

EUROPEAN JOURNAL OF OSTEOPATHY

& Related Clinical Research

Enero – Abril
Volumen 20 - Número 1
Revista en Línea Cuatrimestral
Revisión por Pares

2025

EDITORIAL

- › Nuevas perspectivas ante un nuevo año

ARTÍCULOS

- › Efectividad del tratamiento osteopático en la dismenorrea primaria.
- › Eficacia de la Osteopatía en la enfermedad del asma bronquial.
- › Eficacia de las técnicas osteopáticas en sujetos con cefalea tensional.
- › Eficacia del tratamiento osteopático visceral para el dolor lumbar.



SUMARIO

Quiénes somos	3
Equipo editorial	4
[Editorial] Nuevas perspectivas ante un año nuevo.....	5
Ángel Oliva Pascual-Vaca (PT, DO, PhD), François Ricard (DO, PhD), Ginés Almazán Campos (PT, DO, PhD).	
[Revisión sistemática] Efectividad del tratamiento osteopático en la dismenorrea primaria.....	6
Alba Muñoz Rodríguez (PT, DO)	
[Revisión sistemática] Eficacia de la Osteopatía en la enfermedad del asma bronquial.....	17
Juan Manuel Peramo Ruíz (PT, DO)	
[Revisión sistemática] Eficacia de las técnicas osteopáticas en sujetos con cefalea tensional.	27
Eduardo Andrés Cortes Vega (PT, DO).	
[Revisión sistemática] Eficacia del tratamiento osteopático visceral para el dolor lumbar.....	37
Nuria Rodríguez Mesa (PT, DO).	

QUIÉNES SOMOS

European Journal Osteopathy & Related Clinical Research (Eur J Ost Rel ClinRes), es una publicación multidisciplinar, con revisión por pares, electrónica y periódica, dedicada a la información técnica y científica sobre Osteopatía y Ciencias Clínicas, relacionadas con la Salud. Esta revista publica trabajos de investigación originales, informes técnicos, casos y notas clínicas, trabajos de revisión, comentarios críticos y editoriales, así como bibliografía especializada. Usted podrá acceder a ella en la dirección web www.europeanjournalosteopathy.com. Este sitio web está disponible en veinte idiomas diferentes para facilitar la difusión internacional. Esta revista tiene una periodicidad cuatrimestral, integrada por tres números anuales y se publica en acceso libre a todos sus contenidos, gratuito e inmediato (texto completo), en los idiomas español e inglés. European Journal Osteopathy & Clinical Related Research proviene de la revista anteriormente denominada Osteopatía Científica, la cual se encuentra indexada en SCImago-SCOPUS, SciVerse-Scienedirect, BVS (Biblioteca Virtual en Salud), Elsevier Journals y Latindex. Índice SJR (SCImago Journal & Country Rank) 2010: 0,025. Esta revista se encuentra patrocinada por entidades profesionales y científicas. Los lectores, autores, revisores y bibliotecarios no tendrán que realizar abonos por acceder a sus contenidos (acceso abierto) y es el medio oficial de difusión de las siguientes instituciones: Scientific European Federation of Osteopaths – SEFO (Federación Europea Científica de Osteopatía) y Madrid International Osteopathy School (Escuela Internacional de Osteopatía de Madrid – EOM). LOPD: De acuerdo con lo contemplado en la Ley 15/1999, de 13 de Diciembre, le informamos que sus datos personales forman parte de un fichero automatizado de la Escuela de Osteopatía de Madrid. Ud. Tiene la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en los términos establecidos en la legislación vigente, dirigiendo su solicitud por escrito a: Escuela de Osteopatía de Madrid, C/ Saturnino Calleja, 1 28002 de Madrid (España).

[VOLVER A SUMARIO](#)

EQUIPO EDITORIAL

Citado como: Apellido, Nombre (nombre abreviado) - Título - Institución - País.

CONSEJO DE DIRECCIÓN EDITORIAL

Ricard, François (Ricard F) – PhD, DO – Scientific European Federation of Osteopaths. Paris. France.

Almazán, Ginés (Almazán G) – PhD – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Oliva Pascual-Vaca, Ángel (Oliva Pascual-Vaca A) – PhD, DO – University of Seville. Spain.

CONSEJO ASESOR CIENTÍFICO

Patterson, Michael M (Patterson MM) – PhD, DO(HON) – Nova Southeastern University. Ft. Lauderdale. USA.

King, Hollis H (King HH) – PhD, DO – UW DFM Osteopathic Residency Program – Madison. USA.

Hruby, Raymond J (Hruby RJ) – DO, MS, FAAO – Scientific Editor American Academy of Osteopathy. Indiana. USA.

Sánchez Alcázar, José A (Sánchez-Alcázar JA) – PhD, MD – University Pablo Olavide. Spain.

Moreno Fernández, Ana María (Moreno-Fernández AM) – PhD, MD – University of Seville. Spain.

Escarabajal Arrieta, María Dolores (Escarabajal MD) – PhD – University of Jaén. Spain.

Ordoñez Muñoz, Francisco Javier (Ordoñez FJ) – PhD, MD – University of Cádiz. Spain.

Rosety Rodríguez, Manuel (Rosety-Rodríguez M) – PhD, MD – University of Cádiz. Spain.

Torres Lagares, Daniel (Torres-Lagares D) – PhD, DDS – University of Seville. Spain.

Munuera Martínez, Pedro Vicente (Munuera PV) – PhD, DPM – University of Seville. Spain.

Medina-Mirapeix, Frances (Medina-Mirapeix F) – PT, PhD – University of Murcia. Spain.

Carrasco Páez, Luis (Carrasco L) – PhD – University of Seville. Spain.

Rosety Rodríguez, Ignacio (Rosety I) – MD, PhD – University of Cádiz. Spain.

Domínguez Maldonado, Gabriel (Domínguez G) – PhD, DPM – University of Seville. Spain.

Riquelme Agulló, Inmaculada (Riquelme I) – PT, PhD – University of Illes Balears. Spain.

Gutiérrez Domínguez, María Teresa (Gutiérrez MT) – PhD – University of Seville. Spain.

Fernández Domínguez, Juan Carlos (Fernandez-Dominguez JC) – PT, PhD – University of Illes Balears. Spain.

Heredia Rizo, Alberto Marcos (Heredia-Rizo AM) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

CONSEJO DE REDACCIÓN Y REVISIÓN

González Iglesias, Javier (González-Iglesias J) – PhD, DO – Madrid International Osteopathy School. Madrid. Spain.

Palomeque del Cerro, Luis (Palomeque-del-Cerro L) – PhD, DO – University of Rey Juan Carlos. Spain.

Sañudo Corrales, Francisco de Borja (Sañudo B) – PhD – University of Seville. Spain.

Méndez Sánchez, Roberto (Méndez-Sánchez R) – PT, DO – University of Salamanca. Spain.

De Hoyo Lora, Moisés (De Hoyo M) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

García García, Andrés (García-García A) – PhD – University of Seville. Spain.

Renan Ordine, Romulo (Renan-Ordine R) – PhD, DO – Madrid International Osteopathy School. Sao Paulo. Brasil.

Lomas Vega, Rafael (Lomas-Vega R) – PhD, PT – University of Jaén. Spain.

Molina Ortega, Francisco Javier (Molina F) – PT, PhD – University of Jaen. Spain.

Boscá Gandía, Juan José (Boscá-Gandía JJ) – PT, DO – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Franco Sierra, María Ángeles (Franco MA) – PhD, DO – University of Zaragoza. Spain.

Torres Gordillo, Juan Jesús (Torres JJ) – PhD – University of Seville. Spain.

Sandler, Steve (Sandler S) – PhD, DO – British School of Osteopathy. London. UK.

Lerida Ortega, Miguel Ángel (Ortega MA) – PT, PhD, DO – University of Jaen. Spain.

Cortés Vega, María Dolores (Cortés MD) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

Mansilla Ferragut, Pilar (Mansilla-Ferragut P) – PT, DO – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Fernández Seguí, Lourdes María (Fernández LM) – PT, PhD – University of Seville. Spain.

Vaquero Garrido, Aitor (Vaquero-Garrido A) – PT – Escuela de Osteopatía de Madrid. Madrid. Spain.

Oliva Pascual-Vaca, Jesús (Oliva-Pascual-Vaca J) – PhD, DO – Escuela Universitaria Francisco Maldonado. Osuna. Spain.

Hernández Xumet, Juan Elicio (Hernández-Xumet JE) – PT, DO, PhD – University of La Laguna. Spain.

Rodríguez López, Elena Sonsoles (Rodriguez-Lopez ES) – PT, DO, PhD – University Camilo José Cela. Spain.

Saavedra Hernández, Manuel (Saavedra-Hernandez M) – PT, DO, PhD – University of Almería. Spain.

Puente González, Ana Silvia (Puente-González AS) – PT, PhD – University of Salamanca. Spain.

[EDITORIAL]

NUEVAS PERSPECTIVAS ANTE UN NUEVO AÑO

Ángel Oliva Pascual-Vaca (PT, DO, PhD)¹; François Ricard (DO, PhD)¹; Ginés Almazán Campos (PT, DO, PhD)¹.

Comenzamos el año con un nuevo número de la revista *European Journal Osteopathy & Related Clinical Research*. En él encontrarán una relevante revisión sistemática sobre el papel del tratamiento osteopático en la dismenorrea primaria. También presentamos una revisión sistemática sobre la efectividad del tratamiento osteopático en la cefalea tensional. Incorporamos tam-

bién un trabajo acerca del tratamiento osteopático en el asma. Las influencias vegetativas y la relación estructura – función pueden verse en él. Por último, incluimos en este número una síntesis sobre el estado del conocimiento sobre el tratamiento osteopático visceral en el dolor lumbar. Esperamos que todos ellos sean de su agrado.

[VOLVER A SUMARIO](#)

Autor de correspondencia: angeloliva@us.es
(Ángel Oliva Pascual-Vaca)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Editor *European Journal Osteopathy & Related Clinical Research*

[REVISIÓN SISTEMÁTICA] EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO EN LA DISMENORREA PRIMARIA

Alba Muñoz Rodríguez(PT, DO)¹.

Recibido el 2 de enero de 2024; aceptado el 6 de marzo de 2024.

Introducción: La dismenorrea es un dolor asociado al ciclo menstrual, convirtiéndose en el síntoma ginecológico más común en mujeres en edad fértil. Toda mujer tiene riesgo potencial de padecerla por lo que se puede llegar a considerar como un problema social, siendo necesario establecer un tratamiento eficaz para poder solucionarlo.

Objetivos: Revisar las evidencias actuales sobre el tratamiento osteopático en mujeres con dismenorrea primaria.

Material y métodos: Entre los meses de octubre y noviembre de 2023 se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Pubmed, PEDro, Science Direct y Scopus con los términos primary dysmenorrhea, manual therapy, osteopathic medicine, manipulative therapy y osteopathic treatment. Se incluyeron aquellos artículos que fueran ensayos clínicos o ensayos clínicos aleatorizados con una puntuación igual o mayor a 6 en la

escala PEDro, escritos en inglés o español que mencionaran algún abordaje osteopático para el tratamiento de la dismenorrea primaria y que no estuvieran publicados hace más de 25 años.

Resultados: Se seleccionaron un total de 8 artículos para su análisis y discusión. Las intervenciones de cada uno de ellos se centraban en la realización de al menos una técnica osteopática para el tratamiento de la dismenorrea primaria. En ellas se evaluó la intensidad del dolor, el número de analgésicos ingeridos, la calidad de la vida, niveles plasmáticos de serotonina, estrés y ansiedad.

Conclusiones: Se observó que el tratamiento osteopático en pacientes con dismenorrea primaria puede ser una alternativa eficaz al tratamiento farmacológico para el alivio del dolor a corto plazo. No obstante, la evidencia actual es limitada por lo que es necesario una mayor investigación en este ámbito.

PALABRAS CLAVE

- › Dismenorrea primaria
- › Terapia manual
- › Medicina osteopática
- › Terapia manipulativa
- › Tratamiento osteopático

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: ammr0026@red.ujaen.es
(Alba Muñoz Rodríguez)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Clínica de Fisioterapia y Osteopatía Álvarez, La Puerta de Segura, Jaén, España

INTRODUCCIÓN

En la sociedad, algunos tipos de dolor son identificados como normales debido a la falta de conocimiento sobre determinadas enfermedades y/o patologías. Esto ocurre normalmente con el dolor dismenorreico, identificando dicho dolor como inevitable dentro del periodo menstrual¹. El término dismenorrea, designa un problema descrito por Hipócrates, quién lo asoció a una obstrucción del cuello uterino². La palabra “*dismenorrea*”, derivada de los términos griegos “*dys*” (difícil), “*mens*” (mes) y “*rhoia*” (flujo), lo que significa flujo menstrual difícil, fue definida como menstruación dolorosa y clasificada como enfermedad en 1992 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) dentro de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas de salud³.

La dismenorrea es el síntoma ginecológico más común reportado por las mujeres en edad fértil⁴ y se define como dolor pélvico crónico de origen ginecológico⁵. Actualmente, la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO), la define como el dolor asociado al ciclo menstrual⁶ y se caracteriza por calambres abdomino-pélvicos cíclicos dolorosos, de intensidad variable, que comienzan poco antes o al inicio de la menstruación y pueden durar de uno a tres días hasta después de la misma⁴.

A nivel mundial, la dismenorrea es uno de los problemas ginecológicos más frecuentes en la adolescencia llegando hasta un 85,6% en mujeres entre 16 y 21 años, siendo aun mayor en poblaciones universitarias llegando hasta un 91,5%⁷. Según la OMS, la prevalencia oscila entre el 16,8% y 81%, siendo el dato más bajo en Bulgaria y el más alto en Finlandia. En España, las tasas de prevalencia oscilan entre el 20% y el 75%^{8,9}.

La dismenorrea se puede clasificar según la severidad en leve, moderada o grave¹⁰, según la intensidad del dolor en grado 1,2 y 3^{5,11,12} y principalmente, según su etiología en primaria y secundaria⁵. En la dismenorrea primaria se establece un dolor asociado a los ciclos ovulatorios^{5,13} donde no se encuentra asociado ningún trastorno ginecológico, es decir, no existe causa orgánica y objetiva que pueda explicarlo⁵.

