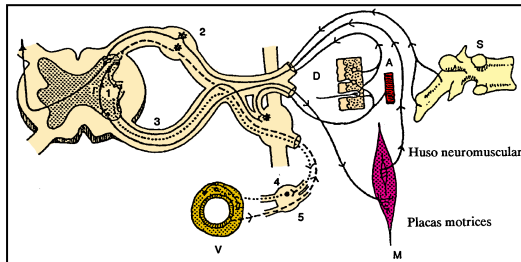


PATOLOGÍA OSTEOPÁTICA

EFFECTOS DE LA FACILITACIÓN MEDULAR SEGÚN IRWIN KORR



A – Angiotoma.

D – Dermatoma.

M – Miotoma .

S – Esclerotoma.

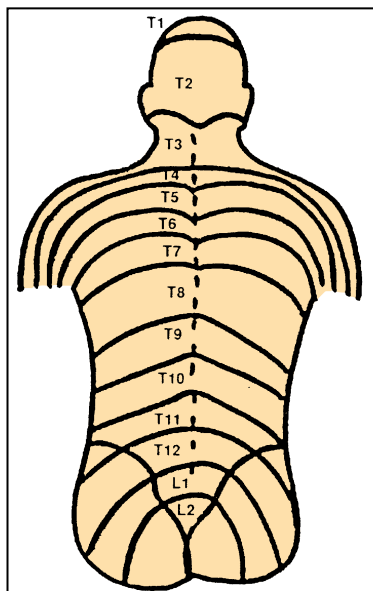
1 – Médula espinal.

2 – Raíz posterior sensitiva.

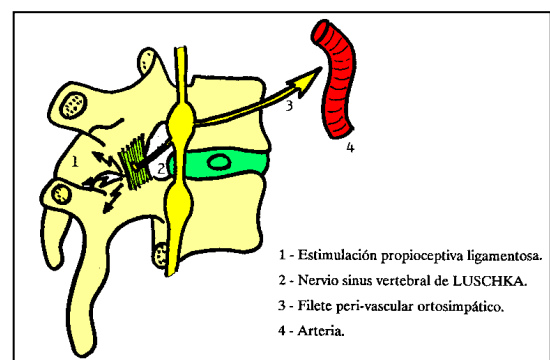
3 – Raíz anterior motora.

4 – Ganglio simpático laterovertebral y ramas comunicantes.

5 – Ganglio plexiforme visceral.



Los angiotomas



Reflejo neurovascular vertebral

CONSECUENCIAS DE LA FACILITACIÓN MEDULAR

Se repercute sobre todos los elementos que constituyen la metámera:

- Dermatoma: dermalgia refleja.
- Miotoma: hipotonía o hipertonía muscular.
- Esclerotoma: dolor del periosteo o de los ligamentos.
- Angiotoma: angioespasmo (lesión neurovascular).
- Enterotoma: disfunción neurovegetativa visceral

Produce una facilitación de los mensajes nociceptivos, una simpaticotonía y reacciones neuroendócrinas.

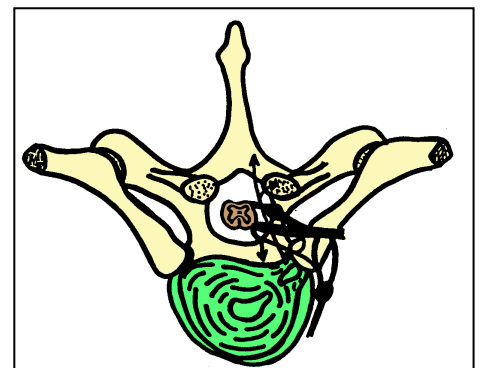
- El diagnóstico reposa sobre 3 signos clínicos:
- Dolor a la palpación de la apófisis espinosa de la vértebra que pertenece a la misma metámera.
- Dermalgia en el dermatoma.
- Debilidad al testing muscular dentro del mismo miotoma.

LAS HERNIAS DISCALES DORSALES

Fisiopatología:

A nivel dorsal, existe una libertad relativa en rotación mientras que la lateroflexión está muy limitada : la rotación provoca un cizallamiento discal. Sin embargo, a nivel torácico, el disco no es responsable de las radiculalgias, como es el caso a nivel lumbar.

