



Annales Médecine Physique 1972;15:275-92

Semiología clínica de los desarreglos intervertebrales menores

R Maigne

Traducción: F. Colell (GBMOIM)

Cuando la manipulación cura un dolor vertebral aparecido tras un esfuerzo, un movimiento en falso, una alteración estática o postural, es evidente que soluciona temporal o definitivamente un desarreglo reversible provocado por una de estas causas.

La práctica de las terapias manuales a través de los años nos ha permitido darnos cuenta que en los casos de cervicalgias, dorsalgias, lumbalgias comunes (agudas o crónicas); y muy particularmente en aquellas que se han visto beneficiadas con la manipulación, que un solo segmento vertebral es el responsable del síndrome doloroso. Y eso incluso si las lesiones radiológicas de artrosis o de degeneración discal son más extensas.

Es importante señalar que este nivel responsable, cuando aparece, es el menos afectado radiologicamente. Además el examen clínico clásico generalmente no lo detecta. Solo en los casos en los que existe un dolor radicular puede determinarse el nivel vertebral afectado basándose en la topografía de ese dolor, las alteraciones motoras o de los reflejos. Por eso, en caso de lumbalgias rebeldes, se necesita practicar exámenes con sustancias de contraste o discografías, pero solo cuando se contempla la posibilidad quirúrgica. No obstante, en la mayoría de los casos habituales, con un atento examen de pequeños signos que siempre están presentes, es posible determinar si existe sufrimiento en un segmento vertebral en particular. Es lo que nos proponemos mostrar aquí.

Es una cuestión esencial en materia de terapia manual, ya que la manipulación solo está justificada cuando existe un desarreglo mecánico. De esta forma algunas cefaleas y algunas epicondilitis se solucionan con la manipulación cervical apropiada o se agravan con la manipulación inversa. Pero no es solo por la impresión clínica que se debe «probar» la manipulación, ni se deben juzgar sus efectos por las impresiones del paciente. Hay que comprobar este desarreglo segmentario y precisar sus características. Esto es capital para el empleo y la justificación de las manipulaciones, pero no es menos importante para la comprensión de los dolores vertebrales comunes.

1) ¿Qué puede ser este desarreglo intervertebral menor?

Este desarreglo no puede más que asentar en los elementos móviles del raquis, en lo que Junghanns llamó el « Segmento Móvil » que comprende lo que une dos vértebras adyacentes; es decir, el disco, las articulaciones interapofisarias, los ligamentos, y los músculos.

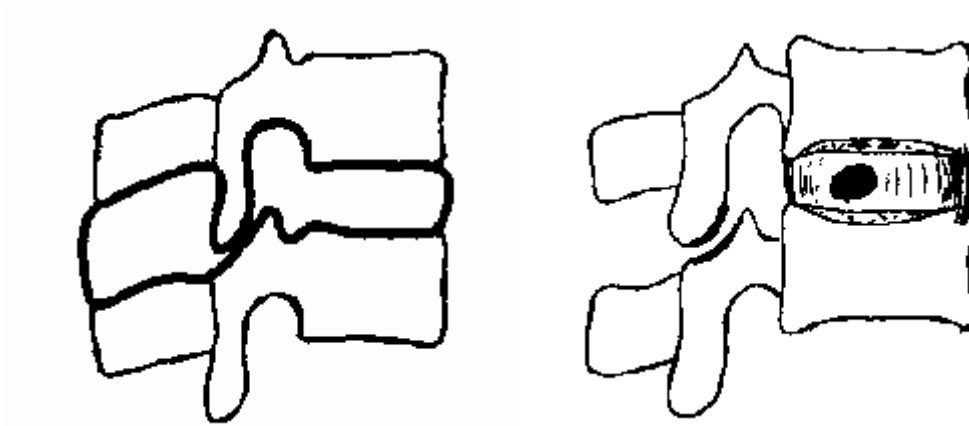


Fig. 1 y 2: El Segmento móvil de Junghanns

De hecho, una lesión mecánica no puede asentar más que en el disco o las articulaciones interapofisarias. Pero además hay que concebir la existencia de un « desarreglo funcional » en este sistema vertebral que funciona de forma automática.

Primero veremos cuales son las posibles lesiones mecánicas (reversibles) de las articulares posteriores y de los discos.

1) Lesiones en las articulaciones interapofisarias

No queremos redundar en las importantes referencias que encontraremos en este artículo a este respecto. Pero hemos de recordar que para la mayoría de autores no puede existir bloqueo intra-articular por lesión del pequeño menisco intra-articular, demasiado delgado para provocarlo. Quizás en algunos casos puede existir un pinzamiento y sufrimiento de una franja sinovial (Junghanns) como puede observarse en algunos esguinces tibio-tarsianos, en los que Florent nos explicó haber encontrado en la intervención quirúrgica unas franjas sinoviales engrosadas y muy edematosas. Ello podría justificar algunos dolores agudos, pero no los crónicos que son los más frecuentes.