En estudios recientes se ha visto que se produce un aumento de la producción de la prostaglandina F₂, dicho aumento provoca una vasoconstricción y un

aumento de la contractibilidad uterina, responsable de la hipoxia y el dolor isquémico⁴. Suele aparecer tras la menarquia y puede persistir hasta menopausia o desaparecer tras el embarazo^{13,14}. También, pueden asociarse síntomas como náuseas, vómitos, dolores de cabeza, molestias gastrointestinales, dolor en las mamas e hinchazón abdominal¹⁵. Sin embargo, en la dismenorrea secundaria si existe un dolor más continuo, sordo y persistente que puede durar dos o tres días tras el comienzo de la menstruación y el dolor está asociada a una patología pélvica preexistente como la endometriosis o adenomatosis⁴.

La etiología de la dismenorrea primaria, actualmente, es desconocida, pero si existen diferentes factores de riesgo asociados como tabaquismo, sobrepeso, alcoholismo, nuliparidad, antecedentes familiares, estrés, ansiedad, nivel socioeconómico bajo^{10,11,16-20} y componente biológico psicosomático¹³. Se conoce que el dolor esta mediado por aumento de la prostaglandina F₂₄, pero también puede estar asociado a un aumento de vasopresina, tromboxanos, leucotrienos y puntos gatillo miofasciales (PGM) de los rectos abdominales²¹.

Las opciones de tratamiento más habituales tienen como objetivo limitar la producción de prostaglandinas, reducir el tono uterino o el dolor mediante un efecto analgésico. Para ello, se recomienda principalmente analgésicos o antiinflamatorios no esteroideos (AINES) como tratamiento de primera línea⁴ o los anticonceptivos orales (AOC). Aunque el tratamiento farmacológico convencional puede aliviar el dolor, su aplicación suele ser limitada debido a su escasa capacidad de curación y a los efectos secundarios asociados⁴.

Por todo ello, el objetivo principal de este estudio es conocer la evidencia científica actual sobre la efectividad de las técnicas osteopáticas como tratamiento para mujeres con dismenorrea primaria y establecer si dicho tratamiento puede ser una alternativa eficaz al tratamiento conservador farmacológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

Se realizó una revisión sistemática de la literatura sobre la efectividad de distintas técnicas osteopáticas realiza-

das en mujeres con dismenorrea primaria, siguiendo la declaración PRISMA.

Estrategia de búsqueda

Se han llevado a cabo búsquedas bibliográficas entre los meses de octubre y noviembre de 2023 en distintas bases de datos como Pubmed, Scopus, PEDro y Science Direct. Para ello se utilizaron los siguientes descriptores incluidos en Medical Subject Headings (MeSH): “*primary dysmenorrhea*”, “*manual therapy*”, “*osteopathic medicine*”, “*manipulative therapy*”, “*manipulation*”, osteopathic*, “*high velocity low amplitude*”, “*spinal manipulation*”, “*osteopathic treatment*”, “*musculoskeletal manipulation*” y osteopath* combinados con los operadores booleanos AND y OR.

Criterios de selección del estudio

La búsqueda ha sido acotada para ensayos clínicos. Se incluyeron artículos donde se evaluara a mujeres con dismenorrea primaria y se aplicara al menos una técnica osteopática, y que obtuvieran una puntuación igual o superior a 6 en la escala PEDro.

Se excluyeron todos aquellos artículos que tuvieran más de 25 años, que no estuvieran disponibles a texto completo en inglés o español o cuyo contenido no se ajustara a los objetivos de nuestra revisión.

Evaluación de la calidad metodológica

Para llevar a cabo la evaluación de la calidad metodológica de los estudios seleccionados en esta revisión sistemática se ha utilizado la escala metodológica PEDro, compuesta por un total de 10 ítems, la cual ha demostrado ser validada para cada uno de ellos.

Cada ítem se califica como presente o ausente realizando una suma de todos aquellos resultados positivos obtenidos, siendo 10 la máxima puntuación posible otorgado al ensayo clínico aleatorizado.

Se sugiere que los estudios con una puntuación igual o mayor a 6 son calificados como de alta calidad metodológica y bajo sesgo 22.

Extracción de datos

Para llevar a cabo el análisis y discusión de esta revisión sistemática, se procedió a la extracción de los datos

muestrales, técnicas de intervención, evaluación, resultado y conclusión de los artículos seleccionados.

RESULTADOS

La búsqueda proporcionó un total de 847 artículos, de los cuales se descartaron 41 por estar repetidos en las distintas bases de datos donde realizamos las búsquedas, quedando un total de 806 artículos.

Se revisó el título y el resumen de todos ellos, eliminando 780 artículos que no eran de nuestro interés, bien por no ser ensayos clínicos aleatorizados o porque no tenían relación con el tema a evaluar, quedando un total de 26 artículos.

Finalmente, se descartaron 18 artículos que tenían más de 25 años, no tenían una puntuación superior a 6 en la Escala PEDro o no estaban disponibles a texto completo en inglés o español, seleccionando un total de 8 artículos para esta revisión sistemática (Figura 1).

Los artículos de esta revisión sistemática han sido analizados valorando diferentes variables que miden el efecto de distintas técnicas osteopáticas en pacientes diagnosticados con dismenorrea primaria en edades comprendidas entre 16 y 45 años.

La tabla 1 sintetiza los hallazgos encontrados. El método de intervención se basó en técnicas de manipulación de la pelvis, técnicas de manipulación espinal a nivel lumbo-sacro, técnicas de masaje rítmico, técnicas de masaje del tejido conectivo, técnicas neuromusculares, técnicas de masaje abdominal con aceites esenciales, masaje effleurage en la sínfisis del pubis, técnicas de relajación miofascial, masaje rítmico y protocolo de tratamiento osteopático con diferentes técnicas.

La variable principal fue la intensidad del dolor dismenorreicos medido a través de la Escala Visual Analógica (EVA/VAS), Escala de Clasificación Numérica del dolor (NRS), dosis de analgésicos o antiinflamatorios ingeridos y catastrofismo menstrual a través de distintas escalas, así como calidad de vida de las pacientes.

En todos los estudios, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos principalmente en la mejora del dolor a corto plazo en todos los grupos que recibieron tratamiento o técnicas osteopáticas.

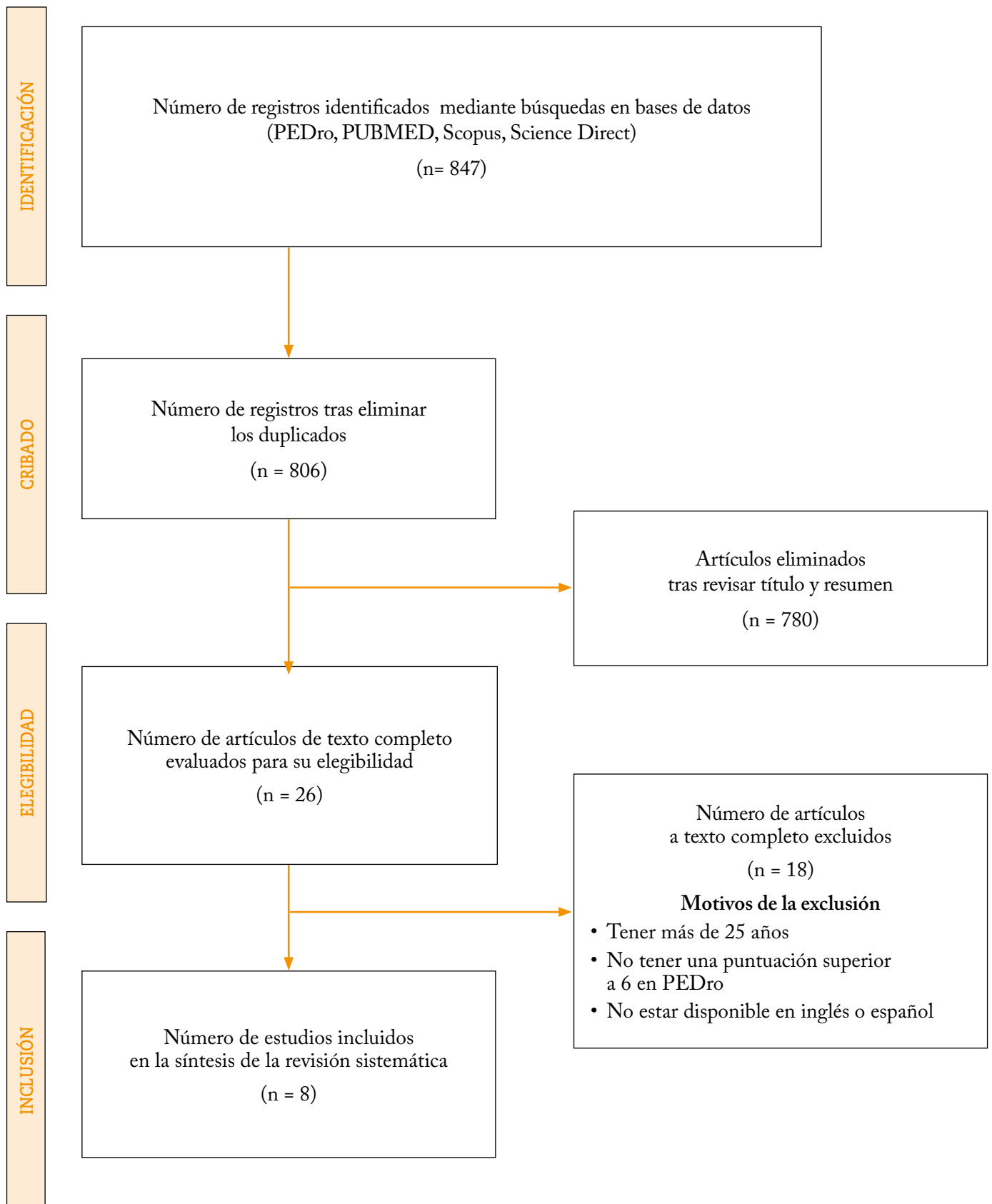


Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión.

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/ TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Molins et al. ²⁵ 2014 7/10 ECA	Mujeres con dismenorrea primaria. N=40 Edad media: 30 años. • Grupo experimental:20. HVLA bilateral articulación sacroilíaca. • Grupo control: 20. Simulación HVLA bilateral articulación sacroilíaca.	Dolor con EVA, dolor a la presión articulaciones sacroilíacas, medida de catecolaminas y serotonina. Evaluación inmediatamente después del tratamiento.	El grupo experimental recibió la técnica de HVLA bilateral de la articulación sacroilíaca. El grupo control recibió una simulación de la técnica. Los pacientes se colocaron en la posición descrita para realizar la técnica, pero el terapeuta no llegó a realizar el trust.	<ul style="list-style-type: none"> Disminución estadísticamente significativa en el grupo experimental para el dolor y aumento de la presión en ambas articulaciones sacroilíacas. Disminución de la presión del lado izquierdo en el grupo control. Aumento de niveles de adrenalina, serotonina, dopamina y disminución de la concentración de noradrenalina en grupo experimental. Diferencias significativas inter grupos en percepción del dolor, en la presión de las articulaciones sacro ilíacas y niveles plasmáticos serotonina. 	<ul style="list-style-type: none"> La técnica global de la pelvis bilateral mejora el dolor pélvico lumbar auto percibido a corto plazo, la presión ejercida sobre ambas articulaciones sacroilíacas y los niveles de serotonina en mujeres con dismenorrea primaria. No muestra diferencias significativas con una intervención simulada en los niveles plasmáticos de catecolaminas.
Hondras et al. ²⁶ 1999 8/10 ECA	Pacientes con dismenorrea primaria con ciclos menstruales regulares, sexualmente activas y vida saludable. N=138 Edad media: 18-45 años. • -Grupo 1: 69 SMT • -Grupo 2: 69 LFM	Dolor a través de VAS, concentración plasmática de prostaglandina F y dihidroxiprostaglandina F medida 15 min antes y 60 minutos después del tratamiento, dificultades menstruales a través del Moo's Menstrual Distress Questionarie. Seguimiento durante 4 ciclos menstruales	En ambos grupos fueron evaluados los segmentos de T10 a L5 incluyendo ambas articulaciones sacroilíacas. Además, recibieron masaje effleurage 3-5 minutos previos a la realización de la técnica. El grupo de SMT recibió una técnica de HVLA en los niveles encontrados desde T10 a L5 incluyendo las articulaciones sacroilíacas bilateralmente. El grupo LFM los pacientes se colocaron en posición de lumbar-roll y se realizó una simulación de la técnica del lado izquierdo a nivel vertebral de L2-L3.	<ul style="list-style-type: none"> En el 2 ciclo las puntuaciones de EVA posteriores al tratamiento disminuyeron para ambos grupos, sin una diferencia estadísticamente significativa en las puntuaciones antes y posteriores al tratamiento entre los dos grupos (P = 0,44). Los cambios en los niveles de KDPGF antes y después del tratamiento no fueron estadísticamente diferentes entre 2a los grupos SMT y LFM (P = 0,15). 	<ul style="list-style-type: none"> La maniobra de LFM fue un tratamiento con placebo insuficiente o, de hecho, que la terapia manual no alivia el dolor en mujeres con dismenorrea primaria.

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/ TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
<p>Aval et al.²⁷</p> <p>2015</p> <p>6/10</p> <p>ECA</p>	<p>Pacientes con dismenorrea primaria sin enfermedades asociadas con una puntuación ≥ 5 en la EVA.</p> <p>N=75</p> <p>Edad media: 24,4-26 años</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo intervención 1: 25. Masoterapia con aceite de rosa • Grupo intervención 2: 25. Masoterapia con aceite de almendras • Grupo control: 25. Masoterapia sin aceite 	<p>Dolor a través EVA</p> <p>Seguimiento durante 2 ciclos menstruales</p>	<p>Los participantes se colocaron en posición supina con una almohada debajo de las piernas y realizaron técnicas manuales en sentido de las agujas del reloj a nivel abdominal y sobre la sínfisis del pubis el primer día de la menstruación durante 15 minutos.</p> <p>El grupo 1 con aceite de rosa, el grupo 2 con aceite de almendras y el grupo 3 sin ningún tipo de aceite.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • En el primer ciclo menstrual, no se observaron diferencias significativas para el dolor en el grupo 1 y 2 pero sí en comparación con el grupo 3. • En el segundo ciclo menstrual, hubo diferencias significativas en la reducción del dolor en la EVA en el grupo 1 en comparación con el 2 y el 3. • En ambos ciclos menstruales, el grupo 3 mostro cambios significativos en la puntuación del dolor de la EVA. 	<ul style="list-style-type: none"> • El masaje visceral con aromaterapia parece mejorar más el dolor en mujeres con dismenorrea primaria que el masaje visceral sin aceite.
<p>Vagedes et al.²⁸</p> <p>2018</p> <p>6/10</p> <p>ECA</p>	<p>Pacientes con dismenorrea primaria con puntuación ≥ 5 en la Escala Numérica de Dolor (NRS)</p> <p>N=60</p> <p>Edad media: 29,5</p> <ul style="list-style-type: none"> • Grupo experimental 1: 23 Masaje rítmico. • Grupo experimental 2: Biofeedback-HRV • Grupo control: 17 Tratamiento habitual del paciente (analgésicos, ejercicio físico o calor) 	<p>Variables demográficas, historia ginecológica, intensidad del dolor mediante NRS en t1 y t2, uso de analgésicos, calidad de vida a través de SF-12 y variabilidad de la frecuencia cardiaca.</p> <p>Seguimiento en 3 meses</p>	<p>El grupo experimental 1 recibió una técnica de masaje rítmico que incluía deslizamiento con ligero compresión en los tejidos.</p> <p>El grupo experimental 2 recibió un biofeedback-HRV con estímulos visuales, auditivos y táctiles</p> <p>El grupo control utilizó su tratamiento habitual como podía ser uso de medicación, ejercicio físico o aplicación de calor. Cuando el estudio concluyó, los participantes recibieron 12 sesiones de masaje rítmico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • No diferencias variables sociodemográficas. • Diferencias significativas entre grupos en historia ginecológica. • Diferencias significativas en t1-t2 entre grupos. • Reducción de la toma de analgésicos en ambos grupos experimentales tras tratamiento en t1 y t2 	<ul style="list-style-type: none"> • El masaje rítmico podría mejorar la intensidad del dolor después de 12 semanas en comparación con el cuidado habitual.

