



INTRODUCCION A LA OSTEOPATIA VISCERAL

1. GENERALIDADES DE LA OSTEOPATIA VISCERAL

El diafragma está en relación con los órganos torácicos y supramesocólicos directamente. Su papel es pues fundamental en osteopatía visceral.

EL EFECTO TURGOR

La presión intra-abdominal es más elevada que la presión intra -torácica: este equilibrio depende del estado tónico de los músculos abdominales

El efecto TURGOR, de congestión, consiste en que por la presión positiva intra-abdominal cada órgano tiende a ocupar el máximo espacio y a adherirse a las paredes abdominales.

Según la literatura osteopática, existiría una movilidad visceral en relación con:

- La motilidad (Barral)
- El MRP (Lief, Curtil)
- El recuerdo del movimiento embriológico (Helsmoortel, Hebgen)
- La respiración y el movimiento diafragmático.
- El peristaltismo

Todos estos conceptos sobre la movilidad visceral carecen completamente de pruebas científicas, en ausencia de trabajos científicos serios confirmando estos datos, lo único razonable y demostrado es que es el diafragma en la respiración el motor de la movilidad visceral.

Disfunción visceral osteopática

La función correcta de un órgano depende de varios factores:

- Su movilidad fisiológica.
- Su vascularización correcta.
- Su innervación neuro-vegetativa correcta.

¿Cuándo tratar las vísceras en medicina osteopática?

- Indicación de primer orden: Enfermedades viscerales si hay indicaciones de la medicina osteopática (Tratamiento único o de acompañamiento del tratamiento alopático/quirúrgico).
- Indicación de segundo orden: densidad/hipomovilidad visceral que repercute de manera indiscutible sobre el sistema músculo-esquelético. Por ejemplo hígado sobre movilidad diafragmática, ápex pulmonar sobre entrada torácica y raquis cérvico-torácico.
- Indicación de tercer orden: relación fascial de las vísceras. Por ejemplo pericardio, ligamentos pleurales y pericárdicos, etc.

Orden de importancia en los puntos de tratamiento de las visceras en medicina osteopática

1. Tratar el alrededor músculo esquelético (Técnicas músculo-esqueléticas)
2. Dar elasticidad al órgano (Técnicas viscerales)
3. Eliminar los espasmos viscerales y luchar contra las adherencias viscerales (Técnicas viscerales)
4. Luchar contra la enteroptosis (Técnicas viscerales)
5. Normalizar su vascularización arterial (Técnicas arteriales)
6. Normalizar la inervación neuro-vegetativa (Técnicas músculo-esqueléticas)
- Trayecto del X-Neumogástrico (ARP, vaina yugular, vaina carótida, entrada torácica, cayado de la aorta, diafragma)
- Reflejos somato-viscerales ortosimpáticos (Técnicas músculo-esqueléticas)
7. Normalizar la movilidad
8. Normalizar las tensiones fasciales

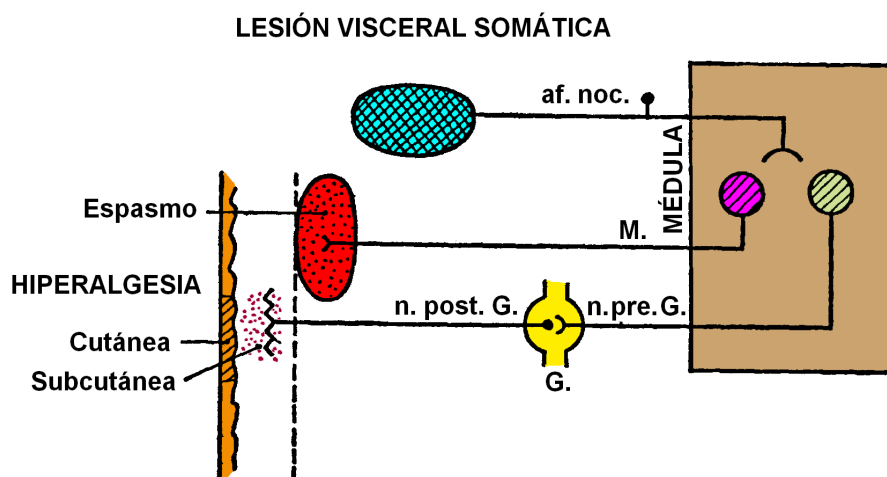
2. DOLOR REFERIDO VISCERAL

Características clínicas del dolor visceral

- Localización difusa
- Poca fiabilidad de su relación con una dolencia
- Sensaciones referidas
- Una sensación mínima provoca intensas respuestas autónomas y emocionales
- Componentes del dolor referido
- Distribución metamérica
- Sensibilización de tejidos segmentarios