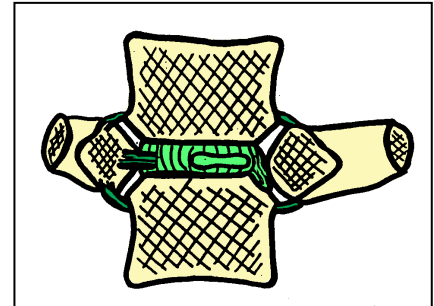
Una alteración posicional de las cabezas de las costillas, una debilidad o una rotura de los ligamentos capsulares favorecen la protrusión discal en la articulación costo-corpórea.



a) Después de micro-traumatismos (levantar un objeto pesado, esfuerzos en rotación del tronco), se produce una rotura de las fibras del anillo, durante la rotación del cuerpo vertebral suprayacente la: vértebra va hacia atrás mientras la costilla queda fija la articulación costo-corpórea está entonces

abierta al máximo, los ligamentos están estirados o rotos, permitiendo de esta forma la protrusión del disco en la articulación corpórea o bien en el agujero intervertebral.

b) La protrusión discal provoca un edema que irrita los ligamentos y el nervio sinus vertebral de Luschka.

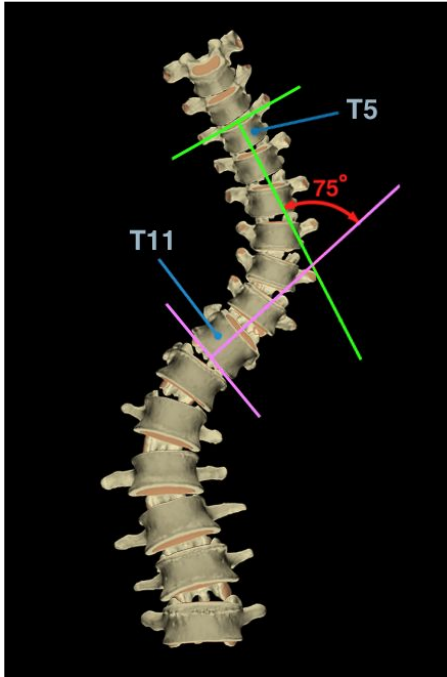


HERNIA DISCAL T7-

T8

LA ESCOLIOSIS

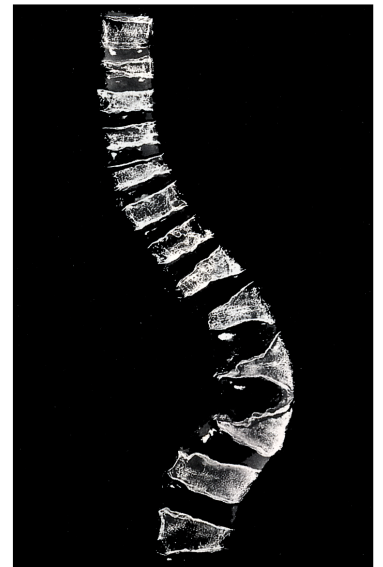
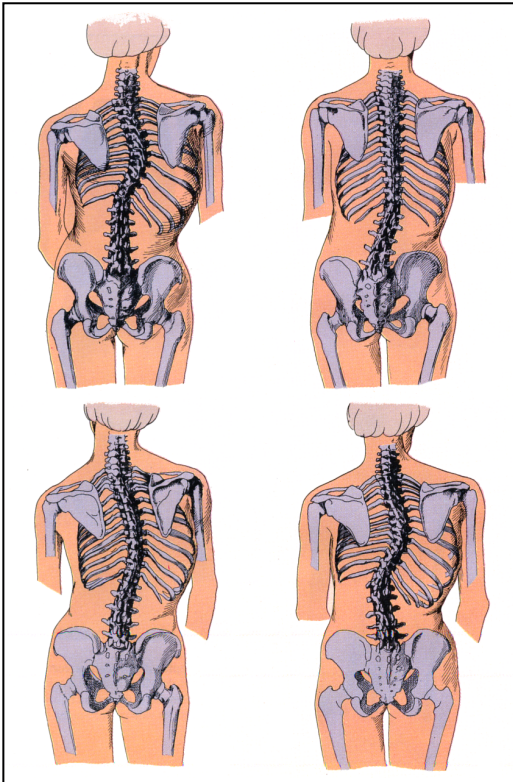
La escoliosis verdadera es una deformación estructural intra-ósea del raquis : Resulta pues imposible corregirla completamente. Sin embargo, el dolor es anormal, y habrá que devolver imperativamente el bienestar al paciente liberando las vértebras fijadas (teniendo en cuenta la convexidad) e investigando correctamente las zonas de cambios de curvas, zonas de estrés máximo, orígenes de los dolores +++.



