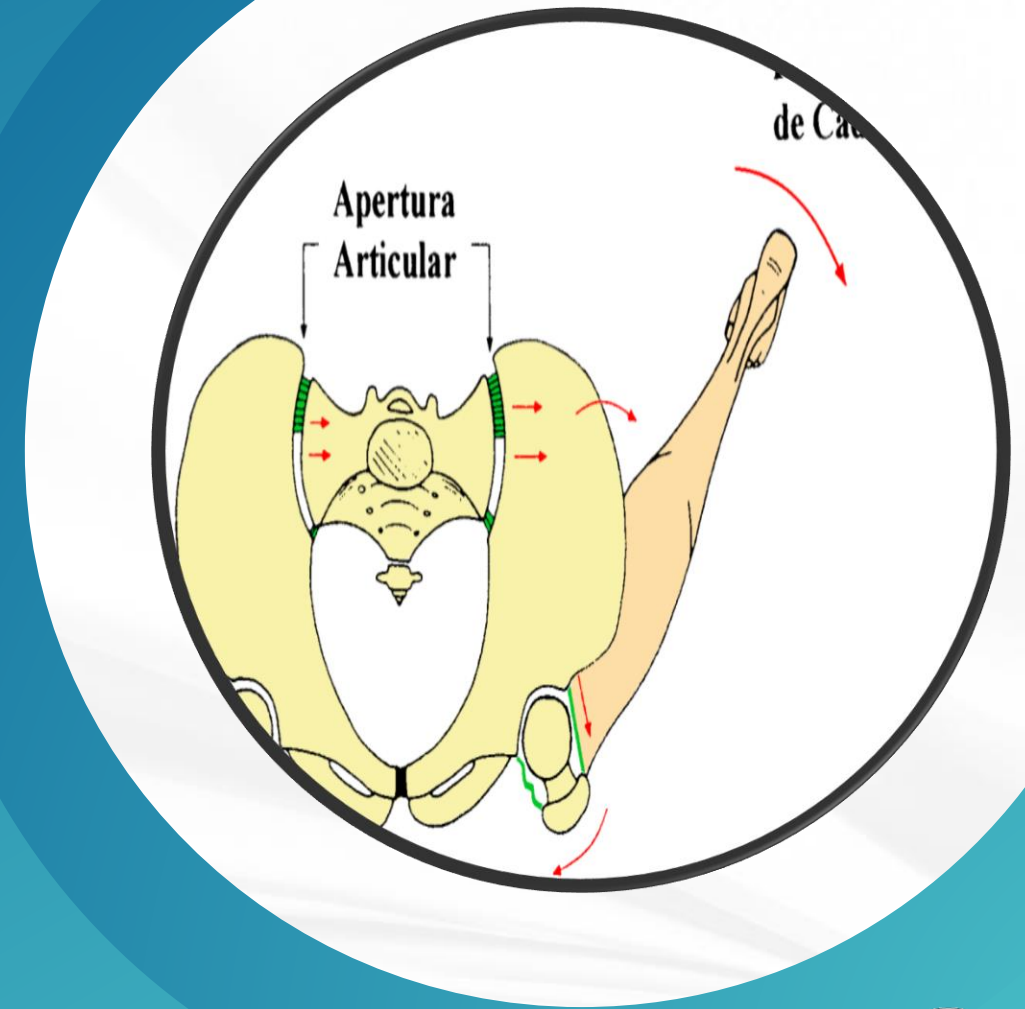


EVIDENCIA TRATAMIENTO ARTICULACIÓN SACROILIACA:



MANEJO DIAGNÓSTICO:

- El diagnóstico y el manejo de la disfunción articular sacroilíaca (SI) se pueden realizar de varias maneras y se deben considerar en pacientes que presentan varios síntomas, incluyendo dolor lumbar, dolor pélvico y quejas viscerales de la región abdominopélvica.
- La innervación de esta articulación proviene principalmente de los ramos dorsales de L5-S2, mientras que la articulación en sí contiene nociceptores.
- El dolor de la articulación sacroiliaca puede referirse a regiones que incluyen la región glútea y la parte posterior de la pierna hasta el pie (Vleeming et al., 2012)



MANEJO DCO Y TRATAMIENTOS:

- Para su diagnóstico es necesario un cluster de pruebas de provocación para la pelvis (test de apertura y distracción, test de compresión, test de gaenslin, test de empuje sacro, test de empuje del muslo, test de Patrick).
- Los metaanálisis indican fiabilidad aceptable (Van der Wurff et al., 2000; Kokmeyer et al., 2002). Las pruebas radiológicas aportan información adicional.
- La mayoría de los pacientes mejoran con una combinación de terapias no invasivas, incluida la educación del paciente, el autocuidado, la farmacoterapia, la fisioterapia, el tratamiento osteopático y de readaptación, el tratamiento de la inervación, la neurodinámica y los puntos gatillo, región lumbopélvica y toracolumbar e hipomovilidades, el abordaje desde el concepto de interdependencia regional (Suter et al.1999-2005; Dishman et al.200- 2003; Murphy et al.,1995). Como se podrá inferir a continuación, son patologías tratadas de manera exitosa en osteopatía.