EL dolor en órganos internos es sentido con frecuencia en la superficie del cuerpo, esa sensación es conocida como DOLOR REFERIDO

DOLOR REFERIDO TIPO I



Las aferencias nociceptivas (af.noc.) que vienen de un foco VISCERAL o SOMÁTICO activan por vía refleja:

- 1- Eferencias motrices (M.) que provocan un espasmo.



2- Eferencias ortosimpáticas responsables de perturbaciones vasomotoras y de una facilitación de las terminaciones nerviosas.

n-pre.G: neurona preganglionar

n-post.G: neurona postganglionar

G.: ganglio

Síndrome de Sandifer

- Tortícolis por Reflujo Gastroesofágico (con frecuencia hernia de hiato).
- *Diagnosticado más frecuentemente en niños y adolescentes, aunque también presente en adultos.*
- *Los pacientes afectados por este síndrome con frecuencia están mal diagnosticados (diagnóstico erróneo de epilepsia, discinesias paroxísticas...).*

Los pacientes con síndrome de Sandifer pueden presentar:

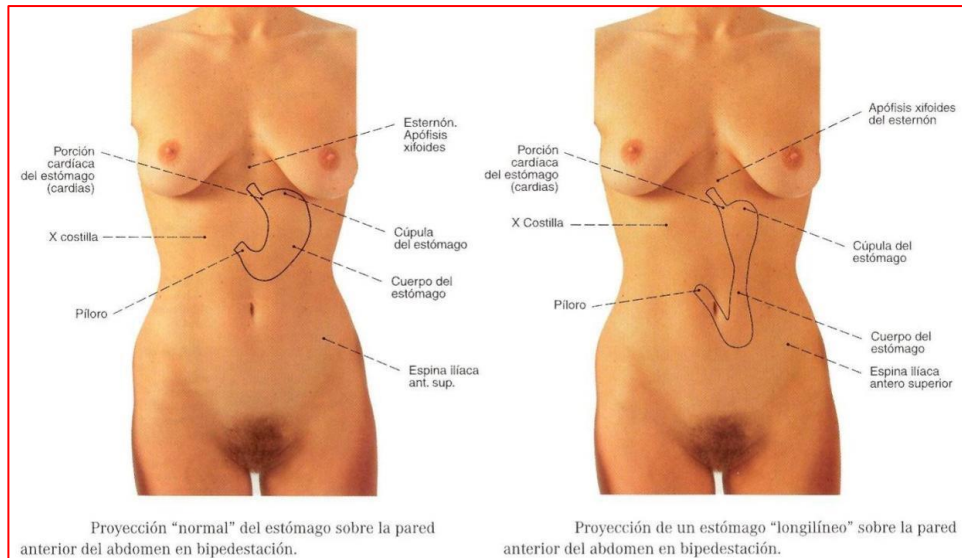
- Tensión en la parte izquierda del raquis cervical y hombro izquierdo.
- Espasmo de los músculos del cuello junto con dolor epigástrico y ardores.
- Alteración de la posición de la cabeza, con dolor al intentar volver a la posición neutra.
- Movimientos paroxísticos de la cabeza, cuello, miembros superiores y/o tronco.
- Irritabilidad.
- También puede cursar con vómitos.
- También pueden presentar:
 - postura distónica
 - retrocollis (movimiento en extensión cervical)
 - opistótonos (espasmo extensor - postura rígida con la cabeza hacia atrás)
 - desviación ocular.
 - Otros niños presentan movimiento lateral de la cabeza.