2) Lesiones en el disco

Se puede tratar de:

- Bloqueos intradiscales en los que el annulus no está completamente desgarrado,

- Hernia discal, donde el annulus está completamente desgarrado y el núcleo abandona el disco,
- Insuficiencia discal simple.

a) Hernia discal

En la mayoría de casos, la hernia discal provoca un síndrome radicular. El cuadro clínico (ciática, etc.) es clásico: comporta alteraciones sensitivas, eventualmente alteraciones motoras más o menos importantes, alteraciones reflejas. Pero a estos signos de hipo o hiper-estesia, hipotonía de la fuerza muscular se le añaden síntomas más discretos que no están descritos en los tratados clásicos, pero que revisten un particular interés en el tratamiento de las algias vertebrales comunes.

Hace ya algunos años hemos llamado la atención sobre este síndrome neurotrófico que acompaña a los dolores radiculares, y que llamaremos “síndrome téndino-célulo-miálgico”. Comprende:

- Placas celulálgicas muy sensibles al pinzado-rodado en ciertas partes del dermatoma de la raíz afectada;
- Fascículos musculares endurecidos y muy sensibles (como contracturas localizadas) en el vientre de algunos músculos dependientes de la raíz afecta;
- Dolores teno-periósticos que solo aparecen por palpación y que se encuentran en el territorio inervado por la raíz dependiente (epicondilitis en C6, dolor del trocánter mayor en L5, etc.).

Estas zonas de sensibilidad (cutáneas, musculares, o tenoperiósticas) solo se localizan con el examen sistemático. Pueden ser las responsables de la persistencia del dolor radicular inicial, o en su defecto de dolores origen de errores diagnósticos. Volveremos a hablar sobre ello.

b) Bloqueos intradiscales

Es el bloqueo de un fragmento de núcleo en una fisura incompleta del annulus. Conocemos sobretudo los bloqueos posteriores, que en la región lumbar se consideran clásicamente los responsables del lumbago agudo o de algunas lumbalgias crónicas (de Séze).

Hay que señalar que la existencia de una hernia discal o de un bloqueo intradiscal sean posteriores, laterales o anteriores, afecta al funcionamiento del conjunto del segmento móvil. Debido al mal reparto de cargas, ciertos elementos asumirán tracciones o presiones que no pueden soportar (ligamento, articulación, músculo) y que les provocará sufrimiento. La sintomatología de este sufrimiento se añadirá a la propia del disco si éste a presión provoca alteraciones; o aislado si el disco no comprime directamente ningún elemento sensible ^(Fig. 3).

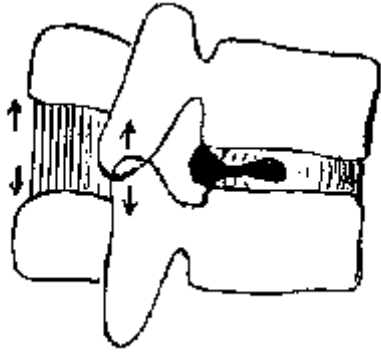


Fig. 3: Bloqueo discal posterior; sus consecuencias en las articulaciones interapofisarias y el ligamento interespinoso.

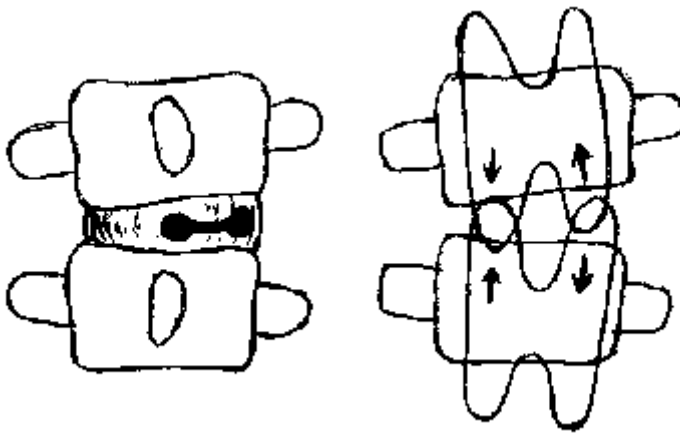


Fig. 4: Un bloqueo discal póstero-lateral comporta una disfunción de las articulares posteriores. Este sufrimiento puede traducirse en dolores locales o irradiados, según una topografía pseudo-radicular, como lo han mostrado las experiencias de Kellgren. Recordemos que tras anestesiar la piel inyectaba en el músculo paravertebral o en el ligamento interespinoso una solución salina hipertónica al 5%.

Pero sobretodo es en una de las articulares posteriores en donde se resiente más el « stress » mecánico. No hay « Desarreglo Intervertebral Menor » sin sufrimiento de la articulación de un lado. Es de fácil constatación en la columna cervical en la que las articulaciones se palpan con facilidad.