PAPEL DE LAS DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA EN LA GÉNESIS DEL DOLOR LUMBAR: LO OBVIO NO SIEMPRE ES CORRECTO

- Debido a que el dolor causado por la disfunción articular sacroilíaca puede imitar el dolor lumbar discogénico o radicular, asumimos que el diagnóstico de la disfunción articular sacroilíaca se pasa por alto con frecuencia.
- El objetivo de Weksler et al. (2007) fue evaluar la incidencia de disfunción articular sacroilíaca en pacientes con dolor lumbar y hallazgos discales positivos en TAC o IRM, pero sin claudicación ni déficits neurológicos objetivos.
- Los autores concluyen que la disfunción articular sacroilíaca debe ser considerada con fuerza en el diagnóstico diferencial de lumbalgia en este grupo de pacientes.
- En línea con Weksler et al. (2007) se sitúan los estudios de Madani et al. (2013) en 202 pacientes con hernia discal lumbar y clínica de radiculopatía lumbosacra, que mostraron que el 72,3% de éstos presentaban disfunción sacroilíaca, por lo tanto, esta articulación debe ser considerada en la toma de decisiones clínicas.



PAPEL DE LAS DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA EN LA GÉNESIS DEL DOLOR LUMBAR: LO OBVIO NO SIEMPRE ES CORRECTO

- Shokri et al. (2018) analizaron el efecto de las manipulaciones lumbares y sacroilíacas en relación con el dolor y la pérdida de capacidad funcional en 20 pacientes con hernia discal lumbar asociada a hipomovilidad sacroilíaca. Cinco sesiones de tratamiento manipulativo osteopático mejoraron a los pacientes .
- Por otro lado, Kamali & Shokri (2012) compararon el tratamiento aislado manipulativo de la articulación sacroilíaca con la combinación de tratamiento de la articulación sacroilíaca y lumbar, y constataron que la combinación de tratamientos tiene un efecto sinérgico y aditivo.
- Snijders et al. (1998) demostraron que la manipulación de la articulación sacroilíaca actúa sobre las aferentes sacroilíacas generando una activación refleja de la musculatura glútea y del tronco.



PAPEL DE LAS DISFUNCIONES DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA EN LA GÉNESIS DEL DOLOR LUMBAR: LO OBVIO NO SIEMPRE ES CORRECTO

- La estimulación experimental de la articulación sacroilíaca muestra respuestas neuromusculares en los músculos multifidos, el cuadrado lumbar y la musculatura glútea, mejorando el control en dinámica, la postura y estabilizando la columna lumbar (Indahl et al., 1999).
- Algunos autores han demostrado la estrecha relación entre las disfunciones de la articulación sacroilíaca y el dolor lumbar (Mandani et al., 2013; Shokri et al., 2018; Kamali, 2012; Bogduk, 1999).
- La evidencia clínica disponible apoya el tratamiento conservador manipulativo en el dolor lumbopélvico de la articulación sacroilíaca (Mandani et al., 2013; Shokri et al., 2018; Kamali, 2012; Bogduk, 1999).



INTERDEPENDENCIA:

- Las interferencias oclusales provocan alteraciones cervicales y sacroilíacas (Fink et al., 2003).
- La articulación sacroilíaca es la causa del dolor en el 30% de los pacientes con lumbalgia en pacientes (Schwarzer et al., 1995).



EFICIENCIA DE LA TERAPIA MANUAL SOBRE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA Y EJERCICIOS LUMBARES EN PACIENTES CON SÍNDROME DE DISFUNCIÓN DE LA ARTICULACIÓN SACROILÍACA

Ensayo clínico aleatorizado, controlado, simple ciego, prospectivo. Javadov et al. (2021)

- El grupo en el que se combinaba el ejercicio y la manipulación produjo mejores resultados que el grupo de manipulación en términos de puntuación de la escala de Roland-Morris en las semanas 4 y 12 ($P = 0,024$), en el cuestionario de dolor de Oswestry en las semanas 4 y 24 ($P = 0,023$), y de funcionalidad en la pruebas objetivas en las semanas 12 y 24 ($P < 0,001$).



INTERDEPENDENCIA REGIÓN SACROILÍACA Y LUMBAR

El estudio de Madani et al. (2013) en 202 pacientes con hernia discal lumbar y clínica de radiculopatía lumbosacra mostró que el 72,3% de estos presentaban disfunción sacroilíaca. Shokri et al. (2018) investigaron el efecto de las manipulaciones lumbares y sacroilíacas en relación con el dolor y la pérdida de capacidad funcional.

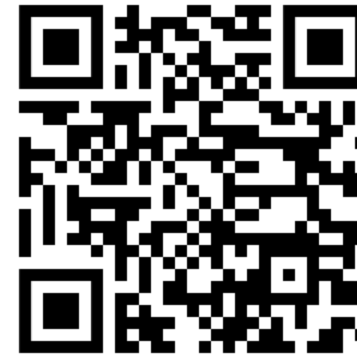
Cinco sesiones de tratamiento manipulativo osteopático mejoraron a los pacientes. Kamali & Shokri (2012) compararon el tratamiento aislado manipulativo de la articulación sacroilíaca con la combinación de tratamiento de la articulación sacroilíaca y lumbar, y constatan que la combinación de tratamientos tiene un efecto sinérgico y aditivo.