También se ha presentado conjuntamente a parálisis de Bell, muecas, lagrimeo...

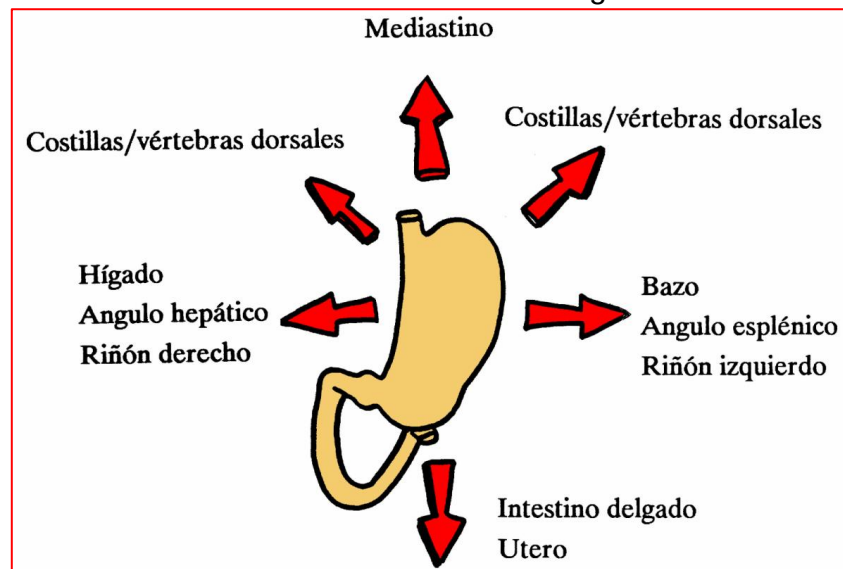
El tratamiento del reflujo elimina por completo el cuadro

3. ANATOMIA PALPATORIA DEL SISTEMA VISCERAL

Estómago

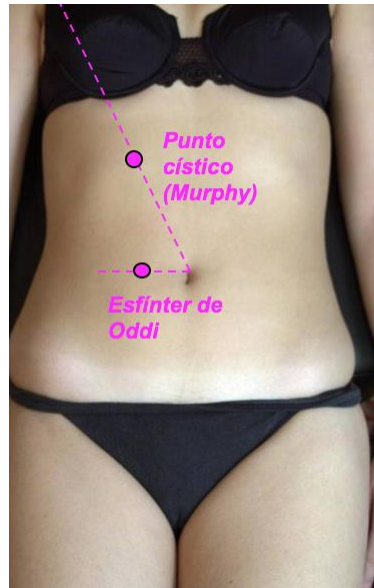


Tensiones fasciales durante la escucha del estómago



Hígado

Puntos trigger de las vías biliares



Colon

Puntos trigger del colon

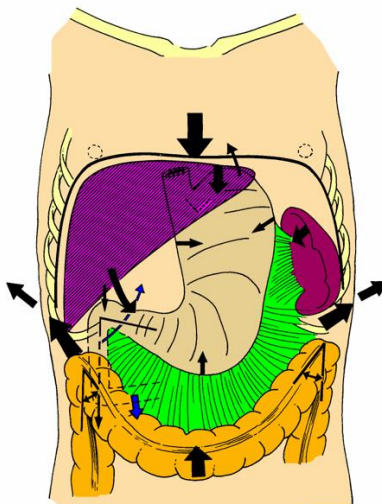


Riñones

- ✓ Los riñones se hallan situados en el abdomen, a los lados del raquis, a la altura de la última dorsal y dos primeras lumbares y cerca del diafragma (12 cm. de longitud).
- ✓ Los uréteres, de 26 a 30 cm de longitud y de un grosor de 5 mm. , descienden verticalmente y desembocan en la cara posterior y porción inferior de la vejiga.

