

Tratamiento de D8 con dog technic. Caso Clínico.

Dog technic for the tratament for FRS. Case report.



Marcos González Martínez
Fisioterapeuta de Sanitas Milenium Murcia.
Nº colegiado 1142 ilustre colegio de Fisioterapeutas Región de Murcia.



Correspondencia: Marcos González Martínez
C/ Vara de rey Nº 9, 2ºA
C.P. 30001 Murcia
E-mail: monxototal@hotmail.com

Recibido: 08 de febrero 2008-Aceptado: 10 de febrero 2008
Rev fisioter (Guadalupe). 2008; 7 (2): 17-24



Resumen

En este artículo, se presenta un caso clínico sobre una dorsalgia aguda debida a una lesión en F.R.S. en un jugador de baloncesto. Al realizar un gesto brusco hacia la flexión, en un entrenamiento, sintió un fuerte dolor dorsal y se presenta en la clínica en posición antálgica de flexión.

Abordaremos el caso por medio de un tratamiento osteopático y valoraremos los resultados. La técnica escogida para el tratamiento de esta lesión es la dog technic, con la que, por medio de una pequeña manipulación, conseguiremos romper el bloqueo existente en las carillas articulares. Dicho bloqueo es el causante de la restricción de movilidad de la zona y principal causa de la clínica de la lesión.

Introduciremos algunos conceptos sobre las leyes de Fryett dentro de las cuales se integra la lesión que nos ocupa. También introduciremos la anatomía y biomecánica de la zona a fin de mejorar la comprensión del problema.

La discusión se centrará en las distintas opiniones existentes al respecto de la utilización de las manipulaciones vertebrales.

PALABRAS CLAVES

F.R.S., Dog technic, Dorsalgia

Abstract

In this essay, we will present a clinical case on a FRS-based acute back pain in a basketball player. He impersonated himself in the clinic in an antalgic flexed position, suffering from a hard dorsal pain resulting from a brusque training flexion-like gesture.

We will apply an osteopathic treatment, and will measure the results. We've chosen "dog technic" for this treatment, through which we will loose the facet block, by means of a slight manipulation. That block causes the lack of mobility being the main reason for the injury clinical.

We will introduce some concepts on Fryette's Laws, which include the injury we're dealing with. We will also introduce local anatomy and biomechanics in order to help the understanding of the matter.

Discussion will be focused on different opinions regarding vertebral manipulations.

Key words

F.R.S., Dog technic, Dorsalpain.

Introducción y objetivos

RECUERDO ANATOMICO:

El eje del cuerpo lo forma la columna vertebral, esta debe conciliar dos imperativos mecánicos contradictorios: La rigidez y la flexibilidad. Para lograr esto se conforma de múltiples piezas (Vértebras) superpuestas, unidas una a otras por complejos sistemas ligamentarios y musculares.

Para el estudio de la columna, esta se simplifica en su unidad estructural. La unidad estructural de la columna vertebral está dada por dos vértebras tipo (que varía de acuerdo a su localización y a la magnitud de las cargas que debe soportar), y el disco intervertebral (1).

La columna vertebral consta de 33-34 vértebras y discos vertebrales. Se divide en 5 segmentos fundamentales, cervical compuesto por 7 vértebras, dorsal compuesto por 12 vértebras, lumbar que consta de 5 vértebras, el sacro, que es el resultado de la fusión de 5 vértebras que forman un solo hueso, y el cóccix que como en el caso del sacro es la unión de 4-5 vértebras coccígeas.

Las características de las distintas vértebras, varía dependiendo del nivel en el que nos encontremos. Las características básicas de las vértebras y de la columna dorsal son las siguientes:

Cuerpo vertebral: El cuerpo vertebral es grueso y su diámetro transversal casi igual a su diámetro antero posterior. En la parte posterior de las caras laterales, cerca del pedículo, se observan dos carillas articulares, una superior y otra inferior que se articulan con la cabeza de las costillas. Cada costilla se articula con la fosita costal superior de una vértebra y la carilla inferior de la vértebra vecina.