La íntima relación con la rama posterior del nervio raquídeo (Lazorthes) hace que el sufrimiento de estas articulaciones interapofisarias (edema, reacciones periarticulares, et.) siempre afecten al nervio.

A fin de cuentas, para provocar los dolores, no se precisa que la hernia discal o el bloqueo intradiscal sean sintomáticos directamente. Pueden serlo por sí mismos, pero lo que sucederá a través del ligamento interespinoso o la articular posterior también hará sufrir.

Nos parece creíble que un gran número de desarreglos intervertebrales menores se deben a este mecanismo, y una de las formas de acción de la manipulación es la de modificar ligeramente la posición del fragmento discal bloqueado, proporcionando un mejor equilibrio dinámico al segmento móvil, menos traumatizante para el resto de los elementos, sobretodo al sistema articular posterior.

3) Desarreglo funcional

Hay que subrayar que en el sistema vertebral que funciona en condiciones de automatismo, cualquier disturbio mecánico es en la práctica la causa de un *Desarreglo Funcional* creado por las sollicitaciones anormales que provoca en los elementos ricos en inervación propioceptiva. Ello modifica el estereotipo neuromuscular normal. El espasmo muscular es el elemento más objetivo o en todo caso el más palpable de ese desarreglo funcional, y puede persistir una vez minimizado o desaparecido el desarreglo mecánico.

La acción inhibidora de la manipulación sobre este espasmo constituye, sin duda, uno de los puntos más importantes de su efecto.

II) Signos del desarreglo intervertebral menor

El atento examen permitirá encontrar toda una serie de pequeños signos que traducirán el sufrimiento de un nivel vertebral. Son la consecuencia de la disfunción local, de la irritación de la rama posterior del nervio raquídeo y de los elementos del agujero de conjunción.

Son pues:

- Signos locales,
- Signos regionales,
- Signos a distancia.

Ninguno de ellos es patognomónico de un desarreglo de naturaleza mecánica; simplemente son el testimonio del sufrimiento o de la perturbación del segmento vertebral correspondiente.

Es con el conjunto de los datos del examen clínico, radiológico y de los exámenes complementarios que se podrá poner la etiqueta de desarreglo benigno. Pero ello no será una indicación para la manipulación más que cuando responda a un cierto número de criterios que por otro lado hemos definido, sobretodo si la Regla del no-dolor y del movimiento contrario puede aplicarse.

1) Signos locales

Algunos se obtendrán por la **palpación** que busca detectar ciertas modificaciones tisulares locales. Otros se obtendrán por las **maniobras de presión** sobre las espinosas que sollicitarán al Segmento Móvil en distintas direcciones.

a) Palpación paravertebral

Permite evidenciar lo que llamamos el punto paravertebral. Efectivamente, la palpación superficial, el simple contacto con el pulpejo de los dedos en toda la longitud de los canales paravertebrales, permitirá localizar signos familiares en una pequeña área de un centímetro cuadrado. Esta zona se sitúa a un través de dedo de la línea media y normalmente solo existe en un lado. El dedo palpador obtiene la sensación de un edema superficial muy localizado y una tensión en profundidad de los tejidos. Este signo es particularmente neto en los desarreglos torácicos y cervicales.

Esta zona se corresponde a la proyección de la articulación interapofisaria subyacente, de la que es traducción de su sufrimiento. Si el operador aumenta sensiblemente su presión en este punto, provocará un dolor vivo que no aparece en las zonas vecinas o simétricas; más si este dolor se parece al que nota habitualmente el paciente.

Es muy sorprendente para el paciente y más aún para los que no están familiarizados con las terapias manuales ver que el operador encuentra con rapidez y gran exactitud la localización del dolor, incluso sin interrogar al paciente. Y eso con tan solo pasear el pulpejo del índice y del medio a lo largo de la línea paraespinosa. La rapidez, la certeza y la precisión milimétrica de la localización del nivel perturbado gracias a este « punto paravertebral » han hecho que muchos, primero los osteópatas y después otros, se entusiasmaran con este examen palpatorio atribuyéndole más de lo que razonablemente puede dar.

Por sorprendente y divertido que sea este signo, solo permite una localización, no un diagnóstico.

Sin embargo esta detección del « Punto Posterior » es extremadamente cómoda para localizar el nivel, y también para juzgar, con su desaparición o su disminución, la eficacia de una maniobra terapéutica.

b) Maniobras de presión

Seguidamente se solicita al Segmento Móvil haciendo presión sobre las espinosas para crear un movimiento local exagerado. Se efectuarán maniobras de presión vertebral muy interesantes. Son:

- Presión axial sobre la espinosa
- Presión contrariada lateral de las espinosas
- Presión del ligamento interespinoso
- Presión sobre la articulación interapofisaria
- Y la maniobra del « Punto “Aviso” Anterior » en el raquis cervical inferior.

Presión sobre la espinosa.