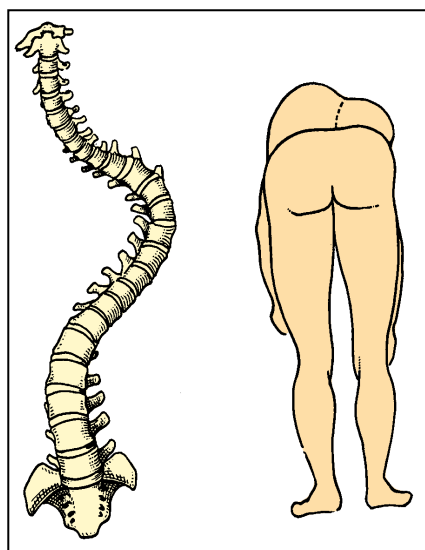
Hemi-vértebra

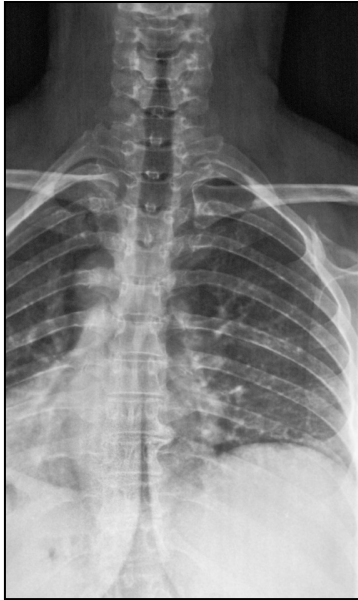


Bloque congénito

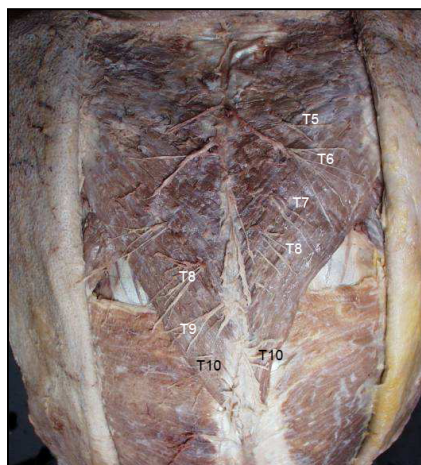
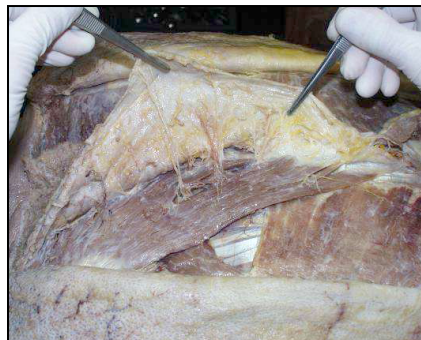
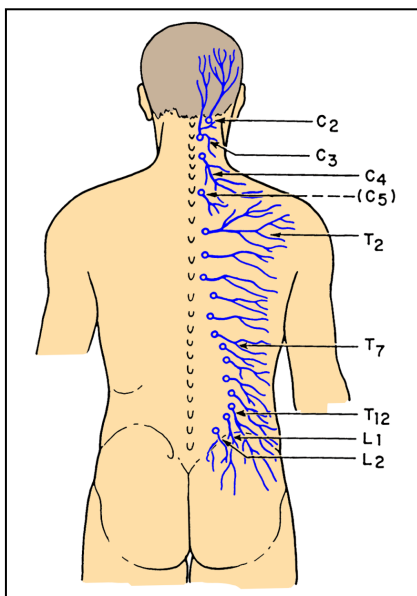


