisnie, París.
8. **Greenman P.** Principles of Manual Medicine. Williams y and Wilkins. Baltimore, 1989.
9. **Hartman L.** Handbook of Osteopathic Technique. Unwinhyman, London, 1985.