Es la maniobra más utilizada en el examen clásico del raquis. Tiene interés si la presión lenta ejercida sobre la espinosa despierta un dolor profundo inmediato y aún más si aumenta el dolor espontáneo ^(Fig. 5).

Pero hay que desconfiar ante una causa de error frecuente: la sensibilidad superficial de la espinosa debida a una apofisitis o a un dolor de inserción del

ligamento supraespinoso, que pueden reproducirse por ligero frotamiento de la espinosa.

Presión contrariada lateral de las espinosas (Maigne).

El objetivo de esta maniobra que proponemos es provocar en el Segmento Móvil un movimiento selectivo de rotación forzada, primero a la derecha, después a la izquierda (Fig. 6).

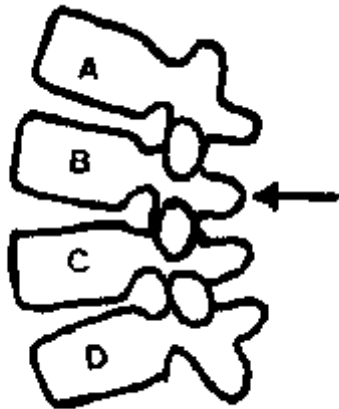


Fig. 5: Presión sobre la espinosa.

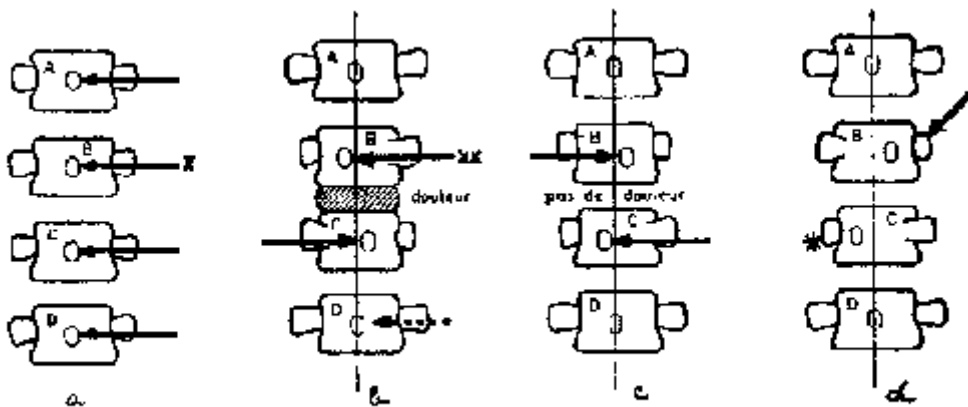


Fig. 6: Presión lateral de la espinosa (a). Presión lateral contrariada de las espinosas (c). La manipulación que debe hacerse en un caso como este consiste en forzar la rotación de B en el sentido no doloroso, eventualmente con un contraapoyo en la transversa izquierda de C. (d): dirección de la manipulación.

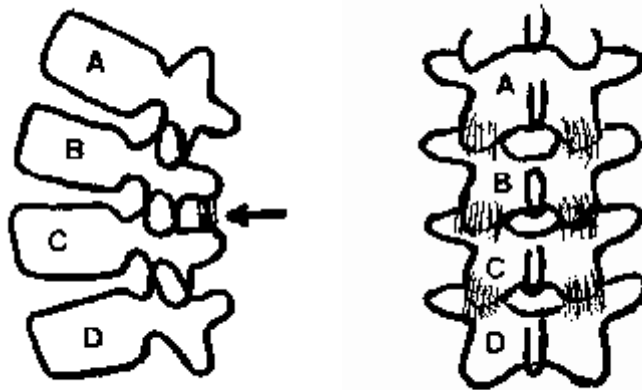


Fig. 7: Presión sobre el ligamento supraespinoso.

Fig. 8: Punto articular posterior e interespinoso.

Se empieza haciendo una **presión lateral en las espinosas** de la región examinada. Primero de derecha a izquierda, después de izquierda a derecha (Fig. 6-a). Si una de las maniobras en una vértebra es sensible en una dirección, y más si exagera o reproduce el dolor del paciente, se efectúa la maniobra siguiente que permitirá saber si el nivel responsable es el superior o el inferior a la vértebra sensible. Manteniendo la presión que provoca el dolor se efectúa simultáneamente una contrapresión en dirección opuesta en la espinosa A supra-yacente (Fig. 6-b), luego en la espinosa C sub-yacente. Una de estas dos maniobras (en C) aumentará el dolor provocado inicialmente, la otra maniobra no. Ello localizará exactamente el nivel que sufre (nivel B-C). En el sistema terapéutico que preconizamos, también nos dará la dirección precisa de la manipulación (en el sentido del no-dolor) (Fig. 6-d). Siendo indolora la maniobra de dirección opuesta (B-C).

Presión del ligamento interespinoso.