EXAMEN DE LA ESCOLIOSIS





LOS NERVIOS SENSITIVOS CUTÁNEOS VERTEBRALES



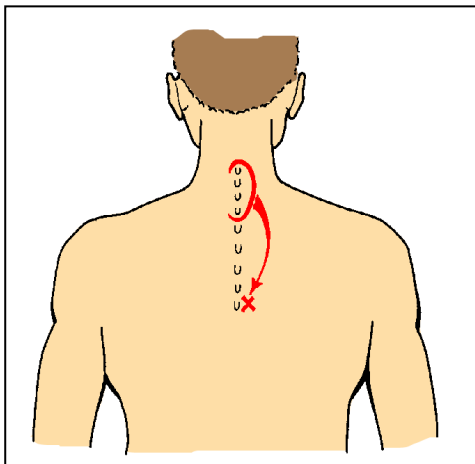
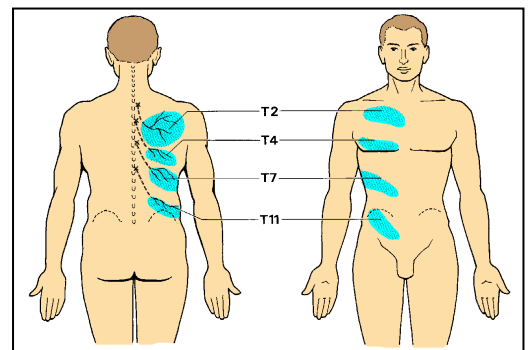
Una celulalgia de la región medio-dorsal y de la fosa subespinal corresponde, para el autor, a sufrimientos segmentarios del raquis cervical inferior.

Pero anatómicamente, ese ancho territorio está inervado por la rama cutánea de T2 y de T3.

A T4 corresponde un territorio posterior situado aproximadamente hacia T8, y anterior a nivel del pezón.

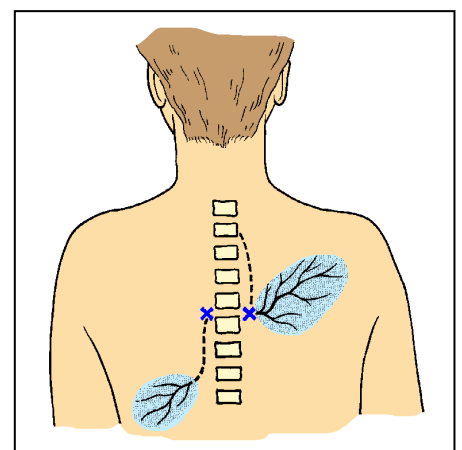
A T7 corresponde un territorio posterior situado a nivel de T11-T12, y anterior a nivel de las últimas costillas.

A T11 corresponde un territorio posterior situado encima de la cresta iliaca y una zona anterior (menos frecuente) situada en la parte inferior del abdomen.

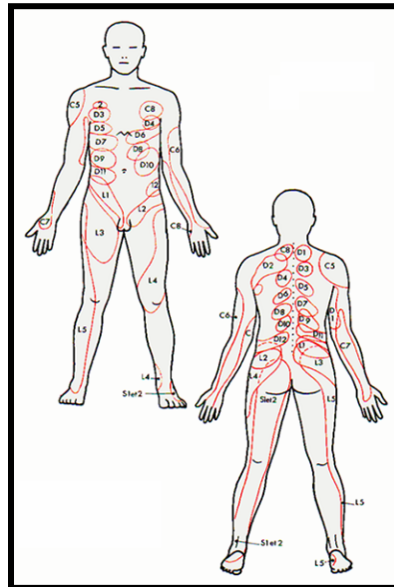


« El punto cervical de la espalda » (Maigne) refleja un sufrimiento del raquis cervical inferior, que sea discal o articular posterior, benigno o maligno. Corresponde a la emergencia de la rama posterior de T2.

El « punto cervical de la espalda(a la derecha) podría confundirse con un dolor articular posterior del segmento T4T5 o T5-T6 (a la izquierda) En este caso la banda celulálgica que corresponde al territorio de la rama posterior de T5 estaría situada más abajo hacia T9-T10.