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/ TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Serap et al. ²⁹ 2018 7/10 ECA	Pacientes con dismenorrea primaria nulíparas con ciclos menstruales regulares. N=44 Edad media: 20 <ul style="list-style-type: none"> • Grupo experimental: 21 CTM + estilo de vida saludable y ejercicio. • Grupo control: 23 Estilo de vida saludable y ejercicio. 	Dolor menstrual mediante VAS, numero medicamentos para dolor, Escala PCS, Cuestionario MSQ y Cuestionario MAQ Seguimiento durante 1 ciclo menstrual.	El grupo experimental recibió CTM en las áreas pélvicas, incluida zona sacra, región lumbar, torácica inferior y pélvica anterior. Todo ello combinado con las recomendaciones de estilo de vida saludable como disminuir la ingesta de caféina, azúcar y alcohol y dejar de fumar más los ejercicios de estiramientos. El grupo control solo recibió el estilo de vida saludable que ser recomendó igual que en el grupo experimental más los estiramientos de isquiotibiales, cuádriceps, estiramientos de la musculatura del pie, pecho hombros y torsión de espalda. Todo ello combinado con respiración abdominal profunda y actividad aeróbica de intensidad moderada.	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias significativas en el grupo control que mostro mejora en el dolor, uso de medicamentos, PCS, MSQ (p=0,001) y en la percepción de menstruación (p=0,029) • No hubo diferencias significativas entre el grupo control y grupo experimental. 	<ul style="list-style-type: none"> • CTM parece ser un enfoque efectivo a corto plazo en mujeres con dismenorrea primaria.
Yilmaz et al. ³⁰ 2023 6/10 ECA	Pacientes con dismenorrea primaria con puntuación ≥ 4 en intensidad de dolor menstrual. N=40 Edad de los participantes: ≥ 18 <ul style="list-style-type: none"> • Grupo 1: 20. CTM • Grupo 2: 20. MRT 	Variables sociodemográficas, dolor y fatiga evaluado a través de la escala EVA, umbral del dolor con un algómetro en 6 puntos diferentes y síntomas menstruales a través del cuestionario MSQ, Evaluación en dos ciclos menstruales	El grupo 1 recibió el masaje CTM en las áreas pélvicas, incluida zona sacra, región lumbar, torácica inferior y pélvica anterior. Duró aproximadamente 10 minutos. El grupo 2 recibió técnicas relajación miofascial de la fascia superficial de la pared anterior del abdomen, fascia transversal, fascia extraperitoneal y fascia toracolumbar.	<ul style="list-style-type: none"> • No diferencias significativas en variables demográficas. • No diferencias significativas en dolor y fatiga a través de la EVA, ni severidad de síntomas antes del tratamiento. • Diferencia significativa en ambos grupos en intensidad, fatiga y severidad de síntomas en ambos grupos después del tratamiento. • Diferencia significativa de umbral del dolor después del tratamiento en ambos grupos. Siendo mayor la MRT que CTM. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tanto el CTM como MRT fueron efectivos para mejorar el dolor, la fatiga, el umbral del dolor y los síntomas menstruales en mujeres con dismenorrea primaria. • MRT es más efectiva para aumentar el umbral del dolor en comparación al CTM.

AUTOR/ AÑO DE PUBLICACIÓN/ PUNTUACIÓN PEDRO/ TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Barassi et al. ³¹ 2017 6/10 ECA	Pacientes con dismenorrea primaria sin enfermedades asociadas con una puntuación ≥ 6 en EVA. N=60 • Grupo A:30 NMT en la región lumbosacra y abdominal. • Grupo B:30 Terapia farmacológica.	Dolor menstrual a través de la EVA, Cuestionario MDQ y Brain Pain Inventory. 1 ciclo menstrual	El grupo A recibió 8 sesiones manuales neuromusculares de terapia lumbosacra y abdominal dos veces por semana durante 4 semanas. El grupo B recibió ibuprofeno o naproxeno cuando el paciente lo necesitara.	<ul style="list-style-type: none"> • Ambas terapias tuvieron cambios significativos a corto plazo en la percepción y duración del dolor. • La terapia neuromuscular tiene más mejoras en la duración del dolor, tuvo un efecto a largo plazo ya que los pacientes conservaron los efectos positivos 4 semanas después del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • El NMT representa un método terapéutico alternativo válido al tratamiento farmacológico; está libre de posibles efectos adversos de los analgésicos, no es invasivo y es fácil de realizar.
Schwerla et al. ³² 2014 7/10 ECA	Pacientes con dismenorrea primaria con un ciclo menstrual regular y que no tomaran anticonceptivos. N=53 Edad media: 33,35 • Grupo experimental: 25 Tratamiento osteopático. • Grupo control: 28 Tratamiento analgésico habitual (AINES)	Intensidad de dolor medida con la Escala NRS, número de analgésicos, duración del dolor en días calidad de vida con Health-related Quality of Life. Seguimiento durante 1 ciclo menstrual.	El grupo experimental recibió un tratamiento osteopático en función de las disfunciones encontradas por cada terapeuta. Las técnicas incluidas fueron HVLA, músculo energía, técnicas miofasciales, técnicas funcionales, técnicas de balance ligamentario, viscerales y/o craneales. El grupo control utilizó AINES a demanda de cada paciente. Tras el ensayo recibieron tratamiento osteopático.	<ul style="list-style-type: none"> • Diferencias significativas en el grupo experimental en intensidad de dolor (NRS) y la duración del dolor medido tanto en días como con la NRS ($p < 0,005$) • Diferencias significativas entre grupos en la intensidad del dolor (NRS) y en la duración del dolor ($p < 0,005$) 	<ul style="list-style-type: none"> • Una serie de cinco tratamientos osteopáticos durante un período de tres ciclos podrían ser beneficiosos para las mujeres que sufren de dismenorrea primaria

HVLA, high velocity low amplitude; EVA, escala visual analógica; ECA, ensayo clínico aleatorizado; CTM, connective tissue massage; MRT, myofascial release technique; NRS, escala numérica del dolor; SF-12, 12-Item Short Form Health Survey; t1, evaluación tras el tratamiento; t2, evaluación a los 3 meses del tratamiento; MSQ, cuestionario de síntomas menstruales AINES, antiinflamatorios no esteroideos; MAQ, cuestionario de actitud menstrual; PCS, escala de catastrofismo del dolor; NMT, terapia neuromuscular; SMT, terapia manipulativa espinal; LFM, low force mimic maneuver; KDPGF, dihidroxiptoglandina F.

Tabla 1. Síntesis de los estudios revisados

DISCUSIÓN

En la actualidad es de vital importancia la sensibilización y conocimiento de determinadas enfermedades asociadas a las mujeres como es la dismenorrea primaria, tratada comúnmente como “normal” cuando realmente es patológica.

La dismenorrea primaria cuenta con un coste económico muy elevado, provocando una limitación física y psicológica en la mujer y llegando a alcanzar un absentismo laboral de hasta tres días estimando anualmente una pérdida de hasta 600 millones de horas de trabajo⁵. El desconocimiento acerca de la dismenorrea y de que muchas mujeres lo perciban como inevitable dentro del ciclo menstrual hace que un gran porcentaje se automedique en dosis sub-terapéuticas o en ocasiones tomen anticonceptivos orales^{1,23}. A pesar de que el tratamiento farmacológico es actualmente la terapia de elección en mujeres con dismenorrea primaria^{1,23}, no está exenta de efectos secundarios que puedan afectar a la salud de la mujer²⁴. Por ello, es importante encontrar alternativas conservadoras no farmacológicas eficaces para el abordaje del dolor y no solo paliativas, si no que busquen el origen del problema que ocasiona dicha dismenorrea.

Dentro del tratamiento conservador no farmacológico hemos encontrado distintas técnicas osteopáticas, como manipulaciones de alta velocidad y corta amplitud^{25,26}, masaje visceral²⁷, masaje rítmico²⁸, masaje del tejido conjuntivo^{29,30}, técnicas miofasciales³⁰, técnicas neuromusculares³¹ o un protocolo osteopático³² que engloba diferentes técnicas que pueden llegar a proporcionar una mejora en el estado de salud de la mujer. Todo ello, nos ha llevado a reunir las principales evidencias disponibles en la literatura actual acerca del tratamiento osteopático en mujeres con dismenorrea primaria.

En cuanto al tamaño muestra, todos los estudios incluían un número de sujetos relevante para la realización de los ensayos, siendo el número mínimo de sujetos 4025,30 y un máximo de 13826.

Las técnicas osteopáticas empleadas fueron diversas en los estudios como técnicas de alta velocidad, técnicas neuromusculares, técnicas del tejido conectivo y miofasciales, masaje visceral, masaje rítmico y protocolo osteopático. Pero cada una de ellas se aplicó en un punto del ciclo menstrual distinto, el número de sesiones también lo fueron y el tiempo de tratamiento en cada sesión²⁵⁻³².

Además, el seguimiento del tratamiento fue a corto plazo siendo el mínimo 1 ciclo menstrual^{25,29,31,32} y el máximo 4 ciclos²⁶. Lo que nos dificulta establecer si las técnicas funcionan a medio o largo plazo para la resolución del problema.

Los resultados mostrados en los estudios que emplean técnicas de HVLA se observa una mejora del dolor a corto plazo, es decir, medido tras el tratamiento, pero no muestra diferencias significativas a nivel plasmático^{25,26}.

Las técnicas manuales como el CTM y MRT^{29,30} mejoran también el dolor a corto plazo, de hecho, el MRT aumenta el umbral del dolor en el estudio realizado por Yilmaz et al.³⁰ en comparación al grupo de CTM. Otras técnicas manuales que tienen mejora del dolor a corto plazo son el masaje visceral con aceite esencial²⁷, el masaje rítmico²⁸, las técnicas neuromusculares³¹ o protocolo de diferentes técnicas osteopáticas³². Sin embargo, los resultados en el estudio de masaje aceite podría estar alterados los resultados ya que los terapeutas son los propios pacientes, por lo que podrían alterarse los resultados²⁷.

Cabe destacar, que en todos los estudios además de la variable del dolor se miden diferentes variables como calidad de vida, estrés y ansiedad, número de analgésicos tomados, niveles plasmáticos de prostaglandinas, etc²⁵⁻³². Sin embargo, en ninguno de los estudios se obtienen mejoras significativas para el resto de variables²⁵⁻³², lo que hace pensar que una sola técnica o conjunto de técnicas osteopáticas, fuera de una contextualización y de un enfoque bio-psico-social en esta patología no tiene mucho sentido más allá de eliminar el dolor de manera inmediata o a corto plazo^{4,25-32}. Sería necesario investigar en próximos estudios en cual es el problema de base de la dismenorrea y enfocar el tratamiento de manera más holística para probar a obtener mejores resultados en otras variables^{21,33,34}. Además, sería interesante que se estableciese para todos los tratamientos o técnicas un número de sesiones con el tiempo determinado y a partir de un momento concreto del ciclo menstrual ya que en los estudios que hemos encontrado cada uno lo realiza de una manera muy diferente²⁵⁻³², lo que dificulta la comparación de que técnica puede ser más eficaz en el tratamiento de la dismenorrea primaria para el dolor a corto plazo.

Lo que sí podemos observar en los resultados recogidos es que todas las técnicas manuales osteopáticas incluyendo las técnicas de HVLA son una alternativa eficaz para el alivio del dolor a corto plazo en mujeres con dismenorrea

primaria frente al tratamiento farmacológico ya que no producen efectos adversos^{25-32,35}.

CONCLUSIONES

La dismenorrea primaria supone un gran coste socioeconómico para la población, siendo una de las principales causas de absentismo laboral, por lo que es necesario encontrar un tratamiento eficaz.

Los resultados muestran que tanto las técnicas manuales como las técnicas manipulativas de alta velocidad mejoran el dolor a corto plazo en mujeres con dismenorrea primaria, por lo que es una alternativa eficaz al tratamiento farmacológico.

Todas las técnicas revisadas generan una mejora significativa en la intensidad del dolor, por lo que no es posible establecer una única técnica de elección.

No existen estudios hasta la fecha donde se valoren técnicas osteopáticas a largo plazo por lo que se debería profundizar más en este ámbito.

