

Algunos consejos para realizar con éxito una manipulación cervical en rotación

Alain Gourjon, Patrick Juvin

Traducción F. Colell -GBMOIM

La técnica de manipulación en rotación practicada en el paciente en decúbito dorsal, llamada «mentón libre» es una de las siete técnicas básicas que es indispensable conocer a la perfección para la práctica cotidiana. Habitualmente usada, se practica en una región que se caracteriza por una gran movilidad, y en la que los accidentes, sobretodo vasculares, pero también óseos pueden ser temibles. Por estos motivos recordaremos brevemente las principales precauciones cuando se aborda este tratamiento.

Primera regla

Los accidentes manipulativos más graves habitualmente conciernen al raquis cervical, es pues capital eliminar una contraindicación de orden circulatorio con la auscultación de los vasos del cuello, la realización de test de postura y eventualmente el examen eco-doppler. Los tests de postura practicados en sedestación deben mantener durante algunos segundos el raquis cervical superior en extensión con rotación derecha y luego izquierda, asociando si es posible una lateralización opuesta. La mínima sensación de náuseas o de vértigo obliga a relajar la postura inmediatamente. Se completan estos tests con el de Rancurel que consiste en comprimir la arteria vertebral en el triángulo de Tillaux en la región suboccipital. Esta compresión se hace con ayuda de uno o dos pulgares a un lado y a otro, después de los dos lados a la vez, con el paciente sentado o de pie (fig. 1). Este test propuesto por Rancurel en el estudio de la insuficiencia vértebro basilar (IVB) hemodinámica, contraindicaría formalmente cualquier manipulación cervical si se revela positivo reproduciendo vértigos, náuseas, alteraciones visuales o del equilibrio.

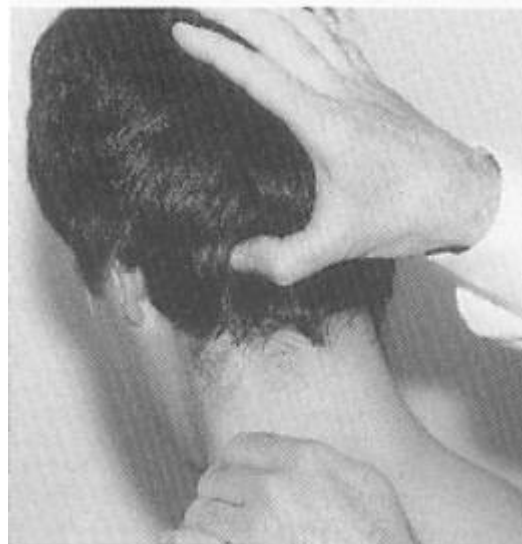


Fig. 1

Fig. 1

Esta técnica "mentón libre" es primeramente una técnica en rotación, es decir, el impulso principal de la manipulación se hace en rotación. Raramente se utiliza pura y será seguramente interesante asociarla a los otros componentes accesorios libres en el esquema de estrella, lateroflexión, flexión o extensión de manera que se obtenga una puesta en tensión premanipulación en una amplitud de rotación sin peligro para la arteria vertebral.

Hay que recordar que:

- Cuanta más rotación, más peligro para la arteria vertebral.
- Si la rotación se asocia a los otros componentes accesorios (lateroflexión, flexión o extensión), antes se consigue la puesta en tensión y la manipulación es menos peligrosa.
- Interesa pues una puesta en tensión con la menor rotación posible utilizando las otras dos amplitudes necesariamente libres (lateroflexión, flexión o extensión)

Segunda regla

Respetar la regla del no dolor y del movimiento contrario de Maigne, que significa que la «manipulación debe hacerse en el sentido libre, opuesto al del dolor sin buscar un supuesto segmento limitado o bloqueado».

Tercera regla

La aplicación práctica de esta regla básica reposa en el «esquema en estrella» de Maigne y Lesage, en el que la amplitud de cada movimiento de rotación, lateroflexión, flexión y extensión se apunta de la siguiente manera, tal y como la practicamos actualmente en el Hôtel-Dieu:

- Un círculo significa un punto doloroso
- ||| De uno a tres trazos verticales significan rigidez creciente.
- ☆☆☆ De una a tres estrellas significan dolor de intensidad 1 a 3.