Apófisis transversas: Se desprenden a cada lado de la columna ósea formada por las apófisis articulares, posteriormente al pedículo. Están orientadas lateral y un poco posteriormente. Su extremidad libre presenta en su cara anterior una fosita costal que se articula con la tuberosidad de la costilla.

Apófisis articulares: Las apófisis articulares constituyen salientes superiores e inferiores a la base de las apófisis transversas. Las carillas articulares superiores están orientadas posterolateral y un poco superior, y las inferiores presentan la orientación inversa.

Dentro de la columna dorsal existen algunas vértebras con características propias que no se asemejan al resto.

Primera vértebra torácica: el cuerpo de esta vértebra recuerda al de las vértebras cervicales. Presenta en su cara superior los ganchos del cuerpo vertebral. Se observa lateralmente una carilla costal completa, que corresponde a toda la superficie de la cabeza de la primera costilla; inferiormente una fosita costal para la segunda costilla. Las dos primeras vértebras torácicas sostienen como un casamiento a las vértebras cervicales a las cuales se parecen, y también controlan el movimiento de ascenso i descenso de las

dos primeras costillas en los movimientos respiratorios

Décima torácica: no tiene fosita costal inferior en los laterales del cuerpo.

Undécima y duodécima vértebras torácicas: el cuerpo vertebral de cada una de estas vértebras presenta en sus caras laterales una sola carilla costal completa, es decir, relacionada con toda la superficie articular de la costilla correspondiente; dicha carilla articular sobresale del pedículo en su cara lateral. La carilla articular de las apófisis transversas se encuentra ausente. Por último, la apófisis articular inferior de la duodécima torácica es semejante a las apófisis articulares inferiores de las vértebras lumbares, esta es la razón por lo que se considera a esta vértebra una vértebra bisagra o charnela. En lo que al movimiento se refiere, la duodécima vértebra torácica se mantiene independiente de los movimientos del tórax (2-4).

En todos los niveles existen distintos sistemas ligamentosos y musculares que mantienen en equilibrio la estructura central del cuerpo. El S.N.C., de un modo no consciente, regula todas las adaptaciones necesarias para el mantenimiento de la postura por medio de la vía extrapiramidal, que regula el tono muscular de los músculos posturales. Así cuando se aplica un desequilibrio unilateral, ya bien sea por carga o por contracción muscular, el caquis se ve obligado a compensar dichas fuerzas realizando un trayecto sinuoso; la curvatura lumbar se vuelve cóncavo hacia el lado del desequilibrio, la zona dorsal se hace convexa y por último vuelve a adoptar una curvatura cóncava.

La columna vertebral debe cumplir las funciones de soporte del cuerpo y protección del canal medular, y combinar dichas funciones con sus características de flexibilidad y rigidez.

La columna es, como hemos dicho, la encargada de guardar y proteger la medula espinal. El canal vertebral que se extiende desde el agujero magno al sacro, es un canal osteofibroso que junto a las meninges protegen el cordón medular.

La división en múltiples vértebras superpuestas y unidas por los distintos sistemas músculo-ligamentos, es lo que aporta a la columna su flexibilidad mientras que la resistencia se la aportan las distintas curvaturas del plano sagital. La resistencia de una columna se proporcional al cuadrado del número de curvas mas uno. Así una columna rectilínea tendría una resistencia de 2 u ($1^2 + 1 = 2$), mientras que teniendo en cuenta las 4 curvas que existen en nuestra columna este índice pasa a ser de casi 9 veces mayor (5).

Se considera que la columna biomecánicamente está dividida en tres columnas, una columna principal que correspondería al apilamiento de los cuerpos vertebrales y los discos intervertebrales, y dos columnas secundarias formadas por el apilamiento de la apófisis articulares y de sus articulaciones respectivas (artrodias).