CONFLICTOS DE INTERESES

No existen conflictos de interés asociados a esta revisión sistemática.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Lira J, Simon LA. *Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de la dismenorrea primaria en adolescentes*. México. Colegio Mexicano de Especialistas en Ginecología y Obstetricia, AC. 2013.
- García JM. *Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria*. Rev Chil Obstet Ginecol. 2017;82(3):271-79.
- Carroquino-García P, Jiménez JJ, Medrano E, et al. *Therapeutic exercise in the treatment of primary dysmenorrhea. A systematic review and meta-analysis*. Phys Ther. 2019;99(10):1371-80.
- Guy M, Foucher C, Juhel C, et al. *Transcutaneous electrical neurostimulation relieves primary dysmenorrhea: A randomized, double-blind clinical study versus placebo*. Rog Urol. 2022;32(7):487-97.
- García B, Chillón R, Rebollo J, Orta MA. *Dismenorrea primaria y fisioterapia*. Fisioterapia. 2005;27(6):327-42.
- Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Tratado de ginecología y obstetricia*. 2th ed. España: Panamericana; 2013.
- Huang W-C, Chi P, Hong C. *The sprint-interval exercise using a spinning bike improves physical fitness and ameliorates symptoms through hormone and inflammation modulation: A randomized controlled trial*. J Sport Sci Med. 2022;21:595-607.
- Latthe P, Latthe M, Say L, Gulmezoglu M, Khan KS. *Who systematic review of prevalence of chronic pelvic pain: neglected reproductive health morbidity*. BMC Public Health. 2006;6:177.
- Harel Z. *Dysmenorrhea in adolescents*. Anna NY Acad Sci. 2008; 1135:185-95.
- Sandoval J, Madrid A, Sandoval C, Paz P. *Factores que condicionan la dismenorrea en adolescentes según el estrato socioeconómico*. Rev Per Ginecol obstet. 2013;59:95-100.
- Fujiwara T. *Skipping breakfast is associated with dysmenorrhea in young women in Japan*. Int J Food Sci Nutr. 2003;54:505-9.
- Fujiwara T. *Diet During adolescence is a trigger for subsequent development of dysmenorrhea in young women*. Int J Food Sci Nutr. 2007;58:437-44.
- García JM. *Aspectos subjetivos de la mujer con dismenorrea primaria*. Rev Chill Obstet Ginecol. 2017;82(3):271-79.
- Chakhtoura Z, Simon A, Duflos C, Thibaud E. *Ginecología de la niña y de la adolescente*. EMC – Pediatría. 2011;46:1-16.
- Gonçalves M, Dos Santos M. *Efeito do método mat pilates no tratamento da dismenorrea primaria*. Visao Universitária. 2016;2(1):50-62.
- Bautista S, Yánes N, Bernal R, Zamora I. *Prevalencia y factores asociados a dismenorrea en estudiantes de la Universidad del Rosario*. Rev Ciencias de la Salud Univ del Rosario. 2010; 8:37-48.

17. Davis AR, Westhoff CL. *Primary dysmenorrhea in adolescent girls and treatment with oral contraceptives*. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2001;14:3-8.
18. Anderch B, Milsom I. *An epidemiologic study of young women with dysmenorrhea*. Am J Obstet Gynecol. 1982;144:655-60.
19. Teperi J, Rimpela M. *Menstrual pain, health and behaviour in girls*. Soc Sci Med. 1989;29:163-69.
20. Pitts MK, Ferris JA, Smith AMA, Shelley JM, Richers J. *Prevalence and correlates of three types of pelvic pain in a nationally representative sample of Australian women*. Med J Aus. 2008;189:138-43.
21. Cabrera M. *Percepción del dolor a presión en mujeres con y sin dismenorrea (tesis)*. Murcia: Universidad de Murcia; 2015.
22. Armijo-Olivo S, Da Costa BR, Cummings GG, Ha C, Fuentes J, Saltaji H, et al. *PEDro or Cochrane to assess the quality of clinical trials? A meta-epidemiological study*. PloS One. 2015;10(7):1-14.
23. French L. *Dysmenorrhea*. Am Fam Physician. 2005;71:285-92.
24. Chen Y, Tian S, Tian J, Shu S. *Wrist-ankle acupuncture for primary dysmenorrhea of young females: study protocol for a randomized controlled trial*. BMC Complement Altern Med. 2017;17:421.
25. Molins S, Rodriguez C, Oliva A, Heredia A, Boscá JJ, Richard F. *Changes in pain perception after pelvis manipulation in women with primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial*. Pain Med. 2014;15:1455-63.
26. Hondras M, Long C, Brennan P. *Manipulative therapy versus a low force mimic maneuver for women with primary dysmenorrhea: a randomized, observer-blinded, clinical trial*. Pain. 1999;81:105-14.
27. Aval HS, Saadat M, Kheirkhah M, Saadat E. *The effect of self-aromatherapy massage of the abdomen on the primary dysmenorrhea*. J Obstet Gynaecol. 2015;35:382-85.
28. Vagedes J, Fazeli A, Boening A, Helmert E, Berger B, Martin D. *Efficacy of rhythmical massage in comparison to heart rate variability biofeedback in patients with dysmenorrhea - A randomized controlled trial*. Complement Ther Med. 2018;42:438-44.
29. Serap O, Esra U, Ceren O, Emine B, Sinan B, Turkan A. *Short-term effects of connective tissue manipulation in women with primary dysmenorrhea: A randomized controlled trial*. Complement Ther Clin Pract. 2018;33:1-6.
30. Yilmaz H, Biçki D, Agar E. *Comparison of the effectiveness of connective tissue massage and myofascial release technique in young adult women with primary dysmenorrhea*. J Surg Med. 2023;7(1):48-53.
31. Barassi G, Bellomo RG, Porreca A, Di Felice P, Prosperi L, Saggini R. *Somato-visceral effects in the treatment of dysmenorrhea: Neuromuscular manual therapy and standard pharmacological treatment*. J Altern Complement Med. 2018;24(3):291-99.
32. Schwerla F, Wirthwein P, Rütz M, Resch KL. *Osteopathic treatment in patients with primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial*. Int J Osteopath Med. 2014;17:222-31.
33. Duran D. *Primary dysmenorrhea: assessment and management update*. J Midwifery Womens Health. 2004;49:520-8.
34. Chen CM, Chen CH. *Effects of acupressure at the Sanyinjiao point on primary dysmenorrhea*. J Adv Nurs. 2004;48:380-7.
35. Smith CA, Armour M, Zhu X, Li X, Lu ZY, Song J. *Acupuncture for dysmenorrhea*. Cochrane Database Syst Rev. 2016;4(4):CD007854.

VOLVER A SUMARIO

[REVISIÓN SISTEMÁTICA] EFICACIA DE LA OSTEOPATÍA EN LA ENFERMEDAD DEL ASMA BRONQUIAL

Juan Manuel Peramo Ruíz (PT, DO)¹.

Recibido el 13 de junio de 2024; aceptado el 4 de septiembre de 2024.

Introducción: El asma bronquial es la enfermedad crónica infantil más común en Europa y una de las causas de limitación de la calidad de vida en el mundo. Aunque hay discusión en si hay una relación directa o mejoría clínica después de un tratamiento osteopático en pacientes con asma, sí se ha encontrado evidencia del beneficio especialmente en determinados parámetros respiratorios y movilidad de la musculatura respiratoria. En lo que sí coinciden todos los autores es en la ausencia de efectos secundarios tras el tratamiento. Con este trabajo se intentan recopilar estudios clínicos randomizados sobre la eficiencia de la osteopatía en personas con asma.

Objetivos: La meta de esta revisión sistemática es recopilar estudios que examinen la efectividad del tratamiento osteopático en pacientes con diagnóstico de asma para poder establecer como base en futuros tratamientos integrativos de la enfermedad.

Material y métodos: Se realizó una búsqueda de estudios en las bases de datos Pubmed, PEDro y Cochrane.

Se analizaron artículos del tipo ensayos clínicos aleatorizados sobre la influencia de la osteopatía y la terapia manual en la enfermedad del asma. Los artículos para ser incluidos debían tener una puntuación de 2 sobre 5 en la escala JADAD.

Resultados: Finalmente se analizaron 5 estudios ECA donde los grupos de intervención mostraron de forma conjunta una mejor calidad de vida, mejorías en la función pulmonar, reducción de la medicación, menor frecuencia de crisis severas, mayor movilidad diafragmática y capacidad inspiratoria.

Conclusiones: Aunque no se han encontrado muchos estudios de calidad sobre el tema a tratar, existe alguna evidencia de la influencia positiva del tratamiento osteopático en la enfermedad del asma y ausencia de efectos secundarios. Sin embargo, la evidencia actual sobre el tema es muy limitada y son necesarios más estudios de calidad para sacar conclusiones más rigurosas.

PALABRAS CLAVE

- › Asma
- › Terapia Manual
- › Medicina Osteopática
- › Técnica Osteopática
- › Tratamiento Osteopático
- › Manipulación espinal
- › Terapia craneosacral
- › Terapia Manipulativa

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: juanma_peramo@yahoo.es
(Juan Manuel Peramo Ruíz)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Praxis Osteopathie Peramo, Colonia, Alemania.

INTRODUCCIÓN

El asma bronquial es la enfermedad crónica infantil más común en Europa¹ y una de las causas de limitación de la calidad de vida en el mundo²⁻⁴. Aunque el número de casos mortales que ha provocado el asma en los últimos 25 años se ha reducido considerablemente, no hay hasta la fecha ninguna terapia ni medicina que pueda curar la enfermedad y su prevalencia sigue aumentando actualmente⁵. El asma es una enfermedad muy frecuente con un impacto social muy fuerte. La incidencia de la enfermedad sigue creciendo actualmente en todo el mundo, aunque no está claro si este aumento de los casos es debido realmente a un aumento de la incidencia neta o quizá a un aumento de la población mundial que provoca directamente un mayor número de casos⁶.

No hay una definición única del asma bronquial. Las directrices nacionales⁷ definen el asma como “*enfermedad crónica inflamatoria de las vías respiratorias, caracterizada por una hiperreactividad bronquial y una obstrucción de las vías respiratorias variable*”. En personas predispuestas esta inflamación conduce a episodios recurrentes de sibilancias, dificultad para respirar, sensación de estrechamiento torácico y tos, sobretodo por la noche y en la madrugada. Estos episodios por regla general se acompañan de un estrechamiento de las vías respiratorias, la cual es variable y puede ser reversible después del tratamiento con fármacos.

La Nationale Versorgungsleitlinie Asthma clasifica el asma bronquial en 3 tipos. Uno de ellos es el asma alérgico³, otro el asma intrínseco o asma no alérgico⁷. Y por último, existe una forma mixta que puede presentarse como una crisis inicial de asma alérgico en el transcurso de un componente intrínseco clínico en un primer plano³.

Es aceptado que la patogenia del asma bronquial en edad infantil es dependiente de múltiples factores y es un resultado de un estado sostenido de inflamación subaguda de las vías respiratorias. Las células de Mast, eosinófilos, linfocitos y células epiteliales de las vías respiratorias juegan un papel fundamental⁸.

Algunos autores destacan la asociación del sobrepeso infantil a un alto riesgo de poder padecer asma⁹, y otros autores hablan más concretamente del riesgo que mostraban las niñas con sobrepeso, con síntomas de asma más fuertes que los niños con sobrepeso¹⁰.

Otros factores que también aumentan la probabilidad de padecer la enfermedad son el tabaco y la contaminación del aire, y en pacientes ya diagnosticados pueden provocar un empeoramiento de los síntomas¹¹. Millones de niños padecen los efectos de la exposición del tabaco como fumadores pasivos, incluso pueden tener un mayor riesgo de padecer otras enfermedades como el sobrepeso^{12,13}.

Los síntomas típicos para el diagnóstico en pacientes asmáticos son: disnea, sibilancias, sensación de estrechamiento torácico, tos y taquipnea. Normalmente los síntomas aparecen por la noche o al despertar y se desencadenan a menudo a través del movimiento, alérgenos y aire frío; las infecciones virales generalmente acentúan los síntomas¹⁴.

Según la Global strategy for asthma management and prevention las medidas terapéuticas que más rápida y favorablemente reaccionan son los agonistas Beta 2. El tratamiento con bajas dosis regulares de corticosteroides inhalados es muy efectivo y reduce notablemente el riesgo de exacerbaciones, ingresos hospitalarios y muertes. Así, es importante el control de la medicación para reducir en lo posible el asma inducido por esfuerzo¹⁴.

En cuanto a la terapia complementaria y concretamente la osteopatía, algunos autores sugieren que no existen suficientes evidencias para la utilización de terapias manuales en el tratamiento del asma bronquial, porque la calidad de los estudios existentes es baja^{15,16}. Otros autores¹⁷⁻¹⁹ sí muestran en sus estudios una efectividad positiva después del tratamiento de niños con asma y enfermedades de las vías respiratorias mediante la terapia manual osteopática. También son muchos los autores que describen experiencias clínicas mediante el tratamiento manual, pero no son resultados basados en estudios controlados aleatorizados²⁰⁻²³. Parece también que la terapia craneosacra también muestra un efecto positivo en pacientes asmáticos respecto a la calidad de vida y a la reducción de la medicación²⁴. Incluso la mejoría en la fuerza inspiratoria en asmáticos es mayor si el tratamiento se combina con terapia manual²⁵. También se obtienen beneficios en la métrica de la función pulmonar²⁶. Por ello, este estudio tiene como objetivo analizar la efectividad del abordaje osteopático del asma.

MATERIAL Y MÉTODOS.

Se realizará un estudio de tipo revisión sistemática sobre la efectividad de la osteopatía en la enfermedad

del asma. Se trata de un estudio descriptivo transversal bibliográfico de los trabajos recuperados mediante revisión bibliográfica. Todos los datos que se utilizan en este estudio se obtuvieron de la consulta directa y acceso vía internet a la literatura científica recogida en las principales bases de datos bibliográficas.

Las referencias bibliográficas que han sido consultadas son de tipo estudio controlado aleatorizado (ECA).

La búsqueda bibliográfica se ha efectuado en diferentes bases de datos, así como webs especializadas y literatura médica. La búsqueda se ha realizado desde Junio de 2020 hasta diciembre 2023, y ha sido considerada bibliografía en inglés, alemán y español.

Las bases de datos consultadas son Pubmed, US National Library of Medicine National Institutes of Health, PEDro y Cochrane Library. Se ha combinado la palabra clave asthma con los siguientes términos: manual therapy, osteopathic medicine, osteopathic technics, osteopathic treatment, spinal manipulation, craniosacral therapy.

Debido a que la finalidad de una revisión sistemática es localizar aquellos documentos más importantes que versen sobre los criterios de inclusión establecidos, se ha desarrollado una estrategia de búsqueda de perfil sensible, combinando vocabulario controlado utilizando descriptores de ciencias de la salud (DeCS) con texto libre en los campos "título" y "resumen" y el operador booleano "AND".

Criterios de selección

Se seleccionaron ECAs sobre la influencia de la osteopatía y la terapia manual en la enfermedad del asma en los que participaran al menos 15 sujetos, publicados entre el año 2000 hasta 2024 en inglés, español o alemán. Fueron excluidos aquellos estudios donde se hubiesen aplicado tratamientos invasivos, estudios desarrollados en animales y estudios con ausencia de objetivos clínicos o que tuviesen como objetivo buscar la efectividad de un fármaco.

RESULTADOS

En total fueron localizados 105 estudios, de los cuales en la revisión después de eliminar duplicados y de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión se inclu-

yen 5 ECAs relacionados con el tema para su posterior análisis. En la figura 1 se muestra el flujo del seguimiento de los artículos durante la revisión.