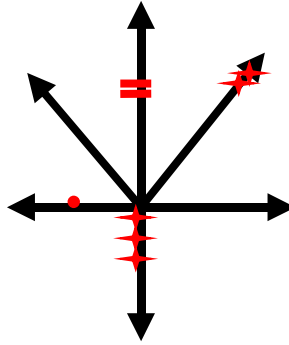


Fig. 2: Esquema en estrella

Se apunta el grado de aparición de la rigidez o del dolor en cada uno de los movimientos.

Así el esquema en estrella (Fig. 2) significaría:

- Zona dolorosa a la mitad de la lateralización izquierda ;
- Rigidez media a la flexión en la mitad del recorrido;
- Dolor importante al final de la rotación derecha;
- Dolor muy importante al inicio de la extensión, siendo ésta imposible.

Cada movimiento se examina primero en su amplitud activa, después en la pasiva, que es la que se anota en el esquema en estrella. El paciente sentado en la camilla, el médico detrás de él asegurando los hombros correctamente (fig. 3).

No se aconseja, sobretodo a un especialista no avezado, tratar con manipulación si no están libres un mínimo de tres direcciones.

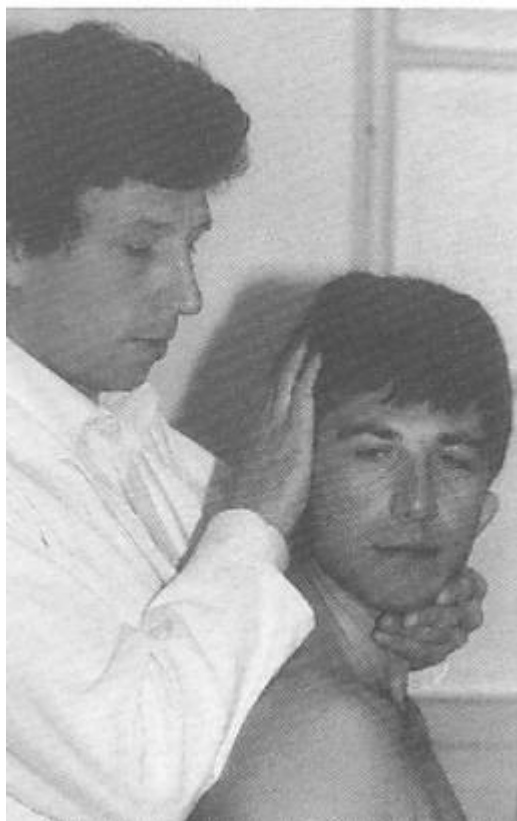


Fig. 3

Fig. 3

El conjunto de los exámenes clínicos, radiológicos y eventualmente los biológicos permitirán atribuir la calificación de «menor» al desarreglo intervertebral.

Los tests de postura y los exámenes radiológicos permitirán eliminar una contraindicación vascular u ósea.

El examen segmentario precisará el lugar exacto del sufrimiento cervical. Este examen se realiza con el paciente en decúbito dorsal y el médico sentado.

Posición del paciente

Paciente en decúbito dorsal, brazos a lo largo del cuerpo sobre la camilla. La cabeza habitualmente sobre la camilla pero en caso de cifosis dorsal importante habrá que elevar la cabecera o colocar una toalla enrollada lo suficientemente espesa para disminuir la lordosis natural del raquis cervical (fig. 4).



Fig. 4



Fig. 5

Pensar también, sobretodo en cuellos cortos, en separar la región superior, que a menudo es de difícil examen, manteniendo una flexión suficiente colocando por ejemplo la cabeza del paciente sobre el muslo del examinador (Fig.5).

Cuando existe patología lumbar asociada se pensará en mantener flexionadas las piernas del paciente.

Posición del médico

Para el examen, el médico está sentado en un taburete, los antebrazos en el borde de la camilla, las manos colocadas con naturalidad a cada lado de la nuca (Fig. 6).