En la estructura trabecular de los cuerpos vertebrales y de los arcos posteriores, cabe asimilar cada vértebra a una palanca de primer grado, en la que la articulación interapofisiaria desempeña el papel de punto de apoyo. Este sistema de palanca permite



Figura 1. Representación de unidad vertebral como palanca de primer grado.

amortiguar las fuerzas de compresión axial sobre la columna vertebral: amortiguamiento directo y pasivo a nivel del disco intervertebral, amortiguamiento indirecto y activo de los músculos de los canales vertebrales, esto a través de palancas que forma cada arco posterior. El amortiguamiento de estas fuerzas pues, a la vez pasivo y activo.

Las cargas o fuerzas que actúan sobre el raquis pueden producir lesión por diferentes mecanismos, habitualmente una combinación de ellos: flexión, extensión, compresión, tensión, rotación y deslizamiento, así como lesiones por aceleración y desaceleración súbitas y rápidas, provocadas por impactos que transmiten su inercia a la columna, particularmente en la región cervical. La complejidad de la columna vertebral hace difícil su sistematización. Diferenciaremos la columna cervical del resto dadas sus peculiaridades biomecánicas (1).

Nuestro cerebro se comunica con la mayor parte del organismo, a través de 31 pares de nervios espinales (raquídeos), que son los que salen de la médula espinal y que son de tipo mixto. Estos nervios controlan la mayoría de los músculos esqueléticos, así como los lisos y las glándulas y reúnen toda la información sensorial. Cada par de nervios espinales consta de una raíz anterior y de una raíz posterior, las que al unirse forman el nervio raquídeo. La raíz anterior es motora (o eferente, es decir sale de la médula) y por ende, estos nervios llevan información que viene desde el cerebro y la médula espinal y la llevan hacia la piel y los órganos. La raíz posterior es sensitiva (o aferente, entra a la médula) y lleva la información desde los receptores hacia la médula.

En la raíz dorsal, hay un engrosamiento del nervio que forma un ganglio espinal, donde se sitúan los cuerpos celulares de las neuronas sensitivas. Como hemos visto, los 31 pares de nervios emergen desde la médula espinal y se extienden por los espacios entre las vértebras y desde ahí hacia el resto del cuerpo. Para ello, cada nervio se divide en dos ramas de volumen desigual, una anterior y una posterior. La rama anterior inerva las regiones centrales del tronco (músculos, articulaciones y vísceras), también, la zona anterior y la lateral del cuello y la piel y los músculos de las extremidades superiores e inferiores. La rama posterior inerva la piel y la musculatura de la nuca y del dorso del

tronco. Además, al extenderse por las vértebras, los nervios espinales se ordenan siguiendo un patrón repetitivo: entre cada par de vértebras contiguas asoma un nervio. Así, de los 31 pares, ocho pares son cervicales (C1 a C8) e inervan el cuello, los hombros, los brazos y el diafragma; 12 pares son torácicos o dorsales (T1 a T12 o D1 a D12) y abastecen a los músculos del pecho y la espalda y su rama anterior forma los nervios intercostales; cinco pares lumbares (L1 a L5), que abarcan el abdomen y parte de las piernas; cinco pares sacros (S1 a S5), que controlan el resto de las piernas y los pies, y uno cóccigeo, que es el único que no es par y se ubica sobre el hueso cóccix. Las ramas de un nervio espinal pueden juntarse con otros nervios para formar plexos, que son redes nerviosas que inervan ciertas zonas de función o de movimiento complejo, como por ejemplo, el hombro y el cuello (3).

BIOMECANICA DE LA COLUMNA DORSAL

A continuación explicaremos las distintas posiciones que adoptan las carillas articulares de las vértebras dorsales en cada uno de los movimientos.

Al realizar el movimiento de flexión, las carillas articulares de las vértebras dorsales se desimbrican o separan, juntándose la parte anterior de los cuerpos vertebrales. Por el contrario en la extensión se realiza la imbricación de las carillas articulares, en este caso la parte anterior de los cuerpos vertebrales se separa y son las apófisis espinosas las que limitan el movimiento, el rango articular de este movimiento es mucho menor que el de la flexión.