Es habitual comprobar que el ligamento interespinoso de un segmento móvil responsable de un Desarreglo Intervertebral Menor es netamente más sensible a la presión que los demás. Esta sensibilidad, que se explora con el canto de una llave, puede desaparecer tras la manipulación (Fig. 7). Pero a veces permanece, aunque hayan desaparecido los otros signos. Y en algunos casos este sufrimiento ligamentoso residual mantendrá un dolor rebelde que desaparecerá tras la infiltración anestésica del ligamento. Esto constituye un test útil y a veces el tratamiento.

En los casos rebeldes, la esclerosis según el procedimiento protocolizado por Barbon y Troisier será el tratamiento de elección, pero para nosotros solo tras la normalización del desarreglo responsable con la manipulación previa.

Señalemos que la sensibilidad de un ligamento interespinoso aislada a menudo traduce una « inestabilidad vertebral » que otros llaman « hipermovilidad ». En este caso la esclerosis también puede ser un buen tratamiento, pero no hay que manipular. En estos casos si se encuentran signos de Desarreglo Intervertebral Menor no acostumbran a ser fijos con los diferentes exámenes: el

Punto Posterior cambia de lado con el tratamiento, puede ser bilateral (hecho excepcional en los DIM, que responden bien al tratamiento con manipulación), los músculos rápidamente se irritan, etc....

Presión sobre la articulación interapofisaria.

Última maniobra de presión que ya hemos comentado anteriormente. En la práctica no existe desarreglo intervertebral menor sin afectación directa o indirecta en una articulación interapofisaria. La riqueza de inervación y la íntima relación con la rama posterior del nervio raquídeo hace de ella una de las principales fuentes de alteraciones que provienen de un desarreglo intervertebral menor. La articulares vertebrales posteriores se palpan con mucha facilidad (palpación suave, sin apoyo) en el raquis cervical con el paciente en decúbito prono; es interesante señalar que incluso en caso de cervicalgias en las que hay una artrosis en varios niveles, salvo en las crisis inflamatorias, generalmente solo aparece sensible una articulación. Esta sensibilidad disminuye o desaparece instantáneamente con la manipulación realizada con éxito.

La maniobra del « punto aviso » anterior (Maigne).

Específica para el raquis cervical.

Se coloca horizontalmente el pulgar que empujará muy débilmente en la parte antero-lateral del cuello, nivel a nivel. Primero por delante donde comprimirá levemente las raíces; después lateralmente donde comprimirá las regiones latero-vertebrales. El explorador observará de esta manera la particular sensibilidad de un nivel respecto a los demás. Será el mismo en el que se habrá descubierto el « Punto Articular Posterior » ^(Fig. 9).



Fig. 9: El « Punto aviso » anterior.

Esta maniobra puede revelar o aumentar un dolor proyectado del brazo, mostrando su origen cervical. En la mayoría de los casos de dorsalgias interescapulares permitirá reproducir el dolor dorsal habitual, mostrando también su origen cervical. No es, evidentemente, más específica de los desarreglos mecánicos que los otros signos que hemos explicado.

2) Signos regionales

No insistiremos en ellos: limitación de la movilidad regional en ciertas direcciones y dolores provocados si se fuerza este movimiento. La contractura muscular paravertebral es habitual y marcada en los casos agudos.

Pero queremos insistir aquí en los signos más discretos ya que son más frecuentes en los micro-desarreglos mecánicos que nos interesan, sobretodo cuando son crónicos. Se deben al sufrimiento de la rama posterior del nervio raquídeo; son los signos del síndrome doloroso célula-miálgico:

- Induraciones parciales de fascículos musculares paravertebrales;
- Y sobretodo la maniobra de « palpado-rodado » aplicada sistemáticamente en las regiones del dorso.

Ésta pondrá en evidencia lo que es el testimonio más característico de esta irritación crónica: la existencia de una banda transversal de infiltración celulálgica. Los planos cutáneos son espesos y sensibles, a veces con pequeños nódulos muy dolorosos a la presión. Esta zona es más o menos extensa. Tiene un gran interés semiológico si está aislada, unilateral, y más aún si su palpación le recuerda el dolor que siente al paciente.

Hay que saber que en la región torácica la inervación cutánea se hace 3 o 4 niveles por debajo de la emergencia del nervio en el raquis. Es pues mucho más bajo que el nivel que presenta un desarreglo menor donde hay que buscar la banda de celulalgia (Fig. 10).