La manipulación global de la pelvis, aplicada de forma bilateral, provoca una redistribución de superficie y carga en el apoyo plantar estático con los ojos abiertos, mejora la estabilidad y modifica parámetros baropodométricos y estabilométricos en la posición estática de bipedestación (Méndez & Palomeque, 2006).



La torsión de los huesos iliacos (torsión pélvica)(Gurney, 2002; Walsh, 2000; Young et al., 2000; Beaudoin et al., 1999).

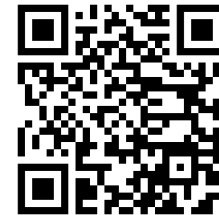
¿ CUÁL ES LA
CONSECUENCIA MÁS
COMÚN A NIVEL
PÉLVICO?



¿ CUÁL ES LA CONSECUENCIA MÁS COMÚN A NIVEL PÉLVICO? Tomado de Ricard y Escribá 2022

Otros efectos de la desigualdad de la longitud de los miembros inferiores y de la torsión pelviana fueron demostrados por Giles et al. (1981-1982) y Levangie (1999).

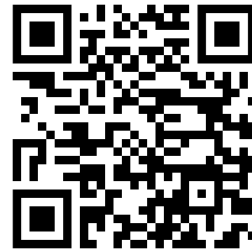
Varios autores destacan que es un error suponer que el lado y la importancia de la desigualdad de la longitud de los miembros inferiores puede deducirse solamente a a partir de la no nivelación pélvica (de las crestas ilíacas) (Ricard, 2014; Gross, 1998).



IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO:

El estudio de Knutson (2005) refuerza la importancia del tratamiento osteopático de la pelvis y articulación sacroilíaca cuyas torsiones son capaces de compensar, al menos 1cm.

Por otra parte, en caso de realizarse cualquier corrección podológica de la disimetría, el tratamiento de la hipertoncicidad supra-pelviana debe ser previo a cualquier otra corrección y debe ir orientado a lograr simetría tónica (Allum & Honnegger, 1998) para lograr mayor acuciosidad terapéutica en la prescripción de alza y plantillas correctoras.



IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO:

La evidencia clínica disponible apoya el tratamiento conservador manipulativo en el dolor lumbopélvico de la articulación sacroilíaca (Shokri et al., 2018; Kamali, 2012; Bogduk, 1999).

El tratamiento manipulativo se ha mostrado efectivo en disimetrías menores (Cibulka et al., 1988), sin embargo, en el estudio de Tullberg et al. (1998) no se observaron modificaciones.



REFERENCIAS:

Bogduk N. *Clinical Anatomy of the Lumbar Spine and Sacrum*. 3rd ed. Edinburgh: Churchill Livingstone; 1997.



IMPORTANCIA DEL TRATAMIENTO PODOLÓGICO:

Respecto al papel del podólogo consideramos que, en pacientes con dismetrías de miembros inferiores mayores de 1 cm su trabajo deviene esencial, dado que las desviaciones de la marcha pueden ocurrir con discrepancias de más de 1 cm.

Se encontró que las estrategias compensatorias ocurrían tanto en el miembro más corto como en el más largo.

A medida que la discrepancia aumenta, se producen más estrategias compensatorias. Las desviaciones del plano sagital parecen ser las desviaciones más efectivas, aunque las compensaciones del plano frontal también ocurren en la pelvis, la cadera y el pie (Khamis & Carmeli, 2017).

Khamis S, Carmeli E. *Relationship and significance of gait deviations associated with limb length discrepancy: A systematic review*. Gait Posture. 2017 Sep; 57:115- 123. doi: 10.1016/j.gaitpost.2017.05.028. Epub 2017 May 31. PMID: 28600975.



IMPORTANCIA DEL PODÓLOGO:

MULTITUD DE FALSAS PIERNAS
CORTAS SON CONSECUENCIA
DE ESPINAS IRRITATIVAS
PODALES DE APOYO PLANTAR
INCONSCIENTE.



POR OTRA PARTE , EN
DISMETRÍAS MENORES DE 1CM ,
AUNQUE EL SISTEMA PUEDE
COMPENSARLAS , EN MULTITUD
DE OCASIONES LA SINERGIA
ENTRE EL PODÓLOGO Y EL
OSTEÓPATA ES FUNDAMENTAL.





- Tamartash et al. (2022) en un ensayo clínico aleatorizado controlado, concluyen que las técnicas de liberación miofascial reducen la intensidad del dolor e incrementan los rangos de movilidad lumbar, así como los ángulos de inclinación pélvica en pacientes con dolor lumbar crónico





Visita nuestra revista científica

GRATUITA TRIMESTRAL

europeanjournalosteopathy.com