En el movimiento de rotación, aunque no se puede considerar un movimiento puro, lo que sucede es que la carilla articular del lado al que se rota, se intrinca y el lado contrario a la rotación se desimbrica.

Cuando la columna se inclina, como es lógico, sucede una situación parecida ya que en el lado de la convexidad de la inclinación se separan las carillas articulares, mientras que el lado de la concavidad se imbrican.

Descripción de la lesión:

Para poder entender esta lesión, es necesario partir de la 2ª Ley de Friett que dice: cuando una vértebra o grupo vertebral se encuentran en un estado de flexión o extensión, para realizar una latero flexión de un lado, esta vértebra o grupo vertebral esta obligado a realizar primero una rotación hacia el mismo lado.

En la lesión se realiza una fijación de una de las carillas en imbricación o desimbricación, esta fijada por un espasmo de los músculos ínter trasversos y transversos espinosos, quedando la vértebra en rotación.. El bloqueo deja libres una serie de movimientos, los que requieren de la articulación bloqueada en la posición del bloqueo, e impide los movimientos contrarios, que comprometen la articulación bloqueada. En la exploración dinámica conseguiremos discurrir cual es el tipo de lesión y sobre que carilla articular deberemos actuar (6).

Este tipo de lesiones dorsales puede llevar consigo alguna lesión costal de restricción de movilidad, consecuencia o no del bloqueo dorsal.

Disfunciones somáticas. Lesiones costales: Mitchel diferencia entre dos tipos de restricción respiratoria. Las define como restricción en inspiración y en espiración dependiendo de si la costilla se ve restringido el movimiento de ascenso o descenso, respectivamente.

Este movimiento de ascenso y descenso de la costilla variara dependiendo del eje de movimiento de dicha costilla. Podemos encontrar un movimiento en brazo de palanca, debido a un eje transversal de movimiento, como ocurre en las costillas superiores. En las costillas más inferiores, por el contrario, predomina un movimiento en asa de cubo ya que el eje de movimiento se hace mas oblicuo.

El paciente, se encontraba jugando al baloncesto, cuando en la lucha por un rebote, sintió un fuerte pinchazo en la zona dorsal media que le impidió continuar el partido. Fue atendido por el cuerpo técnico sanitario del club, los cuales una vez descartadas lesiones musculares y fracturas, aplicaron termoterapia y masaje. Ha sentido una leve mejoría, aunque continua con dolor y limitación del movimiento. Se presenta en la clínica 2 días después del episodio.

El objetivo que se persigue es 1) la determinación concreta de la lesión dentro del caso clínico que se presenta, 2) romper el bloqueo existente en la zona por medio de una manipulación analítica y 3) demostrar que la manipulación vertebral puede ser y es una herramienta valida en el tratamiento de la dorsalgia aguda.

Material y Métodos

Se trata de un caso clínico de dorsalgia aguda. Se trata por medio de técnicas osteopáticas y terapia manual por lo que el material utilizado se reduce a una camilla hidráulica.

PALABRA CLAVE	RESULTADO	UTILIZADOS
FRS LESION	8	2
Dog Technic	561	4
Mid-back pain	21	2

La obtención de datos se ha obtenido consultando diversas fuentes bibliográficas de diversas bibliotecas de la región de Murcia (Regional, General de UMU, UCAM) y consulta de artículos científicos por medio de Medlain (a través de Pubmed), por medio de los marcadores “FRS”, “mid-back pain” y “dog technic”.

El criterio de selección de artículos se basa en el rigor científico, la relevancia del tema que tratan y la relación con el caso clínico que se plantea.

EXPLORACIÓN:

El objetivo de la exploración es determinar cual es la lesión a la que nos enfrentamos dándole unas características muy concretas, es decir, ponerle nombre y apellidos. También se realiza un análisis de la estructura general del individuo para ver si existe alguna otra anomalía que pudiera inducir a la aparición de este tipo de lesiones y solucionarla en el caso que fuera posible.