Fig. 6

Fig. 6

Los dedos que examinan de manera simétrica y siempre comparativa, van de la zona indolora a la zona sensible a cada lado de las espinosas pero no muy lateralmente; permanecen en el surco paraespinoso ejerciendo una presión moderada con el índice y el mayor de cada mano. Esta presión homogénea, regular y sobretodo, lenta, tratará de distinguir la tensión muscular propiamente dicha, de la congestión articular, a veces mínima. En el primer caso la sensación de cordón doloroso más o menos a nivel; en el segundo, percepción más localizada de tensión renitente puntual.

Para manipular el médico está de pie en posición de equilibrio, con las piernas semiflexionadas. En caso de rotación izquierda la mano derecha será la que manipule activamente, mientras que la mano izquierda será la portadora o acompañante. La función de esta mano izquierda es muy importante ya que debe mantener la cabeza por encima del plano de la camilla, con los dedos suficientemente separados para que la superficie soportada sea máxima. Dedos no contracturados sin rigidez. Esta superficie portante debe acompañar

al movimiento de rotación bajo el impulso de la mano derecha. No debe oponerse ni acentuar el gesto.

Toda la dificultad está en regular bien la acción de esta mano de la que diremos ha de observar una «neutralidad activa». La función de la mano que manipula no es menos importante ya que dará el impulso de la manipulación tras efectuar la puesta en tensión.

Precisemos que los dos antebrazos del médico deben estar suficientemente separados para realizar un giro correcto que permita dosificar correctamente el impulso de la manipulación.

La mano que manipula. Es el índice el que toma contacto en la unión de las falanges con el nivel a manipular. La presión manipuladora se efectúa no obstante con la unión de los cuatro últimos dedos, la resultante de esta presión se manifiesta en el índice (fig. 7).

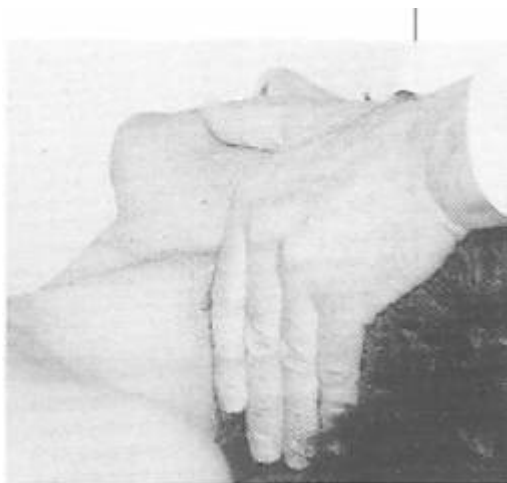


Fig. 7

El reparto de los cuatro últimos dedos permite una superficie activa mayor, vuelve indolora esta presión. En cuanto al pulgar, se cuidará en que sea estrictamente neutro y no se apoye muy enérgicamente sobre la mandíbula del paciente.

Situada la mano de manera correcta en el segmento a tratar, el movimiento de manipulación asociará los otros componentes libres del esquema en estrella.

La puesta en tensión se obtiene así con la mínima rotación, ésta se acentuará ligeramente durante el impulso, procurando no relajar la puesta en tensión.

Errores frecuentes

- Postura de giro muy reducida con brazo de palanca demasiado apretado que provoca un mal control del impulso.
- Relajar la puesta en tensión y « lanzar » la manipulación sin controlar la amplitud. Mantener constante la puesta en tensión, que debe ser breve e indolora, es la mejor garantía de un gesto manipulativo bien controlado.
- Otro grave error que constantemente hemos de corregir entre nuestros estudiantes es la búsqueda sistemática del crujido articular durante la manipulación. Se arriesga el forzar el movimiento más allá de los límites fisiológicos, con riesgo para la arteria vertebral. Solo hay que preocuparse del movimiento, no del crujido.
- Apoyo puntual en el lugar de la manipulación sólo con el índice de la mano impulsora, lo que provoca una presión dolorosa en una zona sensible y la reacción de defensa del paciente.
- Olvidar la relajación suficiente de los tejidos blandos previa a la manipulación, privándose de una ayuda irremplazable.

No hay buena manipulación sin una buena preparación de los tejidos blandos.