En el estudio de Bronfort et al.¹⁹ con 36 sujetos, después del tratamiento con técnicas quiroprácticas, la mejoría se expresó en una reducción del 20% en broncodilatadores, la calidad de vida mejoró un 10-28%, hubo una reducción de crisis severas de asma de 39% y una mejora general del 50-75%. Los beneficios del tratamiento se constataron aún 1 año después. Es el estudio encontrado que ha realizado el seguimiento más a largo plazo.

Guiney et al.¹⁷, con una muestra de 140 sujetos, después del tratamiento con técnicas miofasciales y de músculo-energía, se presentó un 95% de probabilidades de mejoría del flujo respiratorio entre 7-19 L por minuto. Las mediciones se realizaron solamente post-intervención.

También se estudió la eficacia de la terapia craneosacra en pacientes asmáticos. Mehl-Madrona et al.²⁴, en un estudio con 68 sujetos, sugieren la eficacia en pacientes asmáticos y mejoría en calidad de vida y reducción en la ingesta de medicamentos. Sin embargo, no encontraron cambios estadísticos en la función pulmonar. En este caso se hizo el seguimiento hasta 6 meses después de la intervención.

El estudio de López et al.²⁵ con 43 sujetos sugiere un aumento de la fuerza inspiratoria después del tratamiento con movilizaciones y manipulaciones cervicales y torácicas, combinadas con entrenamiento de la musculatura inspiratoria. Sin embargo, estadísticamente no encontraron diferencias en la espirometría.

Se encontró un aumento moderado en la función pulmonar en el estudio de Jones et al.²⁶, con 58 pacientes asmáticos tratados con técnicas de relajación suboccipital y Rib Raising. Se mostró una mejoría del FEF (flujo espiratorio forzado máximo) de $p=0,05$, una mejoría del FVC (capacidad vital forzada) de $p=0,26$ y del FEV1 (volumen espirado máximo en el primer segundo de la espiración forzada) de $p=0,06$ aunque clínica y estadísticamente ($p=0,05$) no fue relevante. En estos últimos estudios solamente se hizo la evaluación después de la intervención.

La tabla 1 sintetiza los estudios revisados.

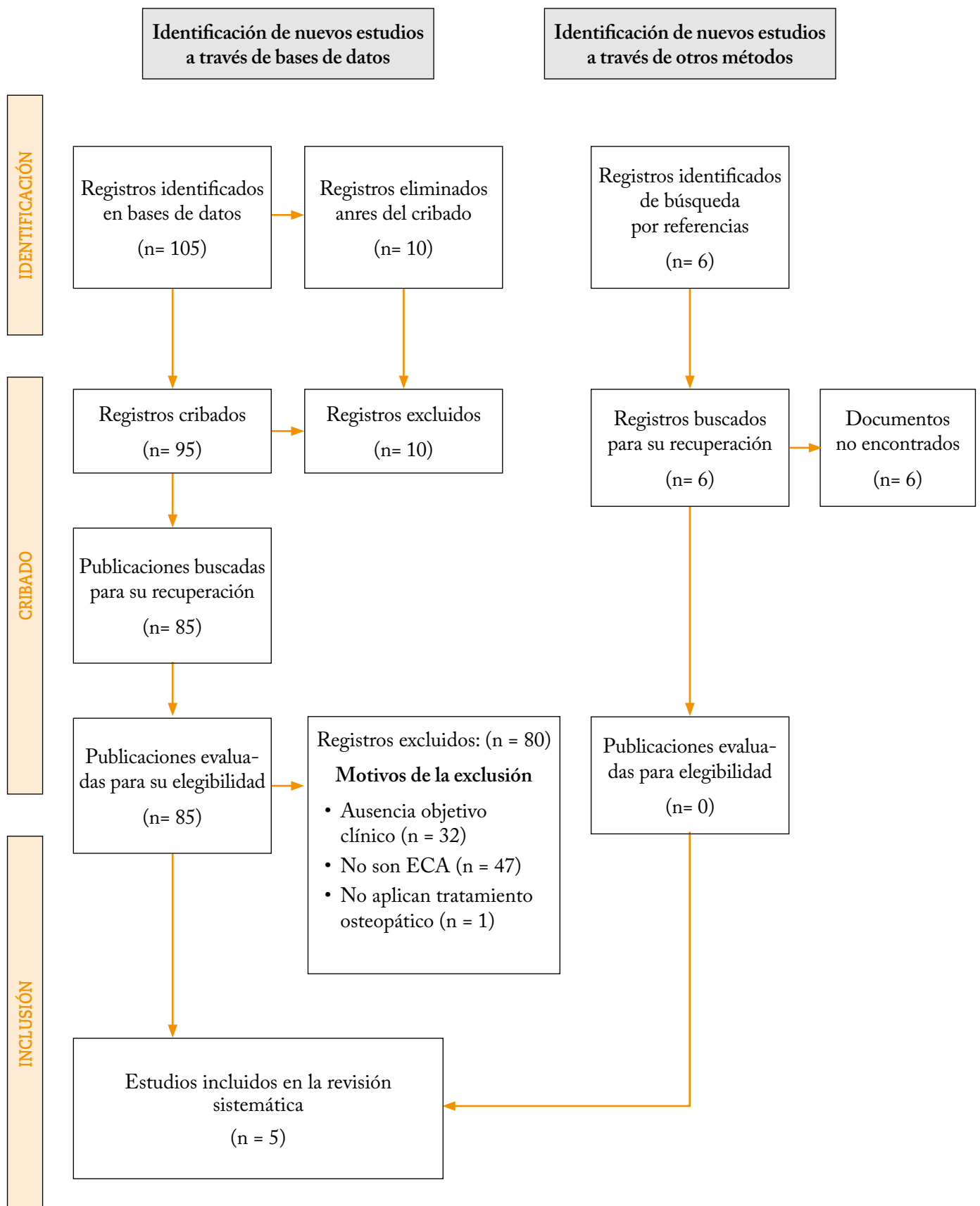


Figura 1. Diagrama de flujo según la Declaración PRISMA²⁷.

AUTOR/AÑO/ ESCALA JADAD	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Bronfort et al. ¹⁹ 2001 JADAD: 3/5	Total: 36 Personas de entre 6-17 años con asma suave-moderado.	Test de función pulmonar, test de calidad de vida, test de flujo espiratorio, test de sintomatología	<ul style="list-style-type: none"> • G1: 20 tratamientos quiroprácticos durante 3 meses en pacientes asmáticos 	<ul style="list-style-type: none"> • En el grupo de intervención hubo una reducción del 20% en broncodilatadores ($p=0,10$), calidad de vida mejoró 10-28% ($p<0,01$), reducción de crisis severas de asma de 39% ($p<0,001$) y mejora general del 50-75% 	<ul style="list-style-type: none"> • Después de 3 meses el grupo de intervención presentó una mejora en calidad de vida y crisis de asma. Las mejoras se mantuvieron durante 1 año.
Guiney et al. ¹⁷ 2005 JADAD: 2/5	Total: 140 Niños entre 5-17 años con diagnóstico de asma basado en las guías del instituto nacional de salud de EEUU.	Test de flujo respiratorio	<ul style="list-style-type: none"> • G1: Tratamiento osteopático con técnicas de relajación miofascial y musculoenergía (90 niños) • Grupo control (50 niños): Terapeutas alopáticos posicionan sus manos en diferentes partes corporales sin ninguna acción 	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo de intervención presentó un 95% de probabilidades de mejoría del flujo respiratorio entre 7-19 L por minuto. En el grupo control no se mostró diferencia pre-post intervención. 	<ul style="list-style-type: none"> • En este estudio se muestra una mejora estadísticamente significativa de la función pulmonar en niños con asma después del tratamiento osteopático.
Mehl-Madrona et al. ²⁴ 2007 JADAD: 5/5	Total: 68 Personas de entre 20 y 80 años diagnosticadas con asma crónico que no hubiesen recibido terapia craneosacra o acupuntura en los últimos 6 meses, ni mujeres embarazadas, ni que tomaran esteroides no relacionados con el asma.	Test de función pulmonar, test de calidad de vida, medicación y ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> • G1: Terapia craneosacra • G2: Acupuntura • G3: Ambas terapias Recibieron 12 sesiones a lo largo de 6 semanas. • G4: 6 sesiones placebo • G5: cuidado convencional del asma 	<ul style="list-style-type: none"> • Se encontraron mejoras significativas en los grupos activos en la calidad de vida y en la medicación. No se mostraron cambios estadísticos en la función pulmonar y depresión. Sujetos que recibieron tratamiento de un solo terapeuta mostraron mejoría en la ansiedad. 	<ul style="list-style-type: none"> • La terapia craneosacra y la acupuntura parecen ser útiles junto al tratamiento convencional del asma, aunque combinando las 2 no muestran un efecto positivo añadido. Las mejorías se mantuvieron los siguientes 6 meses al tratamiento.

AUTOR/AÑO/ ESCALA JADAD	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
López et al. ²⁵ 2018 JADAD: 4/5	Total: 43 Personas de 18-60 años diagnosticados con asma estable (sin limitación física en las últimas 4 semanas)	Test autoinformados de nivel de actividad física y adherencia a tratamiento. Test de fuerza muscular inspiratoria, espirometría, postura cervical y cifosis torácica.	12 sesiones, 2 veces por semana, durante 6 semanas. • G1: grupo de tratamiento con entrenamiento de musculatura inspiratoria • G2: G1 + sesiones de terapia manual (15 min) y ejercicio terapéutico (15 min)	• Hubo diferencias en los dos grupos pre y post intervención pero en el G2 hubo diferencia respecto a G1 en la postura cervical y test de fuerza inspiratoria. Estadísticamente no hubo diferencias en la espirometría y cifosis torácica.	• La terapia combinada mostró cambios más significativos en la fuerza inspiratoria y la postura cervical que la terapia aislada de entrenamiento de músculos inspiratorios en pacientes con asma
Jones et al. ²⁶ 2021 JADAD: 4/5	Total: 58 Niños entre 7-18 años diagnosticados con asma sin indicaciones de broncodilatadores en el último día, albuterol en las últimas 8h, esteroides orales en las últimas 2 semanas y exacerbaciones asmáticas las últimas 4 semanas	FEV1 FVC FEF	• G1: grupo de intervención osteopática con las técnicas Rib Raising y relajación suboccipital • G2: grupo control	• G1 obtuvo mejorías en los valores FEF (p=0,05), FVC (p=0,26) y FEV1 (p=0,06). Sin embargo no fueron estadísticamente significativas (p<0,05) respecto al test de función pulmonar al inicio.	• Pacientes que recibieron tratamiento osteopático sugieren aumentos moderados el mismo día en la métrica de función pulmonar. Sin embargo, clínica y estadísticamente no hubo diferencias.

Abreviaturas: FEV1: Volumen de espiración forzada en 1 segundo; FVC: capacidad vital forzada; FEF: Flujo forzado espiratorio.

Tabla 1. Tabla resumen de los estudios incluidos en la revisión.

DISCUSIÓN

En esta revisión sistemática se analizaron los efectos de la terapia osteopática en pacientes diagnosticados con asma bronquial. Desde el año 2000 solamente se han podido encontrar 5 ECAs relacionados con el tema a tratar. En general los estudios incluidos concluyen que la terapia osteopática presenta en todos los estudios al menos un valor de mejoría respecto al grupo control: la necesidad de medicación disminuye, presentan una mejor calidad de vida, presentan estadísticamente una mejora en la función pulmonar del sujeto, menor frecuencia de insuficiencia respiratoria, una mejora de la capacidad inspiratoria y fuerza de dicha musculatura. No obstante, la evidencia disponible de estudios de calidad sobre este tema es aún insuficiente, por lo que sería necesario seguir investigando en este ámbito.

La mitad de los estudios han sido efectuados en niños y menores de 18 años. El estudio de Bronfort et al.¹⁹ tuvo una muestra de 16 niños de entre 6-17 años, el de Guiney et al.¹⁷ una muestra de 140 niños de entre 5-17 años y el de Jones et al. una muestra de 58 niños de entre 7-18 años.

Para evaluar los resultados, el test objetivo que más se usó fue el test de función pulmonar y flujo respiratorio, usado en todos los estudios, mientras que el test subjetivo más usado fue el test de calidad de vida. Se usaron también otros test como valoración de la disminución de la medicación y cambios en la sintomatología.

En cuanto a la duración y seguimiento de las intervenciones fueron muy diferentes, solamente en 2 de los estudios, Bronfort et al.¹⁹ y Mehl-Madrona et al.²⁴, se han valorado los resultados después de 1 año y 6 meses respectivamente. En el resto de los estudios se han valorado solamente los resultados después del tratamiento. En una enfermedad como el asma bronquial, quizá sería interesante valorar y hacer un correcto seguimiento del tratamiento más a largo plazo.

Respecto al tratamiento y las técnicas utilizadas, se han utilizado diferentes técnicas como relajación miofascial, Rib Raising, técnicas de músculo energía, manipulaciones articulares y movilizaciones torácicas, terapia de ejercicios combinada, técnicas de osteopatía craneosacra y terapia manual abdominal, por lo que es difícil establecer comparaciones o conclusiones rigurosas de los resultados obtenidos y su eficacia real, siendo la duración de tratamiento, espacio entre sesiones y número de sesiones también diferentes.

El estudio que más seguimiento hizo después del tratamiento¹⁹, mostró una mejoría después de un año en la función pulmonar, calidad de vida y crisis asmáticas en el grupo de intervención. También se mostraron mejorías en calidad de vida y reducción de la medicación a los 6 meses después de terminar el tratamiento en el estudio de Mehl-Madrona et al.²⁴. Los otros 3 estudios encontrados solamente hay evaluación después del tratamiento. Así, el estudio de Jones et al.²⁶ solamente sugiere un aumento moderado en la función pulmonar, pero los autores concluyen que clínica y estadísticamente no hubo diferencias en el grupo de intervención y el grupo control. El grupo de intervención fue tratado únicamente con relajación suboccipital y Rib Raising, y se trata del estudio más reciente encontrado.

En el estudio de López et al.²⁵ se ha examinado la efectividad de la osteopatía y la terapia manual combinado con terapia de ejercicio, mostrando el grupo combinado el de mayor efectividad. Es aceptable pensar que, según las últimas investigaciones, en el tratamiento del asma se obtendrían los mayores beneficios mediante un tratamiento integrativo.

Actualmente no se ha encontrado ningún estudio que sugiera efectos secundarios negativos después del tratamiento de osteopatía o terapia manual en pacientes asmáticos.