1 ANAMNESIS

Varón de 30 años, trabaja como deportista de alto rendimiento. Practica baloncesto desde hace más de 18 años.

Clínica:

Se presenta en posición antálgica, adoptando una evidente hipercifosis en la región dorsal, y una ausencia de lordosis lumbar.

Refiere un dolor punzante en la zona dorsal media que le incapacita para realizar el enderezamiento dorsal. Presenta una ligera inclinación al lado izquierda, y una rotación hacia el mismo lado que le alivian el dolor.

La posición en decúbito supino es molesta pero soportable si se adopta con flexión de miembros inferiores.

Pruebas complementarias:

El paciente aporta un informe del radiólogo en el que no observa anomalías de tipo óseo.

2 EXPLORACIÓN

Después de realizar la anamnesis realizamos la exploración de las siguientes zonas:

- Testar el movimiento de todas las vértebras cervicales así como el movimiento del occipital con respecto a las primeras vértebras cervicales.
- Movilidad de las vértebras dorsales en todos sus movimientos y direcciones.
- Analizar el movimiento respiratorio y el comportamiento de las costillas dentro del mismo.
- Movimiento de la charnela dorso-lumbar y de las vértebras lumbares.
- Valorar el movimiento de nutación – contra nutación del sacro.
- Comprobar la movilidad de las articulaciones sacro ilíacas.
- Observar posibles disimetrías de miembros.
- Estudio de las curvaturas de la columna. (7, 8)

RESULTADOS DE LA EXPLORACIÓN

2.1 Exploración cervical:

Test de movilidad: a nivel cervical no se aprecia ninguna restricción de movilidad hacia la rotación ni a la inclinación. La traslación y la flexoextensión también son normales en todos los niveles cervicales.

2.2 Exploración de la zona dorsal:

Refiere dolor en la zona de D6-D10 siendo especialmente dolorosa la palpación de la apófisis espinosas de D8.

Test de movilidad: En el estudio analítico de movimiento de las vértebras dorsales encontramos en la vértebra D8 una restricción de movilidad.

Al inducir el movimiento de flexión todas las ap. espinosas se separando forma homogénea, respetando todos los espacios interespinosos, y el paciente no experimenta dolor alguno. Pero al pedir al paciente que



Figura 2. Exploración de la movilidad de la región cervical.



Figura 4. Exploración analítica de la movilidad de la región dorsal a la rotación.



Figura 5. Exploración analítica de la movilidad de la región dorsal a la inclinación.



Figura 3. Exploración de la movilidad de la región dorsal a la extensión y a la flexión.



Figura 6. Exploración global de la parrilla costal.



Figura 7. Estudio de los movimientos de nutación y contranutación.



Figura 8. Test de flexión en bipedestación negativo.

realice la extensión, la ap. espinosa de la vértebra D8, permanece en flexión dejando una distancia mucho mayor que el resto de las vértebras, con la vértebra subyacente. Además es una posición que despierta el dolor dorsal que tanto acusa.

En lo que a las rotaciones se refiere, esta vértebras presentan una fijación en rotación izquierda, es decir, no realiza el movimiento de rotación derecha y si el de rotación izquierda. En el resto de vértebras dorsales no se aprecia alteración del movimiento.

La inclinación dorsal se ve limitada a la latero flexión derecha de la vértebra en cuestión, y también refiere dolor. El resto de las vértebras realiza el movimiento de forma armoniosa. No se encuentran anomalías en la latero flexión izquierda.

En resumen, los movimientos libres son la flexión,

la rotación izquierda y la latero flexión izquierda, mientras que los movimientos de extensión, rotación derecha e inclinación derecha son dolorosos y están limitados.

Con los datos obtenidos de esta exploración nos vemos capacitados para afirmar que nos encontramos ante una lesión de tipo II en FRS izquierda.