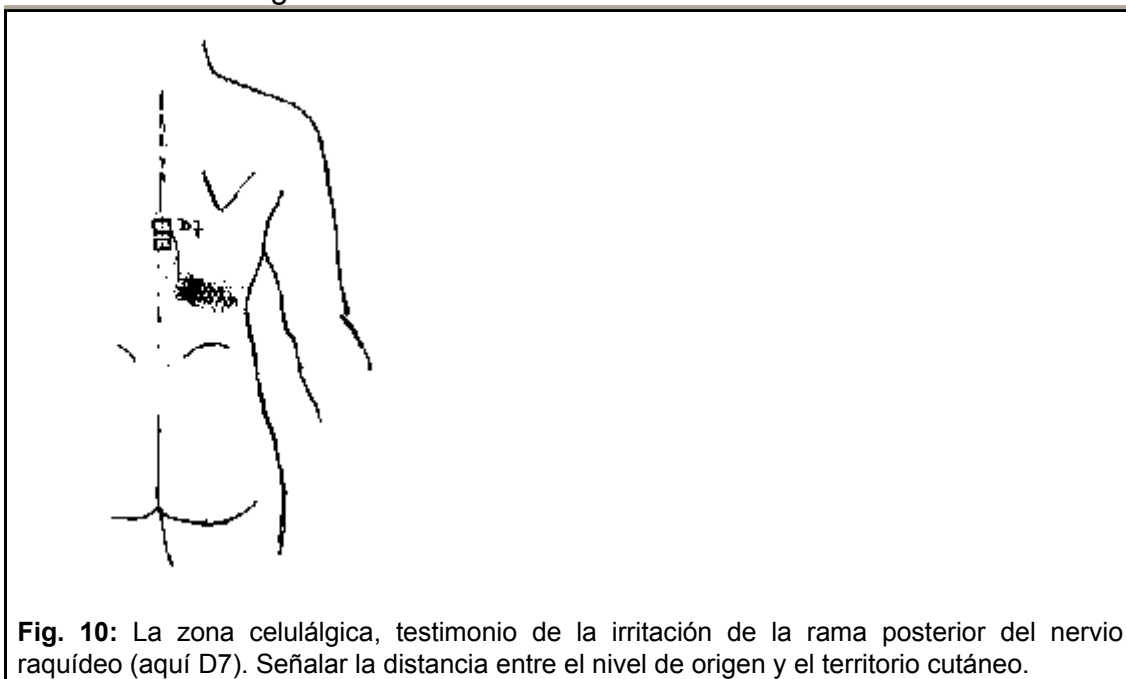


Fig. 10: La zona celulálgica, testimonio de la irritación de la rama posterior del nervio raquídeo (aquí D7). Señalar la distancia entre el nivel de origen y el territorio cutáneo.

En la zona lumbar, las ramas posteriores inervan los planos cutáneos glúteos y sacros así como los músculos y ligamentos de la región sacra. En un caso de lumbalgia, por ejemplo, si la palpación revela una celulalgia unilateral en la cresta ilíaca, hay que dirigir la atención hacia L1 o L2.

Son las ramas posteriores de los nervios raquídeos lumbares las que inervan los planos cutáneos, los músculos y los ligamentos de la región sacro-ilíaca. Su

irritación es la causa más frecuente de los dolores erróneamente atribuidos a la articulación sacroilíaca.

3) Signos a distancia

Esencialmente son:

- DOLORES RADICULARES: signos de irritación o de compresión de la rama anterior del nervio raquídeo, de entre los que la ciática y la neuralgia cervicobraquial son los ejemplos más corrientes;

- DOLORES PROYECTADOS: a menudo de topografía pseudo-articular de origen ligamentoso, articular o muscular que han sido bien evidenciados por los experimentos de Kellgren. De ellos conocemos las proyecciones acostumbradas. Kellgren, y después Hackett realizaron los mapas topográficos. Hay que pensar en ellos durante el examen clínico; siguen casi exactamente las raíces del mismo nivel. Pero no nos entretendremos en ellos porque no forman parte de lo que podríamos llamar la semiología objetiva.

Volvamos a los dolores radiculares, o más exactamente a los signos de irritación y de compresión de la raíz. Clásicamente sabemos que el síndrome comprende:

- Signos sensitivos situados en el dermatoma correspondiente, en forma de hiper, hipo, o incluso anestesia.
- Signos motores situados en el miotoma correspondiente que se traducen por una disminución o pérdida de la fuerza, que puede evidenciarse con un test muscular bien hecho.
- Signos reflejos: abolición o disminución de un reflejo tendinoso.
- A veces, alteraciones simpáticas.

Con la topografía de los signos sensitivos, motores, y reflejos se determina el nivel afectado durante el examen neurológico clásico.

Insistiremos aún en el síndrome célula-teno-miálgico tan frecuente en las algias radiculares y que tiene un interés de primer plano para el terapeuta manual, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento. Los encontramos en los planos cutáneos, los músculos y las inserciones teno-periósticas cuya inervación depende de la raíz afecta (Fig. 11 et 12).