Por otro lado, puede existir un nexo entre la enfermedad del asma y la microbiota intestinal. Para ello es necesario entender la relación que existe entre el pulmón y la microbiota. Existen algunas evidencias de tal influencia.

Algunos autores como Li et al.²⁸ brindan información sobre el mecanismo de desarrollo del asma mediada por la microbiota, así como la prevención y tratamiento a través de la orientación específica del microbioma intestinal^{29,30}.

Así, en un estudio piloto de Manchini et al.³¹ se sugiere que el tratamiento osteopático parece influir en cambios en el microbioma después del tratamiento.

También hay evidencia de la diversidad microbiana y la composición entre individuos sanos y pacientes con asma³², aunque no hay una causalidad clara entre la disbiosis y el riesgo de asma.

Varios autores hablan del eje intestino-pulmón. Según Cervantes y Hong³³ el microbioma intestinal puede interactuar con el microbioma pulmonar a través de dicho

eje. Las células inmunitarias intestinales y el microbioma intestinal, pueden regular la inmunidad pulmonar e influir en el microbioma pulmonar. También Enaud et al.³⁴ hablan de la comunicación bidireccional que se produce entre intestino y pulmón. Los avances en la exploración de la microbiota humana han llevado a un aumento de la comprensión de las diversas comunidades de microbios y las formas en las que interactúan. Este eje permite el movimiento de hormonas, endotoxinas, citoquinas y metabolitos microbianos hacia el torrente sanguíneo entre ambos microbiomas.

Hasta ahora existe una evidencia muy pobre sobre la influencia de la terapia manual en la microbiota. Algunos autores como Xie et al.³⁵ muestran en un estudio con 60 participantes que en pacientes con diabetes se reducen significativamente las anomalías en la microbiota intestinal después del tratamiento manual abdominal.

Como consecuencia, ¿sería razonable plantear una hipótesis sobre un tratamiento integrativo osteopático también para tratar la microbiota en el asma? ¿Se podrían obtener beneficios en algunos parámetros de evaluación? En proceso existen algunos estudios más que estén valorando la influencia de la terapia manual en el microbioma intestinal, pero hasta la fecha no se han publicado los resultados.

Todos los autores están de acuerdo en que existe la necesidad de realizar más ensayos clínicos randomizados de calidad donde se puedan sacar conclusiones más firmes sobre este campo, pero es aceptable pensar que se podría abrir una ventana al tratamiento integrativo de la enfermedad dando importancia al microbioma intestinal en el enfoque osteopático.

CONCLUSIONES

De los artículos seleccionados se puede deducir que el tratamiento osteopático en pacientes con asma con técnicas específicas de relajación miofascial costales, diafragmáticas, pulmonares, cervicales y linfáticas mejoran parámetros de las funciones pulmonares, calidad de vida, capacidad inspiratoria y reduce la necesidad de ingesta de medicamentos. Sin embargo, después de analizar los datos, se presentan algunas limitaciones tanto en la cantidad variable de técnicas utilizadas, como en el tiempo de ejecución de la terapia y en el tiempo de seguimiento después de la intervención, lo que dificulta extraer conclusiones rigurosas. Aunque existe una evidencia muy pobre a nivel de estudios clínicos aleatorizados, el papel

de la osteopatía y la terapia manual en el tratamiento del asma parece ser relevante, sobretudo como complemento al tratamiento farmacológico y a la terapia de ejercicios. Según el marco teórico también es aceptable pensar que se podría abrir una ventana al tratamiento integrativo de la enfermedad dando importancia al microbioma intestinal dentro del enfoque osteopático. En cualquier caso, son necesarios más estudios de calidad sobre la osteopatía y su influencia en la enfermedad del asma para poder tener una mayor evidencia y poder sacar conclusiones más rigurosas.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor declara que no existen conflictos de intereses asociados a esta investigación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stock S, Redaelli M, Luengen M, Wendland G, Cive-
llo D, Lauterbach KW. *Asthma: prevalence and cost of
illness*. Eur Respir J. 2005;25(1):47-53.
2. Demoly P, Gueron B, Annunziata K, Adamek L,
Walters RD. *Update on asthma control in five Euro-
pean countries: results of a 2008 survey*. Eur Respir Rev.
2010;19(116):150-7.
3. Masoli M, Fabian D, Holt S, Beasley R. *The global bur-
den of asthma: executive summary of the GINA Dissemi-
nation Committee report*. Allergy. 2004; 59(5):469-78.
4. To T, Stanojevic S, Moores G, Gershon AS, Bateman
ED, Cruz AA, et al. *Global asthma prevalence in adults:
findings from the cross-sectional world health survey*.
BMC Public Health. 2012;12:204.
5. Beasley R, Semprini A, Mitchell EA. *Risk fac-
tors for asthma: is prevention possible?* Lancet. 2015;
386(9998):1075-85.
6. Kasper DL, Braunwald E, Fauci AS, Hauser SL,
Longo DL, Jameson JL. *Harrison: Principios de Me-
dicina Interna*. 16ª Ed. México: Mcgraw-Hill; 2005.
3484 p.
7. Berdel D, Buhl R, Dierkesmann R, Niebling W,
Schultz K, Ukena D, Worth H. *Nationale Versorgungs-
leitlinie Asthma Langfassung Version 1.4*. März 2007.

8. Cabrera C, Sánchez A, Lemes A, Cazorla S, Breña J, González E, et al. *Eosinophil subtypes in adults with asthma and adults with chronic obstructive pulmonary disease*. Am J Respir Crit Care Med. 2023;208(2):155-62.
9. Jobim-Benedetti F, Lucia-Bosa V, Mariante-Giesta J, Bueno-Fischer G. *Anthropometric indicators of general and central obesity in the prediction of asthma in adolescents: central obesity in asthma*. Nutr. Hosp. 2015; 32(6):2540-8.
10. Alvares-Zallo N, Guillen-Grima F, Aguina-ga-Ontoso I, Hermoso J, Marín-Fernández B, Serrano-Monzó I, et al. *Study of prevalence and association between asthma symptoms and obesity in the pediatric population of Pamplona*. Nutr. Hosp. 2014;30(3):519-25.
11. Zhu Y, Wei J, Huang L, Wang S, Tian H, Guo X. *Comparison of respiratory diseases and symptoms among school-age children in areas with different levels of air pollution*. Beijing Da Xue Xue Bao Yi Xue Ban. 2015;47(3):395-9.
12. Ferrante G, Antona R, Malizia V, Montalbano L, Corsello G, La-Grutta S. *Smoke exposure as risk factor for asthma in childhood: a review of current evidence*. Allergy Asthma Proc. 2014; 35(6):454-61.
13. Pyle R, Divekar R, May S, Narla N, Pianosi P, Hartz M, et al. *Asthma-associated comorbidities in children with and without secondhand smoke exposure*. Ann Allergy Asthma Immunol. 2015;115(3):205-10.
14. Bateman ED, Hurd SS, Barnes PJ, Bousquet J, Drazen JM, Fitzgerald JM, et al. *Global strategy for asthma management and prevention: GINA executive summary*. Eur Respir J. 2008;31(1):143-78.
15. Posadzki P, Lee MS, Ernst E. *Osteopathic manipulative treatment for pediatric conditions: a systematic review*. Pediatrics. 2013;132(1):140-52.
16. Hondras MA, Linde K, Jones AP. *Manual therapy for asthma*. Cochrane Database Syst Rev. 2005;(2):CD001002.
17. Guiney PA, Chou R, Vianna A, Lovenheim J. *Effects of osteopathic manipulative treatment on pediatric patients with asthma: a randomized controlled trial*. J Am Osteopath Assoc. 2005;105(1):7-12.
18. Pepino VC, Ribeiro JD, Ribeiro MA, de Noronha M, Mezzacappa MA, Schivinski CI. *Manual therapy for childhood respiratory disease: a systematic review*. J Manipulative Physiol Ther. 2013;36(1):57-65.
19. Bronfort G, Evans RL, Kubic P, Filkin P. *Chronic pediatric asthma and chiropractic spinal manipulation: A prospective clinical series and randomized clinical pilot study*. J Manipulative Physiol Ther. 2001;24(6):369-77.
20. Carreiro J. *Pädiatrie aus osteopathischer Sicht: Anatomie, Physiologie und Krankheitsbilder*. 1ª Ed. Munich: Elsevier; 2004. 287 p.
21. Mitta N, Möckel E. *Handbuch der pädiatrischen Osteopathie*. 1ª Ed. Munich: Urban&Fischer; 2006. 534 p.
22. De Coster M, Pollaris A. *Osteopatía visceral*. 3ª Ed. Badalona: Paidotribo; 2009. 261 p.
23. Liem T, Schleupen A, Altmeyer P, Zweedijk R. *Osteopathische Behandlung von Kindern*. 2ª Ed. Stuttgart: Haug; 2012. 909 p.
24. Mehl-Madrona L, Kligler B, Silverman S, Lynton H, Merrel W. *The impact of acupuncture and craniosacral therapy interventions on clinical outcomes in adults with asthma*. Explore (NY). 2007;3(1):28-36.
25. Lopez I, Candelas P, De Diego B, Mínguez O, Del Corral T. *The effectiveness of combining inspiratory muscle training with manual therapy and a therapeutic exercise program on maximum inspiratory pressure in adults with asthma: a randomized clinical trial*. Clin Rehabil. 2018;32(6):752-65.
26. Jones L, Regan C, Wolf K, Bryant J, Rakowsky A, Pe M, et al. *Effect of osteopathic manipulative treatment on pulmonary function testing in children with asthma*. J Osteopath Med. 2021;121(6):589-96.
27. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. *Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones*. Revista Española de Cardiología. 2021;74(9):790-9.
28. Li J, Zhang C, Tang J, He M, He C, Pu G, et al. *Causal associations between gut microbiota, metabolites and*

- asthma: a two-sample Mendelian randomization study.* BMC Pulm Med. 2024;24:72.
29. Mahdavinia M, Fyolek JP, Jiang J, Thivalalpill N, Bilaver L, Warren C, et al. *Gut microbiome is associated with asthma and race in children with food allergy.* J Allergy Clin Immunol. 2023;152(6):1541-9.
30. Chan M, Ghadieh C, Irfan I, Khair E, Padilla N, Rebeiro S, et al. *Exploring the influence of the microbiome on the pharmacology of antiasthmatic drugs.* Naunyn Schmiedebergs Arch Pharmacol. 2024;397(2):751-62.
31. Mancini J, Yao S, Martinez L, Shakil H, Li T. *Gut Microbiome changes with osteopathic treatment of constipation in parkinsons disease. A pilot study.* Neurology. 2021;13(2):19-33.
32. Kozik AJ, Huang YJ. *The microbiome in asthma: role in pathogenesis, phenotype, and response to treatment.* Ann Allergy Asthma Immunol. 2019;122(3):270-5.
33. Cervantes J, Hong B. *The gut-lung axis in tuberculosis.* Pathogens and Disease. 2017;75(8):1-3.
34. Enaud AT, Prevel R, Ciarlo E, Beaufils F, Wieërs G, Guery B, et al. *The gut-lung axis in health and respiratory diseases: a place for inter-organ and inter-kingdom crosstalks.* Front Cell Infect Microbiol. 2020;10:9.
35. Xie Y, Huan MT, Sang JJ, Luo SS, Kong XT, Xie ZY, et al. *Clinical effect of abdominal massage therapy on blood glucose and intestinal microbiota in patients with type 2 diabetes.* Oxid Med Cell Longev. 2022;2022:2286598.

[VOLVER A SUMARIO](#)

[REVISIÓN SISTEMÁTICA] EFICACIA DE LAS TÉCNICAS OSTEOPÁTICAS EN SUJETOS CON CEFALEA TENSIONAL

Eduardo Andrés Cortes Vega (PT, DO)¹

Recibido el 10 de octubre de 2023; aceptado el 7 de diciembre de 2023.

Introducción: La cefalea tensional es una patología muy frecuente y discapacitante que ocupa uno de los puestos más elevados en los motivos de consulta ambulatoria y neurológica. Se reconocen como factores precipitantes o desencadenantes, la ansiedad, el estrés, la frustración, los trastornos del sueño y las alteraciones hormonales, siendo mayor en el sexo femenino, raza blanca y edad media 40 años. A pesar de la morbilidad de la cefalea tensional, todavía se desconoce que tratamiento son más eficaces para mejorar los síntomas de la cefalea tensional.

Objetivos: Conocer los tratamientos osteopáticos más eficaces para el alivio de cefalea tensional.

Material y métodos: se realizó un estudio de revisión sistemática de ensayos clínicos aleatorizados en los que se realizaron tratamiento con técnicas osteopáticas y combinadas con técnicas de manejo tejido blando. Se consultaron las bases de datos Pubmed, PEDro, google schola y,

Cochrane. La revisión se limitó a estudios publicados en inglés o español.

Resultados: Los 9 estudios revisados realizaron terapia manipulativa manual y técnicas de inhibición de tejido blando suboccipital. Todos los estudios obtuvieron mejoras significativas en diferentes aspectos como disminución en la intensidad y frecuencia del dolor craneal, disminución en estado de ansiedad y aumento del rango articular cervical posterior al termino del tratamiento. Siete estudios realizaron seguimiento posterior durante 1 mes, mientras que un estudio mantuvo seguimiento durante 6 a 7 semanas.

Conclusión: La terapia manipulativa osteopática puede ser de preferencia ante otras modalidades de tratamiento, así como pueden beneficiar a pacientes que tienen efectos adversos a los medicamentos o que tienen dificultad para cumplir con el tratamiento indicado.

PALABRAS CLAVE

- › Cefalea tensional
- › Tratamiento osteopático
- › Osteopatía craneal
- › Inhibición suboccipital
- › Manipulación osteopática.

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: eduardo.cortesv@hotmail.com
(Eduardo Andrés Cortes Vega)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Hospital de Combarbala. Combarbala, Coquimbo, Chile.