ESTÓMAGO

Movilidad diafragmática del estomago

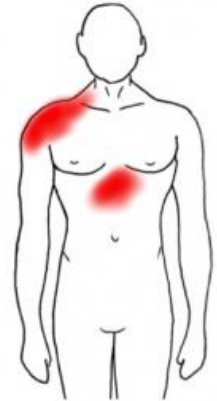


PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
REFLUJO GASTRO-ESOFÁGICO	Anomalía de la motricidad esofágica. Relajación transitoria EIE. Fallo del sistema Antirreflujo por incompetencia del esfínter esofágico inferior Hernia de Hiato. Embarazo Obesidad	Reflujo del producto del estómago en la boca en flexión de tronco (signo del cordón de zapato) o nocturna en decúbito después de ingestión de alimentos. Esofagitis, faringitis de repetición eructos, Ronquera, Tos Acidez gástrica	Radiografía con barrito (transito), gastroscopia. Test guayacol en las heces positiva, manometría de EIE. Prueba de Bernstein positiva, pHmetría	Perder peso. Ingerir medicamentos con mucha agua. Evitar tabaco y alimentos irritantes. Sobre elevar los pies de la cama (a nivel de la cabecera) Evitar decúbito postprandial y no llevar cinturón apretado. Antiácidos después de las comidas y antes de dormir: Maalox® Antirreflujo: Gaviscon® Inhibidores de la bomba a protones (IPP): Mopral®, omeprazol®

Dolores referidos del estómago

Las zonas de dolores referidos del estómago incluyen:

- ✓ La zona epigástrica
- ✓ El hombro y el raquis cervical (zona de los trapecios) a través del nervios frénico.
- ✓ El raquis torácico.



Técnicas de Tratamiento

Técnica de estiramiento del cardias

1) **OBJETIVOS :**

- ✓ Estimular los ligamentos de la zona del cardias.
- ✓ Provocar una estimulación del sistema circulatorio.
- ✓ Evacuar los éstasis sanguíneos, descongestionar.
- ✓ Disminuir los espasmos del píloro.
- ✓ Aliviar la gastritis.
- ✓ Disminuir los dolores referidos al aparato locomotor (trapezalgia).

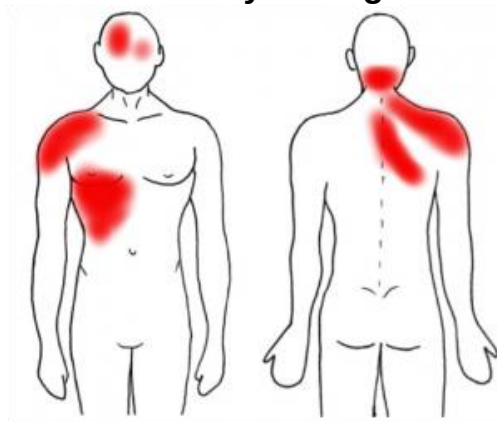
2) **PRINCIPIOS :**

Se coloca el tronco del paciente en flexión para poder penetrar los más profundo posible en los tejidos debajo del apéndice xifoides ligeramente del lado izquierdo después de haber cogido un pliegue de piel.

Levantar el estómago en dirección cefálica en la fase espiratoria que hace subir el diafragma y se tratan las tensiones anormales, de manera opcional se puede una vez conseguida la tensión soltar bruscamente el contacto.