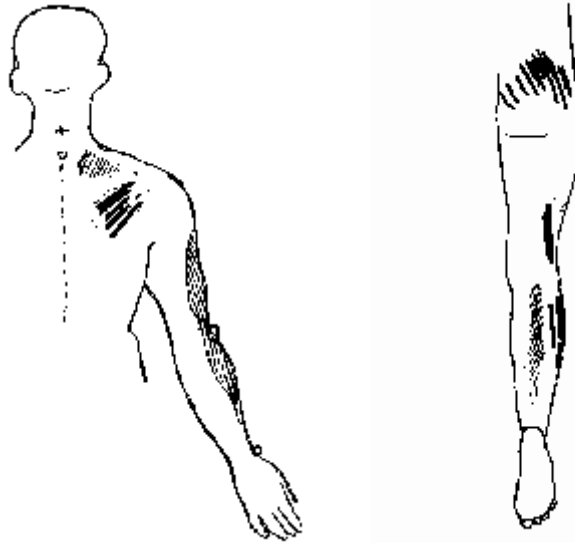


Fig. 11: El síndrome célula-teno-miálgico acompañante de las algias radiculares. Aquí lo que se puede encontrar en un síndrome C6. En líneas finas las zonas de celulalgia, en líneas gruesas los fascículos musculares indurados y sensibles (infraespinoso), en círculos dolores teno-periosticos; epicóndilo, estiloides radial (epicondilitis de origen cervical o estiloiditis).

Fig. 12: Síndrome célula-miálgico S1. Celulalgia (en trazos finos). Fascículos musculares indurados y sensibles: glúteo mayor, parte inferior del bíceps crural y gemelo externo.

a) En el dermatoma correspondiente la maniobra del pinzado-rodado evidenciará algunas zonas más o menos extensas del tamaño de una moneda hasta el de la palma de la mano, que son asiento de una « celulalgia » en la que el pliegue es espeso. Son muy sensibles a la maniobra del pinzado-rodado comparada con las zonas vecinas y simétricas. Acabamos de hablar de ellas a propósito de la rama posterior del nervio raquídeo. Las podemos encontrar independientes o junto a una parte del dermatoma de la raíz anterior. Pueden mantener dolores rebeldes (algunos casos de ciáticas prolongadas) y ser motivo de error diagnóstico (pared abdominal).

b) En el miotoma correspondiente (más exactamente en partes de algunos músculos de este miotoma) la palpación puede revelar la existencia de fascículos duros, muy sensibles a la presión, de magnitud variable, desde una aguja a la de un puro, pasando por la de una aceituna. También aquí éstas zonas miálgicas son bastante sorprendentes en una afección radicular en la que generalmente encontramos al músculo mudo, hipotónico o presentando una disminución de fuerza. Su presión recuerda bastante al dolor de la rampa con la que no hay analogía en absoluto en el plan patogénico.

También pueden hacer que perduren los dolores rebeldes (cruralgias, ciáticas). Casi siempre están presentes en el mismo músculo para una misma raíz y en la misma zona de ese músculo (parte externa del gemelo externo, recto anterior, parte inferior del bíceps corto, etc.).

Su tratamiento primero es la corrección del desarreglo responsable, después el estiramiento del músculo (como en una rampa) y la infiltración anestésica en el punto más doloroso de ese músculo.

c) En el esclerotoma correspondiente se puede encontrar una sensibilidad muy viva en algunos puntos de inserción tendinosa; puede ser una pseudo-tendinitis del supraespinoso (para la raíz C5) o del bíceps (para la raíz C6), o algunas epicondilitis (para C6 o C7), o algunos dolores trocantéreos en las ciáticas de L5. En algunas ciáticas existen dolores del bíceps femoral e incluso una artritis tibio-peronea.

Estas zonas dolorosas y sobretodo las de los planos cutáneo y muscular son a menudo curiosamente ignoradas por el paciente, aunque sean las responsables de los dolores rebeldes que perpetúan la crisis de radiculalgia cuando la causa que la originó ya ha desaparecido.

Pero podemos encontrarlas en casos en los que el dolor radicular nunca se ha manifestado. Se debe a que el sufrimiento radicular ha sido mínimo, por debajo de un cierto umbral, pero están presentes las alteraciones neurotróficas. En estos casos, la corrección de un Desarreglo Intervertebral suprimirá estos fenómenos y los dolores que los acompañan de forma a veces espectacular; por ejemplo, curación instantánea de una epicondilitis de origen cervical. A veces será necesario asociar al tratamiento vertebral un tratamiento local (posiciones de estiramiento del músculo, masajes de los planos cutáneos, infiltraciones del punto doloroso).

Cuando encontramos los signos locales y regionales de un desarreglo intervertebral menor hay que examinar sistemáticamente los territorios cutáneos, musculares y teno-periósticos en el territorio de la rama anterior que dependen de ese nivel. A la inversa; cuando un enfermo se queja de un dolor que parece mantenido por una celulalgia localizada, un dolor muscular o teno-perióstico, hay que examinar el nivel vertebral correspondiente y buscar los signos locales y regionales de un DIM.

Estos son los pequeños signos que traducen el sufrimiento de un nivel vertebral.

Nos permitirán afirmar su responsabilidad mientras que las radiografías o el examen clásico son negativos.

Llaman nuestra atención sobre este nivel preciso que deberá ser examinado radiologicamente. Estos datos deben registrarse en el cuadro del examen general.