Esta lesión se debe a que existe una fijación en la carilla articular derecha de la vértebra D8, que permanece en una posición de desimbricación y no permite que se imbrique.

2.3 exploración de la parrilla costal:

Se realiza el estudio del movimiento costal, tanto de forma global como analítica.

En el estudio respiratorio no se aprecia una zona

clara de restricción de movilidad.

En el estudio analítico, costilla a costilla, se aprecia una ligera zona de restricción en la inspiración que coincide con la metámera de D8, vértebra que como hemos dicho se encuentra en lesión de FRS.

2.4 Exploración lumbar y charnela dorso-lumbar:

Se aprecia una restricción de movilidad en la charnela, y el paciente refiere una ligera sensación de sobrecarga.

2.5 Movimientos de nutación – contra nutación:

Los movimientos de nutación y contra nutación son realizados por el sacro de forma rítmica y coordinada con respecto a la espiración-inspiración. No se aprecian anomalías.

Estudio de los movimientos de nutación y contranutación.

2.7 Miembros inferiores:

Para el estudio de las disimetrías realizamos la observación directa de los maleolos en decúbito supino y el test de Downig.

Prueba de Downing: Nos indica en caso de restricción del Iliaco el sentido de la restricción. Esta prueba pierde validez si existe lesión coxofemoral. Consta de dos fases, una en la que se pretende el alargamiento del miembro y otra que va dirigida al acortamiento. Este alargamiento es debido a la movilización de los Iliacos.

Alargamiento: Se toma el pie del paciente con la mano caudal, y la mano craneal en la cara interna de la rodilla. Realizamos en el miembro del paciente un movimiento pasivo de flexión, aducción y rotación externa. El ligamento iliofemoral realiza un arrastre del iliaco que arrastra la pierna.

Acortamiento: Esta vez se coloca la mano craneal en la cara externa de la rodilla y realizamos el movimiento contrario, extensión, abducción y rotación interna. Este movimiento hace que por medio del ligamento isquiofemoral el coxal se desplace hacia atrás y se acorte el miembro.

Si en cualquiera de estas fases no se consiguiese el resultado deseado, es decir, un miembro no se alarga o acorta, nos llevaría a pensar que nos encontramos ante un bloqueo de la articulación sacro iliaca.

En nuestro caso no se encuentran alteraciones de ningún tipo.

2.7. estudio de las curvaturas del raquis:

No aparecen datos significativos. En el plano sagital, el sujeto mantiene la lordosis cervical y lumbar y una cifosis dorsal y sacra normal. Y en el plano frontal no hay indicios de escoliosis (8, 9).

- Con los datos obtenidos de esta exploración nos vemos capacitados para afirmar que nos encontramos ante una lesión en D8 de tipo II en FRS izquierda.

Esto quiere decir que en la carilla articular derecha de D8 existe un bloqueo en desimbricación; las carillas articulares se encuentran en máxima separación.

Esta posición limita todos aquellos movimientos que requieren la imbricación de dicha articulación en concreto. La lateroflexión derecha, ya que en la concavidad de la curva se realiza la imbricación articular, y la rotación derecha, que también requiere de este movimiento, se ven limitadas y son dolorosas debido a la tensión que se genera hacia la restricción de movilidad.

La extensión es el movimiento más limitado ya que se produce una imbricación pura de una vértebra contra otra por medio de sus articulaciones.

Para solucionar esta restricción de movilidad recurrimos a la dog technic. Con la aplicación de esta técnica pretendemos inducir el movimiento de imbricación en la apófisis articular derecha de D8, manipulamos hasta sentir como se libera dicha articulación. Esto, en principio será suficiente para que la articulación vuelva a su dinámica habitual.

DESCRIPCIÓN DE LA TECNICA DOG TECHNIC

El terapeuta cierra la mano en puño, rodea la vértebra con la cara palmar del puño de tal forma que las apófisis transversas descansan sobre la eminencia tenar y la cara dorsal de la segunda falange de los dedos.