DOLOR REFERIDO A PARTIR DE LOS LIGAMENTOS INTERESPINOSOS SEGÚN LEWIS Y KELLGREEN



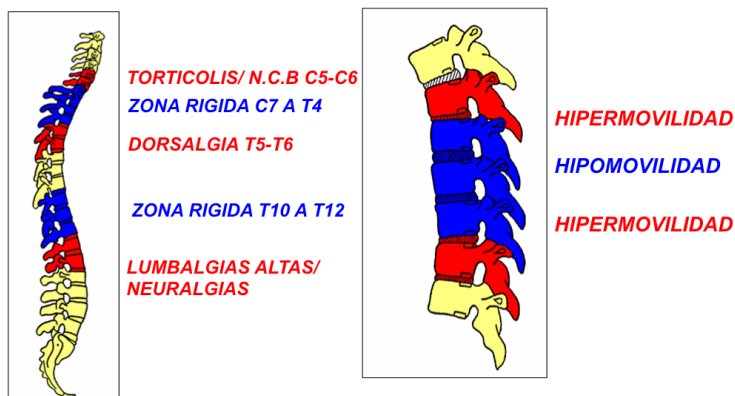
HIPER E HIPOMOVILIDAD A

NIVEL TORÁCICO

Provocan una hipermovilidad reaccional compensadora supra o subyacente.

- Las ANTERIORIDADES torácicas son sintomáticas, producen disfunciones vasomotrices y de la duramadre.
- Imponen una hipermovilidad reaccional compensadora supra o subyacente:

LA ARTICULACIÓN HIPERMÓVIL ES EL
LUGAR DEL SÍNTOMA.



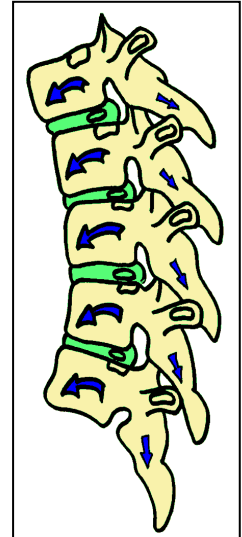
DISFUNCIONES DE FLEXIÓN BILATERAL (CIFOSIS):

Lesión de grupo en flexión bilateral que asocia un deslizamiento postero-inferior de las vértebras que retropulsa los discos y pone en tensión los ligamentos posteriores. Las costillas están posteriorizadas, lo que provoca una rigidez torácica durante la rotación. Esta lesión impone una hiperlordosis sub y suprayacente.

La flexión está libre, la rigidez aparece en extensión.

Los espacios interespinosos están abiertos, una espinosa puede estar más posterior (lesión posteroinferior de una vértebra aislada en el grupo cifótico).

Movimientos restringidos: extensión y rotaciones.



OBJETIVOS DE LA MANIPULACIÓN : Thrust en extensión, stretching en extensión. Corregir de manera específica la lesión postero-inferior.

DISFUNCIÓN DE ANTERIORIDAD

Lesión de grupo en extensión bilateral (hiperlordosis) que asocia un deslizamiento anterosuperior de las vértebras.

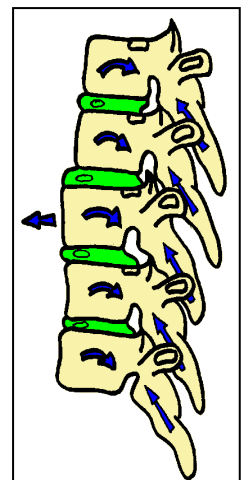
El conjunto realiza una zona plana que no acepta la flexión.

Las espinosas están aproximadas : una espinosa puede estar más anterior (lesión de anterioridad de una vértebra aislada en el grupo).

La apófisis articular superior invade el agujero intervertebral y puede irritar a ese nivel la raíz nerviosa.

La extensión está libre, la rigidez (zona plana) aparece en flexión.

Esta lesión favorece la hipermovilidad reaccional de los otros niveles (sobre todo a nivel cervical).