INTRODUCCIÓN

De acuerdo con los criterios de 2018 de la sociedad internacional de dolor de cabeza, los dolores de cabeza de tipo tensional (TTH) se pueden clasificar dependiendo de la frecuencia temporal de los dolores de cabeza como TTH episódico infrecuente, TTH episódicos frecuentes y TTH crónicos (CTTH).^{1,2}

TTH son el tipo más común de dolor de cabeza en todo el mundo en todos los grupos de edad. Los pacientes están recurriendo a terapias complementarias o alternativas para los dolores de cabeza, incluida la terapia manipuladora osteopática.³

La cefalea tensional es un tipo de cefalea continua, no pulsátil, en la que el paciente refiere habitualmente un dolor que rodea la parte alta de la cabeza, la zona frontal y occipital. La duración es variable, entre unos pocos minutos a varios días y, en general, no se acompaña de otros síntomas ni signos clínicos. La intensidad es leve a moderada y sin un carácter neuropático. La presencia de otras alteraciones, más allá del dolor, pone en duda el diagnóstico. Pueden estar vinculada a una contracción sostenida de los músculos de la cabeza y del cuello, produciéndose una isquemia en el interior del músculo contraído. Esta tensión muscular puede deberse a una postura corporal incorrecta, a la exposición prolongada a situaciones de estrés social o psicológico, o bien constituir reacciones normales de cansancio intenso. Esta clave de cefalea a menudo se asocia con trastornos del sueño, trastornos afectivos o estados de ansiedad

Aunque se han desarrollado estudios de investigación en los últimos tiempos, la etiología exacta de la cefalea tensional aún se desconoce. El diagnóstico recae exclusivamente en los datos clínico y no existen pruebas complementarias diagnósticas que lo evalúen. De hecho, el diagnóstico se realiza con frecuencia por exclusión de otras entidades clínicas.

Se reconoce como factores precipitantes o desencadenantes, la ansiedad, el estrés, la frustración, los trastornos del sueño y las alteraciones hormonales. Aproximadamente el 60% de los pacientes que lo padecen sufren un episodio de cefalea tensional con más de un episodio al mes y el 3% tienen episodios más de 15 días al mes. Se estima que la prevalencia anual de cefalea tensional con más de un episodio al mes es del 20% al 30%. La mayor parte de los pacientes que padecen cefaleas tensional son de sexo femenino (80%), de piel blanca (65%) y con edad media de 40,7 años.⁴

A pesar de la morbilidad de la cefalea tensional, aún se desconoce qué tratamientos son más eficaces para mejorar los síntomas de las cefaleas tensional. El presente estudio pretende conocer los tratamientos más eficaces para el alivio de los síntomas en pacientes con cefaleas tensionales mediante la revisión de los estudios revisados.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño del estudio

Se realizó un estudio de tipo revisión sistemática sobre la eficacia de las técnicas osteopáticas en personas con cefaleas tensional, siguiendo la metodología PRISMA.

Estrategia de Búsqueda

Se consultaron bases de datos: Pubmed, PEDro, google scholar y Cochrane. Se utilizaron palabras de búsqueda como cranial osteopathy, myofascial release, tension-type headache, osteopathic manipulative therapy, spinal manipulation, manual therapy y osteopathic medicine.

Criterios de selección

Los estudios a revisar fueron ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECA) y estudios piloto (EP) en los que se utilizaran técnicas osteopáticas por sí solas o combinadas con técnicas de manejo de tejido blando en la zona cervical para el tratamiento de sujetos con cefalea tensional. Debían aplicarse al menos 3 sesiones de tratamiento. Los estudios tenían que tener una muestra de al menos 20 sujetos, ser publicados en inglés o español y obtener una puntuación no inferior a 6 puntos en la escala PEDro.

Además, se excluyeron estudios en los que participaran sujetos con antecedentes de accidente cerebrovascular o traumatismo craneoencefálico.

RESULTADOS

La búsqueda inicial arrojó un total de 369 referencias. Tras eliminar los duplicados y la aplicación de los criterios de selección a partir del resumen, quedaron 79 estudios para ser evaluados a texto completo. Tras la aplicación de los criterios establecidos, quedaron un total de 9 estudios para ser revisados. La figura 1 muestra el flujo seguido durante el proceso.

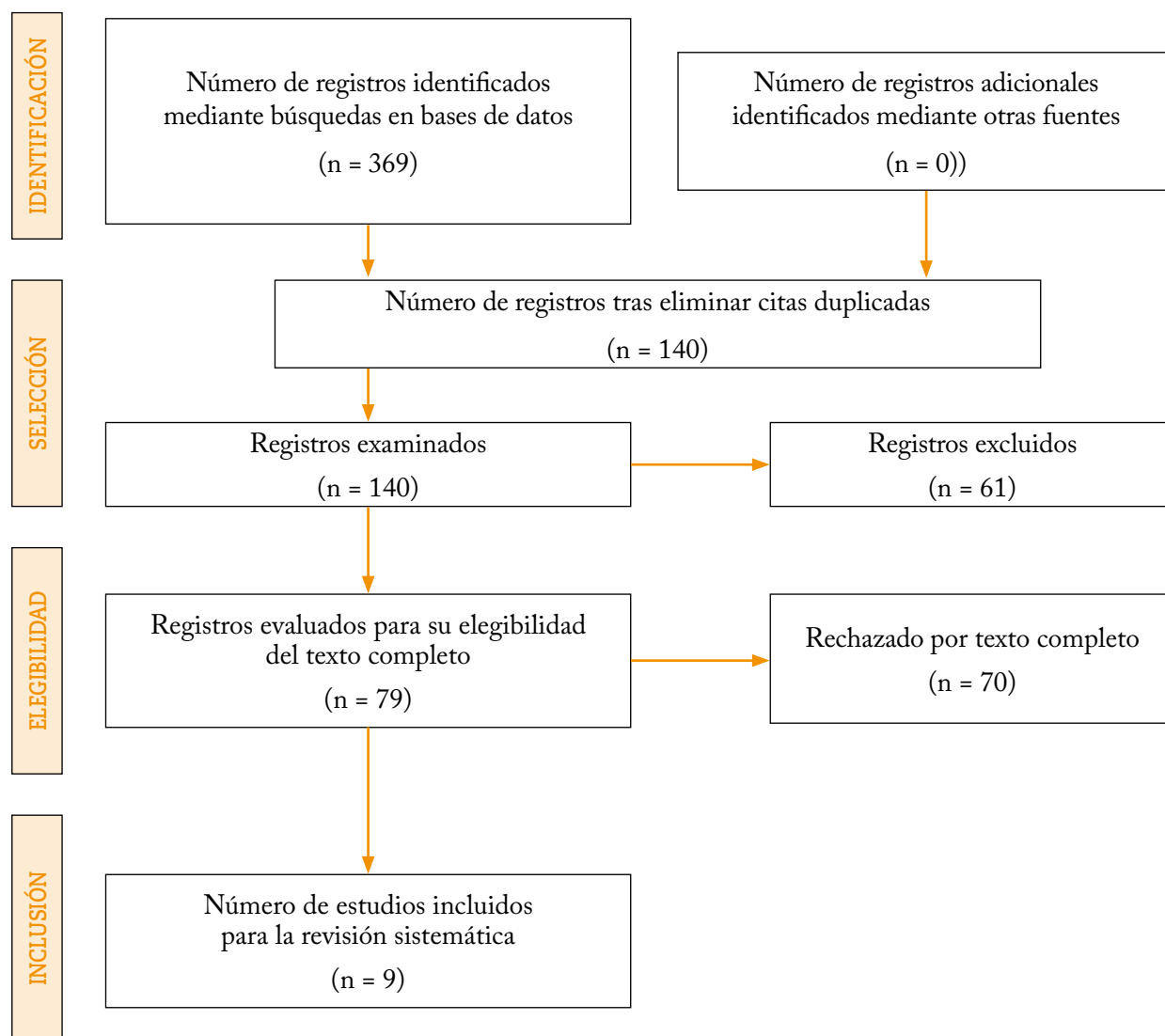


Figura 1. Diagrama de flujo de la revisión.

De los 9 estudios incluidos en la revisión, 7 son ensayos clínicos controlados^{5,6,7,8,9,10,13} y 2 son estudios pilotos^{11,12}. Considerando los 9 estudios de forma conjunta participaron un total de 573 sujetos, todos adultos con dolor de cabeza de tipo tensional.

Los tratamientos que se realizaron en los estudios estuvieron conformados fundamentalmente por manipulaciones del raquis cervical alto^{5,6,7,8,9,10,11,12,13}, aunque otros realizaron terapia miofascial al mismo nivel^{5,6,7,8,9,10,13}. Además, un estudio realizó técnicas de músculo energía¹³. Siete estudios añadieron tratamiento combinado de manipulación y terapia miofascial^{5,6,7,8,9,10,13}.

De los 9 estudios revisados, 6 buscan evaluar la eficacia de los tratamientos de manipulación con respecto al dolor de tipo cefalea tensional^{6,7,8,9,10,11,12}, mientras que otros evalua-

ron además parámetros como la calidad de vida de sujetos con cefalea tensional⁵, la ansiedad y depresión⁷, así como también la intensidad del dolor^{8,11} y la movilidad del cuello⁸.

Seis estudios tuvieron una durabilidad de tratamiento de 4 semanas con seguimiento posterior a 1 mes^{5,6,7,8,9,10}, mientras que 2 estudios tuvieron una duración de 3 meses de tratamiento, y uno por un total de 6 a 7 semanas¹³.

Los resultados obtenidos en los estudios han sido generalmente positivos, logrando cambios significativos en todas las variables estudiadas con respecto a la disminución de la percepción del dolor en cefalea tensional, así como en la intensidad, movilidad cervical y afectación en la calidad de vida de los sujetos estudiados con cefalea tensional.

La tabla 1 sintetiza los estudios revisados.

AUTOR / AÑO PUBLICACIÓN / TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	TIPO DE TRATAMIENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Espi-López et al, 2016 ⁵ ECA	Evaluar la calidad de vida de los pacientes que sufren TTH durante 4 semanas con diferentes técnicas de terapia manual	76 pacientes con TTH episódico o crónico	4 grupos de 19 personas. • Grupo 1: presión inhibitoria suboccipital. • Grupo 2: manipulación espinal suboccipital. • Grupo 3: combinación de los 2 tratamientos. • Grupo 4: control	1 mes, con seguimiento posterior durante 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo 1 mostró una mejora significativa en su calidad de vida general en el seguimiento de 1 mes. • Grupo 1, 2, 3 mejoraron en lo físico, dolor corporal y funcionamiento. • Grupo 3, mostro mejor vitalidad. • Grupo 1 y 2 mostraron mejor salud mental 	<ul style="list-style-type: none"> • Los 3 tratamientos fueron efectivos para cambiar dimensiones de calidad de vida. El tratamiento combinado fue el que más cambio. Los resultados apoyan la eficacia de los tratamientos en la región suboccipital para pacientes con TTH.
Espi-López et al, 2012 ⁶ ECA	Evaluar la eficiencia de los tratamientos de terapia manual en pacientes TTH	76 pacientes diagnosticados con TTH	4 grupos de 19 personas. • Grupo 1: técnica de inhibición del tejido blando suboccipital. • Grupo 2: manipulación global del eje OAA. • Grupo 3: combinación de inhibición suboccipital y OAA. • Grupo 4: control	4 sesiones, 1 por semana con seguimiento a los 30 días. Los pacientes fueron evaluados antes y después del tratamiento y durante el seguimiento, monitoreando la movilidad cervical, el impacto del dolor y la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza	<ul style="list-style-type: none"> • El grupo 1 mejoró significativamente el impacto del dolor. • El grupo 1 y 2 mejoró el impacto y la intensidad del dolor de cabeza, y la flexión y extensión suboccipital. • El grupo 2 también mejoro las rotaciones cervicales. • El grupo 1 y 2 obtuvo resultados significativos en la frecuencia e intensidad del dolor. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los 3 grupos aplicados fueron efectivos en el impacto del dolor de cabeza y en la intensidad del dolor. El tratamiento de la OAA es el más eficaz para aumentar la movilidad cervical, seguida del tratamiento de la inhibición suboccipital. El tratamiento de inhibición suboccipital y OAA fue el más efectivo para reducir la frecuencia y la intensidad del dolor causado por el TTH.
Espi-López et al, 2016 ⁷ ECA	Probar la eficacia de tres tratamientos de terapia manual para reducir la ansiedad y la depresión relacionada con el TTH.	84 pacientes diagnosticados con dolor de cabeza TTH. 68 mujeres y 16 hombres	4 grupos • Grupo 1: inhibición suboccipital. • Grupo 2: técnicas de articulación. • Grupo 3: combinación de ambas técnicas. • Grupo 4: control	4 sesiones, 1 por semana durante 20 minutos. Con evaluación posterior al tratamiento y seguimiento a un mes	<ul style="list-style-type: none"> • Rasgo de ansiedad: la inhibición de suboccipital es inicialmente más eficiente que el tratamiento con técnicas articularia, pero este último finalmente tiene un efecto ligeramente más fuerte, independiente del tipo de TTH de los participantes, estado de ansiedad, depresión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Todos los tratamientos aplicados en este estudio demostraron tener un efecto moderadamente positivo. El tratamiento con técnica articularia muestra mejores resultados generales, aunque deben tener en cuenta que todos los tratamientos utilizados en el estudio mejoran el TTH, por lo tanto, se recomienda usar la técnica articularia debido a su mayor eficacia para reducir los estados emocionales negativos como la ansiedad y depresión.

AUTOR / AÑO PUBLICACIÓN / TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	TIPO DE TRATAMIENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Espi-López et al, 2014 ⁸ ECA	Evaluar la eficacia de los tratamientos de terapia manipulativa y manual con respecto a la percepción del dolor y la movilidad del cuello en pacientes con TTH	84 pacientes	4 grupos. • Grupo 1: inhibición suboccipitales. • Grupo 2: técnica OAA. • Grupo 3: terapia combinada (inhibición suboccipitales - OAA). • Grupo 4: control	4 sesiones de tratamiento de 20 minutos durante 4 semanas, con evaluación posterior al tratamiento y seguimiento a 1 mes. Se evaluaron los rangos cervicales de percepción del dolor en movimientos y la frecuencia e intensidad de los dolores de cabeza	<ul style="list-style-type: none"> • Los 3 grupos de tratamiento mostraron mejoras significativas en las diferentes dimensiones de la percepción del dolor. La terapia manual y el tratamiento manipulador mejoraron algunos rangos de movimiento cervicales. La frecuencia del dolor de cabeza se redujo con el tratamiento manipulador, el tratamiento combinado informó de una mejoría después del tratamiento y en el seguimiento. • La intensidad del dolor mejoró después del tratamiento y en el seguimiento con la terapia manipuladora y el tratamiento combinado. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ambos tratamientos, administrados por separados y combinados, mostraron eficiencia para los pacientes con dolor de cabeza de tipo tensional con respecto a la percepción del dolor. En cuanto a los rangos de movimiento cervicales, los tratamientos produjeron un mayor efecto cuando se administraron por separado.
Espi-López et al, 2014 ⁹ ECA	Evaluar la eficiencia de las técnicas de terapia manual, aplicadas a la región suboccipitales, en aspectos de discapacidad en una muestra de pacientes con TTH	76 pacientes, diagnosticado con TTH, 62 mujeres y 14 hombres.	4 grupos. • Grupo 1: inhibición suboccipitales. • Grupo 2: técnica OAA. • Grupo 3: terapia combinada (inhibición suboccipitales - OAA). • Grupo 4: control	4 sesiones de tratamiento de 20 minutos durante 4 semanas, con evaluación posterior al tratamiento y seguimiento a 1 mes utilizando la escala funcional IDH. Se evaluó la frecuencia, gravedad del dolor de cabeza, las escalas funcionales y emocionales del cuestionario	<ul style="list-style-type: none"> • La frecuencia del dolor de cabeza se redujo significativamente con el tratamiento manipulador y combinado, y la gravedad y la su escala IDH cambiaron en los tres grupos de tratamiento. • El tratamiento de manipulación también redujo la puntuación de la subescala emocional de la IDH. • La intervención combinada mostro un mayor efecto en la reducción de la puntuación de IDH en comparación con el grupo que recibió inhibición de los suboccipitales y con el grupo control. Además, la fotofobia, la fotofobia y la sensibilidad pericraneal solo mejoraron en el grupo que recibió terapia combinada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuando se administraron individualmente, la inhibición de los suboccipitales y la manipulación OAA dieron lugar a cambios en diferentes parámetros relacionados con la discapacidad causada por la TTH. Sin embargo, cuando se combinaron los dos tratamientos, se observó eficiencia para todos los aspectos de la discapacidad y otros síntomas, como la fotofobia, la fotofobia y la sensibilidad pericraneal. Se sugiere que el tratamiento combinado es el más apropiado para el alivio sintomático de la TTH.

