

Arlette* et Gérard HATESSE**
Octobre 2006

Traducción: F. Colell (GBMOIM)



MECANISMO DE ACCIÓN DE LAS TÉCNICAS DE MEDICINA MANUAL



*Médecine Générale

** Médecine Manuelle et Analyse Posturale,
Hôtel-Dieu, Paris : Sce Pr Jean-Yves MAIGNE
UTD, C.H. Nemours : Sce Dr Marc SOREL
AFMO, Hôtel-Dieu, Paris

REFLEXIONES SOBRE CÓMO ACTÚAN LAS TÉCNICAS UTILIZADAS EN MEDICINA MANUAL

¿Porqué?; y sobretodo, ¿Porqué funciona?

«Utilizar una técnica de terapia manual es dar información», esta frase de Freddy Huguenin resume en doce palabras lo esencial de esta actividad.

En efecto, nuestro sistema músculo esquelético y cutáneo está plagado de receptores mecánicos, térmicos o dolorosos descargarán su información a la médula, luego al sistema nervioso central para permitir una buena utilización de los músculos tónicos posturales o a los fásicos del movimiento.

Esta fabulosa mecánica a veces puede «bloquearse» conduciendo a una restricción de movilidad o de equilibrio, fuente de tensiones y después de lesiones.

La medicina manual tiene como fin mejorar o recuperar una función músculo articular deficitaria, se limita pues a lo funcional, y no puede pretender en ningún caso tratar una lesión.

Mi formación universitaria en el Hôtel-Dieu de Paris, en Saint-Antoine/Quinze Vingt y mi posterior formación cerca de los médicos de Avignon y Montpellier me ha ayudado a acercar estas técnicas (durante mucho tiempo discutidas y mal codificadas) que con el rigor de los CHU han adquirido rango de nobleza...

En la actualidad y gracias al impulso de Robert y posteriormente Jean-Ives Maigne, esta terapia manual reposa sobre un examen clínico codificado con rigurosidad, independiente del examinador, conducente a un diagnóstico preciso que conlleva un gesto adaptado y perfectamente aprendido.

1- Las manipulaciones vertebrales

Robert Maigne definió el síndrome segmentario célula-teno-miálgico como el de la unión T12-L1 que lleva su nombre.

El disco intervertebral está constituido por un conjunto de fibras cruzadas oblicuas que encierran una estructura muy hidratada: el núcleo pulposo.

No se debe ver en el disco tan solo un simple sistema de suspensión sino más bien como un acumulador que absorbe una parte de la energía cinética producida durante el paso, para restituirla en el paso siguiente.

El segmento vertebral está constituido por el disco y sus dos articulaciones zigoapofisarias (nuestras antiguas articulares posteriores) que orientan y limitan los movimientos vertebrales.

Si se produce un descentrado de este trípode (1 disco + 2 zigo), por ejemplo en caso de contractura asimétrica, se observarán tensiones locales que influirán sobre las ramas del nervio raquídeo provocando dolores y contracturas.

El objetivo de la manipulación consiste en restituir la función articular correcta que solo puede permitir la perfecta congruencia de sus superficies articulares.

Es probable que la pérdida de paralelismo sea una de las causas del dolor: la ausencia de congruencia que bloquea con dolor el movimiento de un lado solo permite la movilidad en el lado libre. Manipular en el sentido "libre" es la regla del no dolor, se intentará, y sin dolor, recuperar el paralelismo concéntrico de las superficies articulares, única garantía de una buena función.

Las distintas técnicas de manipulación solo están destinadas al recentrado, realizando una fuerza de separación en el único sentido «posible»; el «crac» se

corresponde con la decoaptación de la zigoapofisaria, que separándose, provoca una distensión articular y una depresión intraarticular origen de la creación de micro burbujas de gas disuelto (fenómeno de cavitación). El estiramiento brusco de la cápsula zigoapofisaria y de los músculos motores vecinos del raquis, producirá a menudo un efecto antiálgico rápido por la estimulación de los receptores locales afectados (capsulares, musculares, y tendinosos).

El beneficio de la manipulación se extiende por todas las estructuras de la metámera: piel (mejora el pinzado rodado), músculos (disminución de las mialgias y relajación de los cordones miálgicos), y estructuras de sostén (ligamentos, cápsulas o tendones).