El paciente se coloca en decúbito supino con las piernas en flexión y los pies apoyados en la camilla, los brazos cruzados sobre el pecho agarrándose los hombros e intentando que los codos queden lo más junto posible (10, 11).

El terapeuta se coloca al lado del paciente, lo rota hacia el mientras coloca la mano caudal en la vértebra lesionada, en el caso que nos ocupa, realizaremos el apoyo en las ap. transversas de D8, que debido a la inclinación caudal de las ap. espinosas de las vértebras dorsales, se encuentra aproximadamente dos traveses de dedo por encima de la aparición subcutánea de su ap. espinosa. Lo deja reposar sobre su mano y la camilla mientras mantiene la parte superior del cuerpo con la mano craneal.

Una vez se llega a esta posición el osteópata se coloca sobre el paciente, colocando su abdomen sobre los codos del paciente. Con ayuda de la mano craneal vamos deslorsando la columna del paciente hasta que notemos toda la tensión del movimiento en nuestra mano.

Realizamos entonces la puesta en tensión



Figura 9. Posición de la mano en la región dorsal para la realización de la dog technic.



Figura 10. Posición para la puesta en tensión y posterior manipulación.

empujando con nuestro abdomen los codos del paciente en dirección hacia la altura de la vértebra lesionada. Se le pide una expiración mientras ganamos en tensión y al final de la expiración realizamos un trush.

EL TRUSH

El llamado “trush” se debe realizar dentro de los límites fisiológicos de la amplitud del movimiento. Debe realizarse en la posición correcta tanto por parte del paciente como por parte del terapeuta, teniendo muy en cuenta el plano articular y por medio de palancas que posibiliten la manipulación por medio de fuerzas moderadas, focalizadas en un punto concreto.

Antes de realizar dicho impulso, debemos ser capaces de notar como llega la tensión a las articulaciones, y cuando la tensión se focaliza sobre la zona deseada es cuando se debe realizar la manipulación con una fuerza mínima. La manipulación no debe ser dolorosa (12, 14).

Se realiza la liberación de la charnela dorsolumbar, por medio de una manipulación en rotación (técnica del rodillo lumbar)(13).

La técnica de “dog Technic” la realizamos sobre la vértebra lesionada. Tras la manipulación se aplican 10 minutos de termoterapia y se le cita a los 4 días. En ese mismo instante el paciente dice haber notado una mejoría considerable en el dolor irradiado a lo largo del nervio intercostal, y ya es capaz de mantener una postura más erguida.

Se vuelve a valorar la movilidad de la D8 y la restricción de movilidad ha desaparecido, aunque todavía siente una ligera molestia. Se le recomienda termoterapia si el dolor se incrementa en las próximas horas.

A los cuatro días, cuando acude a la clínica dice estar mucho mejor. En la exploración se vuelve a ver una fijación, aunque esta vez menos exagerada, de la vértebra D8. Por otro lado la charnela no presenta ninguna restricción. Se le vuelve a realizar la técnica de “dog technic” en la zona de D8.

A la semana el dolor ha remitido del todo, asegura haber mejorado a raíz de la manipulación y experimenta una sensación de “libertad de movimiento”.

Discusión

La manipulación vertebral no ha demostrado tener mejores resultados que los tratamientos conservadores en los casos de dorsalgias y lumbalgias. Aunque si es cierto que, en algunos casos, aparece un efecto placebo que relaja la zona y ayuda a su recuperación.

Si la manipulación realmente no aporta un claro efecto positivo, ¿hasta que punto puede ser ventajoso aplicar a un paciente con dolor de espalda, una técnica tan agresiva como es una manipulación?. La termoterapia y la mesoterapia, realizan un aporte sanguíneo que facilita la contracción muscular y distiende los ligamentos que mantienen la fijación responsable de la restricción de movilidad y alivia el dolor (15).