Solo con este conjunto se estará en condiciones de emitir un diagnóstico de « Desarreglo Intervertebral Menor » en el que se podrá contemplar el tratamiento con manipulación si los criterios de aplicación muestran tal posibilidad. Con la disminución o desaparición (a veces instantánea) tras la manipulación se juzgará el resultado favorable, completo o incompleto de las maniobras.

III) ¿Qué pensar de la noción de restricción de la movilidad?

En ningún momento hemos contemplado la « restricción de la movilidad » en el diagnóstico del desarreglo intervertebral menor, que sabemos es la justificación esencial del tratamiento con manipulación para los osteópatas, para Mennel y para Lewitt.

Recordemos que se trata de la apreciación con la sola ayuda de la palpación de una modificación del movimiento intervertebral llevado a un solo segmento ; segmento afecto que presenta con respecto a los otros un mínimo acercamiento o alejamiento de las espinosas, o una sensación de resistencia elástica al final de la rotación. Podemos imaginar la sutilidad de un examen de ese tipo y su ¡subjetividad!

No nos parece serio mantener este dato de restricción de movilidad como justificación esencial de la manipulación y este examen como base para el tratamiento manual. Esta concepción es de perspectiva espiritual: es bastante evidente que el movimiento intervertebral no es total en todos los individuos en todos los niveles raquídeos. A los 15 años quizás, a los 40 seguramente no. El desgaste articular, las alteraciones estáticas menores, van a crear modificaciones mínimas, perfectamente silenciosas y bien toleradas del movimiento intervertebral en algunos segmentos. Si hubiera que tratar esto, haría falta manipular a ¡todo el mundo, todo el tiempo!

Pero sobretodo, el examen que pretende reconocer y analizar tales micro-movimientos es una ilusión: la palpación no puede permitir el apreciar modificaciones de movimiento interespinoso tan sutiles a través de la piel y los `planos subcutáneos y con mayor razón las modificaciones de la rotación con la palpación de las apófisis transversas ¡tan profundas bajo los músculos!

Podemos desafiar sin riesgo a cualquiera para que sea capaz de reconocer con este examen la existencia de un bloque vertebral congénito cervical, dorsal, o lumbar, por ejemplo. Es un caso donde la « restricción » de movimiento es ¡total e indiscutible! Además, las referencias que podría aportar tal examen, si fuera posible, serían equívocas. Imaginemos que estas “restricciones de movilidad” pudieran evidenciarse por palpación, o mejor por radiología dinámica o cine-radiografía.

Según la teoría defendida por los Osteópatas o por Lewitt haría falta restaurar con la manipulación esta movilidad perdida insistiendo en el sentido de la restricción (un poco como se haría con una puerta que abre mal). Entonces, basta un ejemplo para comprender la falsedad de un razonamiento tal.

Tomemos el caso de un lumbago debido a un bloqueo discal posterior entre L4 y L5. La movilidad del segmento será casi normal en flexión; pero muy disminuida en extensión. Es un bello caso de “restricción de movilidad » en extensión. Haría falta pues, para « restaurar » la movilidad restringida, forzar el movimiento en extensión, lo que es evidentemente aberrante: es exactamente a la inversa lo que haremos para aliviar al paciente.

En realidad, aquellos que pretenden ser capaces de detectar estas « restricciones de movilidad » se ilusionan con lo que perciben. Como hemos expuesto, alrededor del segmento en desarreglo existen reacciones tisulares tróficas o reflejas. De una parte son estas modificaciones y de otra parte la

reacción de los músculos a los pequeños movimientos pasivos efectuados durante el examen lo que percibe el operador entrenado. Los interpreta equivocadamente como un mínimo movimiento intervertebral. Además la palpación puede permitir una localización de zonas en las que hay disfunción sin por ello revelar la causa, ni su naturaleza exacta, ni ser una ayuda seria para determinar del movimiento terapéutico.

Conclusión

En materia de tratamientos manuales no pueden interesarnos más que los desarreglos intervertebrales que son suficientes para generar alteraciones o dolores locales, regionales, o radicales; pero los que, no obstante, son poco importantes ya que deben ser reversibles y accesibles a nuestra terapia.

El Signo más fiel a un desarreglo de estas características es el dolor que se puede provocar a distancia al solicitar el segmento responsable. Se pretende así aumentar ligeramente el desarreglo (con el movimiento localizado, la presión lateral sobre la espinosa, etc.). Que es lo que hemos procurado mostrar en este artículo.

La positividad de estas maniobras evidencia el sufrimiento de ciertas estructuras sensibles del segmento móvil; sino no habría síntomas provocados. El examen que solicitará este segmento forzando su movimiento en las distintas direcciones, también permitirá analizar la dirección que aumenta el desarreglo, y poder escoger el tratamiento que lo disminuya. Es decir, el sentido del no-dolor opuesto al que duele. Pero este examen sería incompleto si no se abordaran los signos de irritación radicular del mismo nivel comprendiendo los de la rama posterior del mismo.