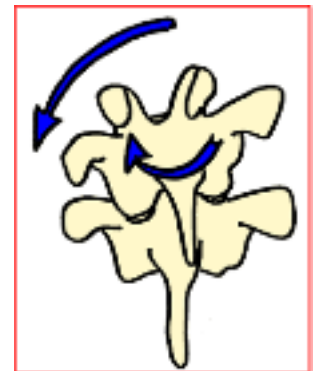


Movimientos restringidos : Flexión ++ Lateroflexión bilateralmente.

OBJETIVOS DE LA MANIPULACIÓN : Thrust en flexión, stretching en flexión. Corregir de manera específica la lesión de anterioridad. OBJETIVOS DE LA MANIPULACIÓN: Thrust en flexión, stretching en flexión. Corregir de manera específica la lesión de anterioridad.

DISFUNCIÓN DE NSR (LESIÓN DE GRUPO)

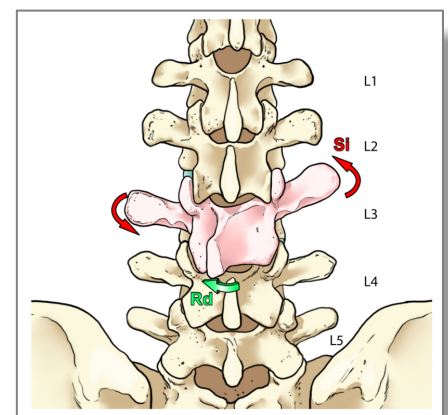
- Lesión de grupo : varias vértebras giran hacia el mismo lado.
Adaptación de una lesión no-neutra subyacente (FRS/ERS).
- En posición neutra de las carillas articulares (EASY-FLEXION), las vértebras giran automáticamente en la convexidad.
- En el lado de la posterioridad, la costilla está alta y posterior, en el lado opuesto está baja y anterior.



OBJETIVOS DE LA MANIPULACIÓN: desrotar la vértebra situada en el ápex del grupo creando una nueva convexidad en posición neutra de las carillas articulares.

DISFUNCIONES LUMBARES DE TIPO I DE UN SEGMENTO ÚNICO (Kimberly 2000, Mitchell 1996, Van Burskirk 2000)

Un único segmento lumbar o torácico puede presentar una disfunción en primera ley de Fryette. En el diagnóstico la asimetría seguirá en flexión y en extensión. Los tejidos serán dolorosos bilateralmente.



DISFUNCIÓN DE ERS

Lesión de imbricación en el lado de la posterioridad (derecha) : la rotación se efectúa en la concavidad.

La posterioridad desaparece en extensión y aumenta en flexión.

El espacio interespinoso inferior está cerrado, la costilla del lado lesionado (derecha) está baja y posterior, en el lado opuesto está alta y anterior.

Movimientos restringidos : Flexión-Rotación izquierda (poca lateroflexión).

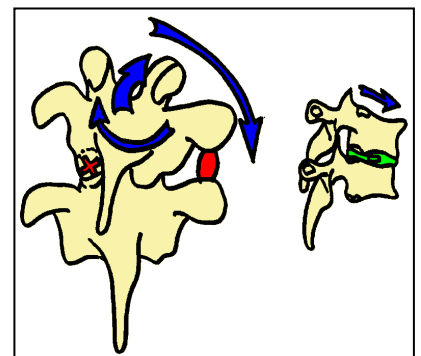


Objetivo de tratamiento: abrir la carilla imbricada.

Para testar y tratar hasta T5 debemos utilizar la palanca cervical.

DISFUNCIÓN EN FRS

- Lesión de desimbricación del lado opuesto a la posterioridad : el disco hace protrusión postero-lateralmente a la izquierda y bloquea la carilla izquierda en posición abierta.
- La rotación se efectúa en la concavidad La posterioridad aumenta en extensión y desaparece en flexión.
- El espacio interespinoso inferior está abierto, en el lado lesionado (izquierdo) la costilla está alta y anterior, en lado opuesto está baja y posterior.



- Movimientos restringidos : extensión, lateroflexión izquierda.
- OBJETIVOS DE LA MANIPULACIÓN : Cerrar la carilla izquierda desimbricada.

NOTA : Para el diagnóstico y tratamiento, arriba de T5 se utiliza la palanca cervical.