Por otro lado la manipulación realiza una liberación instantánea de la fijación vertebral, y si bien por si sola no actúa sobre una posible causa primaria de dicha lesión, si alivia el dolor que proviene de este, como los pinzamientos, irritaciones de nervios intercostales y libera, al menos parcialmente, el movimiento de la articulación tratada.

Una lesión de restricción de movilidad puede ser causada por la acción de un traumatismo directo, que provoca que las carillas articulares de las vértebras impacten y se fijen en una posición. Este tipo de suceso ocurre también por la combinación de los distintos movimientos (flexión, inclinación y rotación) sobre una única articulación; esto lleva a las articulaciones fuera de sus rangos fisiológicos de movimiento y produce la fijación (16, 17).

En los casos de lesión por traumatismo o por combinación de movimientos, la manipulación es sumamente ventajosa.

Conclusiones

Las restricciones de movilidad no se reflejan en una radiografía estática, por lo que es fundamental someter al paciente a una exhaustiva exploración.

Las técnicas de manipulación, tienen en ocasiones un efecto psicológico positivo hacia la curación de dorsalgias agudas.

Con la exploración dinámica se puede determinar si existe algún bloqueo, donde y en que posición. En el caso expuesto se trata de una lesión en D8 de tipo II en FRS izquierda.

La técnica de “dog technic” es una técnica muy válida en dorsalgias debidas a lesiones en flexión de las vértebras dorsales medias – bajas.

Existen otras formas y técnicas para el tratamiento de estas lesiones, igualmente válidas. Estas terapias no son excluyentes de las técnicas de manipulación osteopáticas como la “dog technic”.

Agradecimientos

Agradecer en primer lugar, la colaboración y predisposición del paciente a la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Kapandji A.I. Fisiología articular. Tronco y raquis. 5ª Edición. Ed Panamericana; 2002.
2. Rouviere H., Delmas A. Anatomía humana descriptiva, topográfica y funcional. Barcelona. Ed Masson; 1999.
3. Frank H. Atlas de anatomía humana. Barcelona. Masson - Novartis; 1999. 2ª Edición.
4. Moore K. Anatomía con orientación clínica. Barcelona. Ed Panamericana; 1998
5. Cailliet R. Anatomía funcional y Biomecánica. Madrid. Ed Marban Libros; 2006.
6. Hage M. El gran libro del dolor de espalda. Barcelona. Ed. Paidotribo. 2001
7. Setter F. Setter medicina interna. Barcelona. Ed Masson; 2005.
8. Teyssandier M.J. Introducción a la exploración clínica programada del raquis. Barcelona. Ed Masson; 1999.
9. Pierre Amigues Jean. Compendio de osteopatía. Teoría y Práctica. Madrid. Ed Mc Graw-Hill – Interamericana; 2005.
10. Medina O. Tratado de osteopatía integral. Madrid. Escuela de osteopatía Medina; 2001.
11. Gregory P. Movilización de la columna vertebral, manual básico de método clínico. Barcelona. Ed Paidotribo; 1997.
12. Magoun H. Osteopathie in dert Schadelsphäre. Montreal Ed. Spirales; 2000.
13. Ricard F. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y ciáticas. Madrid. Ed Panamericana; 2002.
14. Coux P. Curtil P. Tratado práctico de osteopatía estructural. Barcelona. Ed Paidotribo; 2002.
15. Young S, Aprill C, laslett M. Correlation of clinical examination characteristics whith three souces of chronic low back pain. Spine J. 2003;3:460-5
16. Bienfait M. Bases elementales. Técnicas de la terapia manual y la osteopatía. Ed Paidotribo. Primera edición. ISBN: 84-8019-292-5.
17. Riot FM, Goudet P, Mouraux JP, Cougard P. Levator ani síndrome, fuctional intestinal disorders and articular abnormalities of the pelvis, the place of osteopatic treatment. Presse Med. 2004 Jul 31:32 (13):852-7. PMID:15387381 Pubmed.