HÍGADO

Dolor referido de las vías biliares y del hígado



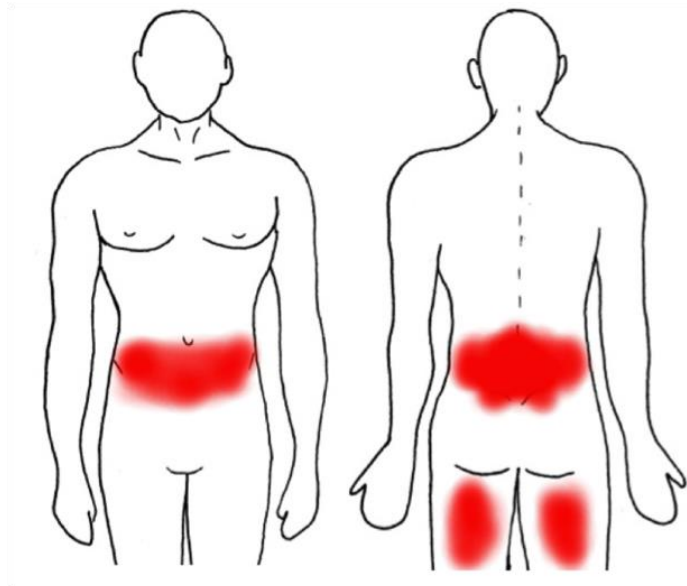
PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
HEPATITIS VIRALES A,B,C,D, E	<u>Viral</u> - Virus A/E: transmisión oro-fecal = <i>hepatitis agudas</i>. -Virus B, C, D : transmisión sanguínea sexual = <i>hepatitis crónicas</i>	Incubación 15 D/2 meses A, 1/4 meses B. - Fase de incubación silenciosa: 1 mes para hepatitis A, 1-4 meses para B y 1-3 meses para C - Fase prodrómica: 3 a 10 días. Anorexia, malestar, náuseas, vómitos, fiebre, artralgias, erupciones urticariformes - Fase icterica: 1 a 2 semanas, hepatomegalia, heces descoloradas, orina oscura, dolor hipocondrio derecho - Fase de recuperación: 2 a 4 semanas (palidez, cansancio).	Biológico: - <u>elevación</u> transaminasa gammaGT, fosfatasas alcalinas, IgA. - <u>Descenso</u> tasa protrombina y factor V. - Anemia, leucopenia y trombopenia, presencia de anticuerpo (IgG, IgM, etc)	Reposo, régimen alimentario evitando grasas, antivirales, interferón, vacunas

Técnicas de tratamiento

Bombeo del hígado según Heiling

- 1) Objetivos:
 - ✓ provocar una estimulación del sistema circulatorio.
 - ✓ evacuar las éstasis sanguíneas, descongestionar.
- 2) Posición del paciente:
 - ✓ Decúbito supino y declive (Trendelenburg), rodillas flexionadas.
- 3) Posición del terapeuta:
 - ✓ De pie del lado lesionado.
 - ✓ Mano izquierda levanta las últimas costillas .
 - ✓ Mano derecha comprime el hígado.
- 4) Técnica:
 - ✓ Mano inferior levanta las costillas mientras la mano superior ejerce una compresión con vibración.
 - ✓ La manipulación se hace bien sea siguiendo el movimiento respiratorio, o bien sea en oposición con él.
 - ✓ También se puede comprimir en la espiración , mantener en la inspiración y soltar bruscamente .

INTESTINOS



Enfermedad de Chron

Tratamiento osteopático del Crohn

- ✓ Liberar las zonas de constricción o contractura.
- ✓ Mejorar la flexibilidad y estimular los movimientos peristálticos.
- ✓ Mejorar la acción neurovascular y normalizar el sistema neurovegetativo.
- ✓ Reactivación de la absorción sanguínea.

Síndrome de la válvula ileocecal

Mecanismo por ptosis visceral : la tracción de la raíz del mesenterio cierra la válvula ileocecal.

Técnicas de tratamiento

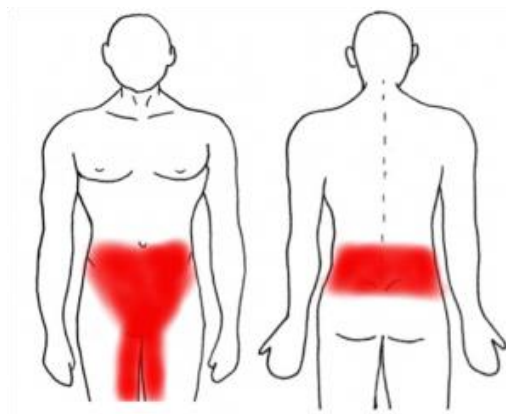
Normalización de una flexión-rotación interna del colon ascendente

- 1) Objetivos:
 - ✓ Liberar el colon ascendente que cierra el ángulo hepático.
- 2) Posición del terapeuta:
 - ✓ De pie a la derecha del paciente a la altura de la pelvis.
- 3) Posición de las manos:
 - ✓ Planas una al lado de la otra, sobre el flanco derecho del paciente , perpendicularmente al colon.
- 4) Técnica:
 - ✓ Reducir la Flexión vibrando alrededor del eje realizado por el 5º dedo de la mano izquierda.