El efecto analgésico de la manipulación parece alcanzar la región contralateral y una o dos metámeras adyacentes.

Recientemente se ha descrito una liberación local de enzimas o de neurotransmisores que podría explicar la analgesia postmanipulación.

Otros autores señalan otras posibilidades:

- la liberación por la manipulación de una franja sinovial «pellizcada» en la zigoapofisaria.
- la posibilidad de realinear las dos superficies articulares: en efecto, las superficies articulares están provistas de pequeñas estrías paralelas que parecen orientar el deslizamiento, cuando ocurre un « falso movimiento » estas estrías se mueven un punto provocando el agarrotamiento, el «resalte» manipulativo coloca las cosas en su lugar...

Las estructuras anatómicas metaméricas se clasifican en: dermatoma, miotoma y esclerotoma; cada una de ellas puede abastecer informaciones que a través de los bucles neurológicos (de los que hablaremos más tarde) « inhibirán » las contracturas musculares invalidantes o dolorosas.

2 – Las manipulaciones de las articulaciones periféricas

Todos hemos observado este fenómeno en nosotros mismos: una articulación se “bloquea” limitando parcialmente por ejemplo la extensión del codo, con una ligera molestia si se “fuerza”.

¿Qué hacemos espontáneamente? Movilizamos el codo recalcitrante en los ejes indoloros; y tras algunos movimientos, a veces acompañados de un pequeño crujido, el codo recobra su amplitud normal.

¡Bravo!, acabas de realizar tu primera manipulación periférica.

¡Los brillantes manipuladores diplomados...o no diplomados, no hacen más que esto!

Explicación: la movilización en los ejes libres ha devuelto la congruencia a las dos piezas óseas de la articulación.

Señalemos que las investigaciones actuales se orientan hacia las manipulaciones llamadas «no forzadas», es decir, sin impulsión «con crac» y sin puesta en tensión previa a la manipulación; en estos casos se trabaja sobre una articulación en posición de reposo artroceptivo que tiene por finalidad el recentrado suave con mínimo movimiento y poca velocidad: es la técnica del deslizamiento articular, que también se aplica al raquis.

3 – Técnicas que actúan sobre la cápsula articular

Los receptores capsulares son esencialmente activos en los movimientos extremos de la articulación, probablemente para enviar un mensaje de límite que no hay que sobrepasar: cualquier tentativa de sobrepasar este límite desencadena rápidamente un dolor creciente.

¡Este fenómeno de distensión capsular dolorosa debería observarse durante una manipulación articular!

Felizmente esto no sucede en la manipulación «forzada», el gesto ejercido tras la puesta en tensión no da tiempo a generar la información nociceptiva, se practica en «baja amplitud y gran velocidad».

Por el contrario, algunos estiramientos pueden alcanzar este umbral doloroso capsular ya que son de «gran amplitud y poca velocidad».

4 – Acción sobre los tendones

El receptor específico del tendón es el órgano tendinoso de Golgi o OTG, analista de la tensión del músculo durante su contracción o estiramiento.

A este propósito, señalemos que es el estiramiento el que nos informa del movimiento, y no la contracción del músculo antagonista: cuando flexiono mi codo, contraigo el bíceps, pero es el tríceps el que me informa (y los receptores cutáneos).

El OTG es el origen del reflejo miotático inverso, destinado a interrumpir una contracción muscular excesiva: ¡efecto disyuntor!

De hecho su acción parece bastante más compleja, probablemente con un control central de la tensión muscular...

Estirar un tendón provoca una estimulación de los OTG que descontracturarán al músculo:

- estiramiento lento para solucionar una contractura muscular
- stretching del deportista
- técnica de Mitchell que alterna pequeñas contracciones activas con estiramientos pasivos de amplitud creciente.

Algunas técnicas estimulan directamente al tendón: masajes, ultrasonidos, ondas de choque, técnica de Moneyron (se hace vibrar al tendón como una cuerda de contrabajo), o el tradicional «reboutement» de los curanderos para “recolocar el nervio”

5 – Acción sobre el músculo

La contracción muscular desencadena la información a partir de los husos neuromusculares o HNM que analizan la longitud y la velocidad de variación de ésta en el músculo esquelético estriado.