RIÑÓN

Inervación y dolor referido del riñón

- ✓ Riñón T10- L1
- ✓ Glándula suprarrenal T10-L1
- ✓ Uréter L1- L2



Litiasis renales

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
LITIASIS RENALES	Factores alimentarios: productos lácteos, proteínas animales, alimentos ricos en oxalato (chocolate, té, pimienta), purinas (carnes, despojos, chacinera...), azúcares rápidos. Predisposición familiar. Anomalía anatómica con éstasis urinario. Acidosis metabólica Orina ácida. Infecciones urinarias. Hiperparatiroidia primaria	Cólico nefrítico: dolor lumbar irradiado al lado, a la ingle, a los genitales. Signos de infección: fiebre, temblor, escalofríos. Signos de irritación vesical: cistitis. Riñón aumentado por el reflujo de la orina). Frecuencia Hematuria Proteinuria leve “Arena” en la orina Cistitis	<u>Palpación:</u> Dolor del ángulo costo-vertebral y el punto de GUYON. Dolor del riñón a la descompresión <u>Imágenes:</u> ASP, urografía intravenosa, TDM, IRM uro <u>Biología:</u> Diuresis: 2-3 litros/j CaU: < 3.8 mmol/l Oxaluria: 0.3 mmol/l Uricuria: < 2.5 mmol/l Citratúria: > 1.5 mmol/l, Ca/citrato < 3 Magnesuria: > 1.5 ou Ca/Mg < 2 CaU: < 150 mmol/l Urea urinaria: 5.5 mmol/kg/día pH urinario: 5.5-7.0	AINES, opiáceos, espasmolíticos. Diuresis de 2.5 l/día como mínimo. Alcalinización de la orina (Uralyt-U) Reducir los aportes encarnados. Alopurinol (Zyloric). Litotricia Tratamiento endoscópico. litotomía nefro-percutánea

Deducciones osteopáticas: litiasis renales

Esta patología en fase aguda, no es una indicación del tratamiento de Medicina Osteopática.

1º fuera del contexto agudo algunas lumbalgias son litiásicas. Estas litiasis son a menudo microlitiasis que no causan síntomas urológicos.

Pueden crear dolores lumbares considerables. En caso de introducción de un cálculo en el uréter, existen diferentes puntos de estrechamiento del uréter donde el cálculo puede enclavarse. Hace falta conocer y tratar estas zonas que son muy reflexógenas.

2º Tratar las patologías asociadas que favorecen la producción de cálculos: éstasis urinario, infecciones renales y cistitis recidivantes, reflujo vésico-ureteral, prostatitis en el hombre, alcalinidad de la orina.

Técnicas de tratamiento

Técnica para la fascia perirrenal y el riñón en decúbito

1) Metas:

✓ *Estirar la fascia perirrenal y suprimir las adherencias con el riñón.*

2) Principios:

- ✓ *Hace punto fijo sobre el riñón a altura de la apófisis de L3 y mantener mientras que el paciente deja caer su miembro inferior homolateral en triple flexión en abducción. Después el paciente estira lentamente el miembro inferior sobre la camilla : en final de técnica se coloca el miembro inferior en rotación interna.*
- ✓ *Esta técnica se repite varias veces.*

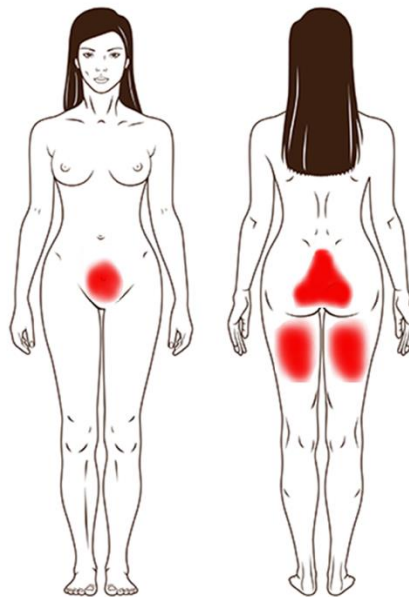
3) Acción:

- ✓ *1º Tiempo: empuje adentro.*
- ✓ *2º Tiempo: flexión- abducción rotación externa.*
- ✓ *3º Tiempo: extensión- rotación interna.*

SISTEMA GINECOLÓGICO

Inervación y dolor referido de del sistema genital femenino

- ✓ *Útero- Ovarios T5-L4.*
- ✓ *Cérvix S2-S4.*



PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	SIGNOS CLÍNICOS	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
ALGIAS PÉLVICAS	• Endometriosis • Trastornos de la estática uterina • Síndrome de Master y Allen • Algias pélvicas vasculares • Adherencias • Malposiciones uterinas • Infección genital crónica • Várices endopelvica • Vaginismo • Síndrome premenstrual	• Dolores pélvicos • Dispareunia	• Ecografía • IRM • Celioscopía	• Anti-espasmódicos • AINES • Progestativos • Análogos de la LH-RH • Cirugía • Tratamiento osteopático local

Infertilidad

PATOLOGÍA	ETIOLOGÍA	DIAGNÓSTICO POSITIVO	TRATAMIENTO
INFERTILIDAD	MST: trompas, ovario, útero en la mujer, testículos y canales excretores en el hombre. ANOMALÍAS MECÁNICAS obstrucción o déficit funcional de las trompas adherencias pélvicas Malformaciones uterinas ANOMALÍAS DE LA OVULACIÓN: síndrome de los ovarios poliquísticos, insuficiencia ovárica primitiva ANOMALÍAS UTERINAS MOLESTANDO LA IMPLANTACIÓN (ENDOMETRIOSIS) Azoospermias, oligo-astenoterato-espermia en el hombre	<u>Mujer:</u> Exploración hormonal: estradiol, LH, FSH y prolactina plasmática, progesterona plasmática al 22º- 24º día Estudio del moco cervical. Ecografía. Histeroscopia Celioscopía <u>Hombre:</u> testosterona, LH, FSH e inhibina B plasmática Espermograma Test post coito (estudio de la movilidad de los espermatozoides en el moco cervical)	Anomalía de la ovulación: inducción de la ovulación. Anomalía mecánica: cirugía percelioscópica o microcirugía. Asistencia médica a la Procreación. Inseminación artificial Fecundación in vitro (FIV). Liberación osteopática de las trompas y, ovarios y útero



Técnicas de tratamiento

Técnica de estiramiento de los ligamentos uterinos por vía externa

Objetivos:

- ✓ Liberar las adherencias que fijan la lesión:
- ✓ Reducir la lesión vascular local
- ✓ Suprimir el arco reflejo neurovegetativo patológico responsable de la facilitación medular.

Principios:

- ✓ Tomar un contacto directo sobre el cuerpo del útero y estirarlo de manera rítmica hasta conseguir la relajación de los tejidos blandos.

Indicaciones :

- ✓ Parametritis residuales.
- ✓ Dismenorrea de obstrucción uterina por insuficiente drenaje sanguíneo o por desequilibrio funcional endócrino hipotálamo-hipofisario.
- ✓ Dolor referido al aparato locomotor a partir del sistema genital.
- ✓ Amenorrea secundaria.
- ✓ Test para lateroversión de útero positivo.
- ✓ Secuelas quirúrgicas.

Contraindicaciones :

- ✓ Metrorragias.
- ✓ Salpingitis enquistada.
- ✓ Cáncer de útero.
- ✓ Fibromas.
- ✓ Empleo del DIU.
- ✓ Toda afección en fase aguda (infección).

Colocación de las manos:

- ✓ La mano izquierda controla los miembros inferiores doblados,
- ✓ La mano derecha después de haber cogido un pliegue de piel toma contacto sobre el cuerpo uterino.

Técnica:

- ✓ La mano derecha fija el útero, mientras que la mano izquierda, con las palancas de los miembros inferiores, combina los parámetros de lateroflexión-rotación del raquis lumbar para mejorar el estiramiento de los ligamentos uterino.
- ✓ La técnica se repite hasta conseguir la relajación de los tejidos .