El HNM es el origen del reflejo miotático (el martillo de reflejos) que permite regular el movimiento, controla la estabilidad y la postura.

Esquemáticamente tenemos dos tipos de dolores musculares: la contracción involuntaria y la disminución de extensibilidad. Por el contrario, una sola técnica para eliminar el dolor: acortar el músculo afectado.

Esta técnica de Jones o acortamiento pasivo máximo mantenido durante 90 segundos permite suprimir el tono muscular «apagando» la acción de los HNM. Tras los 90 segundos, dos posibilidades:

- relajar muy lentamente el acortamiento para no despertar muy rápidamente el reflejo miotático adormecido,
- o relajar lentamente al tiempo que se solicita del paciente la contracción activa del músculo antagonista, ello mejora el resultado a través del reflejo de inhibición recíproca: ante una mialgia del bíceps, lo acorto con la flexión del codo y la supinación pasivas durante 90 segundos y luego solicito al paciente que contraiga activamente su tríceps.

6 – Acción en la piel

«La piel, el órgano más profundo del hombre» (Paul Eluard) está provista de una gran variedad de receptores mecánicos, térmicos y nociceptivos.

La estimulación de los nociceptores cutáneos comporta a veces una disminución de los dolores profundos, es el efecto que se busca con el uso de las cremas revulsivas, de la irritación con ortigas o picaduras de abeja, brasas o moxas.

- la estimulación de los termorreceptores se realiza con la aplicación local de una agente calmante frío o caliente, seco o húmedo.
- la estimulación de los mecanorreceptores (contacto, presión, estiramiento) a menudo permite obtener un efecto antiálgico: se frota una zona contusa, se sopla sobre una quemadura o una picadura de insecto, o se ejerce una presión que va desde la caricia hasta el pinzado nociceptivo.

A propósito de los mecanorreceptores cutáneos, señalar, que son los que nos indican la posición de las partes de nuestros miembros en el espacio, lo que nos permite, por ejemplo, encontrar el interruptor a oscuras o utilizar los mandos del automóvil sin mirarlos.

Para acabar con la piel no olvidemos:

- la acupuntura que actúa en los puntos neurovasculares, informadores orto y parasimpáticos,
- la inmovilización que bloquea las piezas óseas, pero también satura los barorreceptores,
- el papel de los quimio y metabólico receptores que explican al menos parcialmente la eficacia de la isquemia local o el aporte de sustancias medicamentosas con mesoterapia o tópicas,
- o por fin el papel nocivo de algunas cicatrices (quemaduras), que pueden modificar el gesto o la postura, destruyendo o perturbando la información de los goniómetros cutáneos, y modificando el esquema corporal.

He aquí terminado este pequeño vistazo de las técnicas usadas en terapia manual, que permite aliviar a veces a nuestros pacientes cuando los métodos clásicos son poco eficaces:

- AINES y Corticoides ¿están indicados en ausencia de inflamación?
- Los analgésicos son a menudo ineficaces con los dolores que traducen disfunción sin lesión
- La Fisioterapia a veces reactiva el dolor si pone en acción los músculos “agotados”
- El reposo músculo-articular a menudo insuficiente.

Frente a estos callejones sin salida terapéuticos, porqué no intentar un gesto antiálgico. Teniendo bien en cuenta que un gesto en medicina manual no puede practicarse más que tras haber establecido un diagnóstico preciso, y ejerciendo una acción adecuada y bien aprendida. Ya que como todo tratamiento eficaz, la medicina manual puede tener efectos secundarios peligrosos.

Un último guiño: no obsesionarse con la imaginería. Se pueden aliviar parcialmente los dolores de una gonartrosis “quirúrgica” o calmar las lumbalgias bajas de un paciente portador de lesiones discales L5 o S1 sin que estas lesiones sean motivo de discusión...

A modo de conclusión, no olvidemos sobretodo que el efecto placebo juega obligatoriamente un papel importante en esta medicina distinta en la que el contacto físico paciente/médico es esencial.

Espero, que esta pequeña exposición, os permita destruir la sensación de aureola mágica que acompaña a estas actividades médicas...