AUTOR / AÑO PUBLICACIÓN / TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	TIPO DE TRATAMIENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Espi-López et al, 2014 ¹⁰ ECA	Evaluar la eficacia de dos tratamientos de terapia manual centrados en la región suboccipitales para el TTH	84 pacientes con TTH	4 grupos. • Grupo 1: inhibición suboccipitales. • Grupo 2: técnica OAA. • Grupo 3: terapia combinada (inhibición suboccipitales - OAA). • Grupo 4: control	4 sesiones de tratamiento de 20 minutos durante 4 semanas, con evaluación posterior al tratamiento y seguimiento a 1 mes	<ul style="list-style-type: none"> • En la evaluación HDI mejoro en el grupo 2 y 3 después del tratamiento y todos los grupos obtuvieron mejoras en el seguimiento a los 2 meses después del tratamiento, siendo más significativa las de los grupos de tratamiento. • En la escala funcional y emocional reportaron mejoras tras el tratamiento. En ROM obtuvieron mejoras en todos los grupos. • La frecuencia e intensidad de la cefalea obtuvieron mejoras en el grupo 2 y 3 y se mantuvieron durante los 2 meses después del tratamiento 	<ul style="list-style-type: none"> • El tratamiento manipulativo de OAA y los tratamientos de terapia combinada demostraron ser más efectivos que la inhibición del tejido blando de suboccipitales para TTH. El tratamiento con inhibición suboccipitales a pesar de producir resultados menos significativos, también tiene efectos positivos en diferentes aspectos del dolor de cabeza.
Deodato et al, 2019 ¹¹ EP	Investigar la eficiencia de la terapia manipuladora osteopática (OMTh) en comparación con el tratamiento tradicional para reducir la intensidad del dolor de cabeza tensional	20 pacientes	Se dividió en 2 grupos. • 10 pacientes en el grupo de terapia manipuladora osteopática. • 10 pacientes en el grupo control tratados con amitriptilina	Se trataron durante 3 meses al grupo de terapia manipuladora osteopática y al otro grupo con amitriptilina	<ul style="list-style-type: none"> • La evaluación final de los pacientes con OMTh mostró cambios estadísticamente significativos en todos los parámetros de dolor de cabeza: intensidad y frecuencia. • También se encontró una mejora significativa de todos los parámetros (intensidad y frecuencia) en el grupo control. 	<ul style="list-style-type: none"> • Los datos sugieren que OMTH puede ser un tratamiento eficaz para mejorar los dolores de cabeza en pacientes con CTTH

AUTOR / AÑO PUBLICACIÓN / TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO	MUESTRA	TIPO DE TRATAMIENTO	TIEMPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Rollé et al, 2014 ¹² EP	Explorar la eficiencia de OMTh para el manejo del dolor en el dolor de cabeza de tipo tensional episódico frecuente (TTH)	44 pacientes	Se dividió en 2 grupos al azar. • Un grupo recibió OMTh • Otro grupo recibió una evaluación del impulso rítmico craneal (terapia simulada)	El estudio incluyó un periodo basal de 1 mes, un periodo de tratamiento de 1 mes y un periodo de seguimiento de 3 meses.	<ul style="list-style-type: none"> • 40 pacientes completaron el estudio (OMTh, n: 21; El estudio demostró la eficiencia de OMTh en la gestión de TTH episódico frecuente, en comparación con la terapia simulada en un grupo de control. La terapia manipuladora osteopática puede ser preferible a otras modalidades de tratamiento y puede beneficiar a los pacientes que tienen efectos adversos a los medicamentos o que tienen dificultades para cumplir con los regímenes farmacológicos. Control, n: 19). • El grupo OMTh tuvo una reducción significativa en la frecuencia de los dolores de cabeza a lo largo del tiempo que duro el tratamiento. • Además hubo una diferencia obsoleta entre los 2 grupos de tratamiento al final del estudio, con una frecuencia de dolor de cabeza un 33% menor en el grupo OMTh 	<ul style="list-style-type: none"> • El estudio demostró la eficiencia de OMTh en la gestión de TTH episódico frecuente, en comparación con la terapia simulada en un grupo de control. La terapia manipuladora osteopática puede ser preferible a otras modalidades de tratamiento y puede beneficiar a los pacientes que tienen efectos adversos a los medicamentos o que tienen dificultades para cumplir con los regímenes farmacológicos.
Anderson 2006 ¹³ ECA	Comparar los efectos del tratamiento osteopático y los ejercicios de relajación muscular progresiva (PMR) en pacientes con TTH	29 pacientes	29 pacientes fueron colocados al azar en un grupo de control o experimental, ambos grupos practicaron ejercicios de PMR en casa, mientras que el grupo experimental también recibió 3 tratamientos osteopático uno por semana	Todos los participantes registraron diariamente la frecuencia e intensidad del dolor de cabeza durante 2 semanas de tratamiento previo, y continuaron el registro durante el periodo de tratamiento hasta la reevaluación durante un total de 6 a 7 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • 26 personas completaron el estudio, • Los resultados indicaron que el número de días sin dolor de cabeza por semana mejoró significativamente en el grupo experimental. • El grado de mejora del dolor y la valoración del diario de la intensidad y la frecuencia de cefalea no resultaron estadísticamente significativos. • El grado de dolor también mostró que el grupo experimental mejoró un 57,5%, mientras que en el grupo control la mejoría fue del 15,6%. • La intensidad del dolor de cabeza no mostró mejora significativa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas que hicieron ejercicios de relajación y además recibieron los 3 tratamientos de Osteopatía presentaron significativamente menos días a la semana de dolor de cabeza que los que solo hicieron ejercicios de relajación.

Abreviaturas: ECA: Ensayo clínico controlado; EP: Estudio piloto; TTH: Dolor de cabeza de tipo tensional; CTTH: Dolor de cabeza crónico de tipo tensional; OMTh: Terapia manipuladora osteopática; OAA: Occipucio – atlas – axis; IDH: Instrumento de evaluación de discapacidad para el dolor de cabeza; PMR: Relajación muscular progresiva.

Tabla 1. Síntesis de los estudios revisados.

DISCUSIÓN

Esta revisión sistemática ha mostrado que los estudios incluidos en esta revisión confirman que la técnica manipulativa osteopática y técnica inhibición suboccipital tanto individual como combinada son efectivos para disminuir la intensidad y la frecuencia de la cefalea tensional, mejorar el rango articular craneocervical y mejorar aspectos de la calidad de vida tanto a nivel funcional como a nivel psicológico.

Los estudios revisados de Espi-Lopez et al^{5,6,7,8,9,10} obtuvieron resultados favorables en la aplicación de terapia manual logrando disminuir la intensidad y frecuencia de la cefalea tensional, disminuir el dolor, reducción del consumo de medicamento y mejora de la calidad de vida de personas con cefalea tensional.

En conclusión, afirmaron que la heterogeneidad, instrumentos de medida y tratamiento en los estudios no consiguieron obtener conclusiones definitivas sobre la eficacia de la terapia manual en pacientes con cefalea tensional, aunque apreciaron efectos beneficiosos en los pacientes a los que se les aplicó tratamiento con terapia manual respecto a aquellos que recibieron tratamiento habitual o tratamiento placebo.

Deodato et al¹¹ en el año 2019 realizaron un estudio piloto donde comparó el efecto de la OMTh y la administración de amitriptilina teniendo más beneficios la aplicación de la terapia manual a largo plazo tanto en la intensidad como en la frecuencia de la cefalea tensional. Este hallazgo sugiere que la OMTh puede ser una opción de tratamiento eficaz para usar junto con la medicación o en lugar de ella. La OMTh también puede tener un lugar en la práctica clínica para pacientes alérgicos a los medicamentos, muy resistentes a tomarlos y que corren el riesgo de abusar de ellos. Los autores concluyen que la reducción de dolor se debió a los efectos de la OMTh sobre los mecanismos periféricos del dolor relacionados con la disfunción somática de los músculos suboccipital y pericraneales.

Lo que se destaca de la revisión de los estudios ha sido el estudio de la técnica manipulativa osteopática y la técnica de inhibición suboccipital de forma individual y combinada y que ambas formas de tratamiento estuvieran incluidas en cada trabajo revisado y evaluar la efectividad de las técnicas en otros aspectos a considerar como calidad de vida, la discapacidad asociada a la cefalea, fofobia y fonofobia, rango de movilidad craneocervical.

Se requiere de estudios de mayor calidad metodológica que muestren la eficacia de la terapia manual en paciente con cefalea tensional, con respecto a ámbitos de calidad de vida.

También sería de muy beneficioso profundizar en futuros estudios de terapia manual siendo preferible a otras modalidades de tratamiento y puede beneficiar a los pacientes que tienen efecto adverso a los medicamentos o que tiene dificultades para cumplir con los regímenes farmacológicos.

CONCLUSIÓN

Todos los tratamientos aplicados en esta revisión demostraron tener un efecto positivo logrando disminuir la frecuencia y la intensidad del dolor causado por TTH.

La mayoría de los estudios revisados concluyeron que el tratamiento combinado presentó mayores cambios significativos, y las técnicas aplicadas por separado también lograron disminuir la percepción del dolor TTH.

La terapia manipulativa osteopática puede ser de preferencia ante otras modalidades de tratamiento y pueden beneficiar a pacientes que tienen efectos adversos a los medicamentos o que tienen dificultad para cumplir con el tratamiento indicado.

CONFLICTO DE INTERESES

No existen conflictos de intereses asociados a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. *Headache classification committee of the International Headache Society (IHS) the international classification of headache disorders*, 3rd edition. Cephalalgia. 2018;38(1):1-211.
2. GBD 2015 *Neurological Disorders Collaborator Group. Global, regional, and national burden of neurological disorders during 1990–2015: a systematic analysis for the global burden*. Lancet Neurol. 2017 Nov;16(11):877-897.
3. Zebenholzer K, Andree C, Lechner A, et al. *Prevalence, management and burden of episodic and chronic head-*

- ches a cross-sectional multicentre study in eight Austrian headache centres. *J Headache Pain*. 2015;16:46.
4. García EI. *Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen)*. Manejo del dolor en atención primaria. *Cefalea tensional y Migraña*. p.41-52. Disponible en: <http://www.semergen.es/semergen2/microsites/semergendoc/dolor/cefalea.pdf>.
 5. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Molina-Martínez F, Falla D. *Do manual therapy techniques have a positive effect on quality of life in people with tension-type headache? A randomized controlled trial*. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2016;52(4):447-56.
 6. Espí-López GV, Oliva-Pascual-Vaca A. *Atlanto-Occipital joint manipulation and suboccipital inhibition technique in the osteopathic treatment of patients with tension-type headache*. *Eur J Ost Clin Rel Res*. 2012;7(1):10-21.
 7. Espí-López GV, López-Bueno L, Vicente-Herrero T, Martínez-Arnau F, Monzani L. *Efficacy of manual therapy on anxiety and depression in patients with tension-type headache. A randomized controlled clinical trial*. *Int J Osteopath Med*. 2016;22:11-20.
 8. Espí-López GV, Gómez-Conesa A. *Efficacy of manual and manipulative therapy in the perception of pain and cervical motion in patients with tension-type headache: a randomized, controlled clinical trial*. *J Chiropr Med*. 2014;13(1):4-13.
 9. Espí-López GV, Rodríguez-Blanco C, Oliva-Pascual-Vaca A, Benítez-Martínez JC, Lluch E, Falla D. *Effect of manual therapy techniques on headache disability in patients with tension-type headache. Randomized controlled trial*. *Eur J Phys Rehabil Med*. 2014;50:641-7.
 10. Espí-López GV, Gómez-Conesa A, Arnal-Gómez A, Benítez-Martínez J, Oliva-Pascual-Vaca A, Rodríguez-Blanco C. *Treatment of tension-type headache with articular and suboccipital soft tissue therapy: A double-blind, randomized, placebo-controlled clinical trial*. *J Bodyw Mov Ther*. 2014;18(4):576-85.
 11. Deodato M, Guolo F, Monticco A, Fornari M, Manganotti P, Granato A. *Osteopathic Manipulative Therapy in Patients With Chronic Tension-Type Headache: A Pilot Study*. *J Am Osteopath Assoc*. 2019;119(10):682-7
 12. Rolle G, Tremolizzo L, Somalvico F, Ferrarese C, Bressan LC. *Pilot Trial of Osteopathic Manipulative Therapy for Patients With Frequent Episodic Tension-Type Headache*. *J Am Osteopath Assoc*. 2014;114(9):678-685.
 13. Rosemary E Anderson, Caryn Seniscal. *A Comparison Of selected osteopathic treatment and relaxation for tension-type headaches*. *Headache*. 2006;46(8):1273-80.
 14. Espí López GV, Gómez A. *Eficacia del tratamiento en la cefalea tensional. Revisión sistemática*. *Fisioterapia*. 2010;32 (1):33-40.
 15. Jensen R, Bendtsen L, Olesen J. *Muscular factors are of importance in tension-type headache*. *Headache*. 1998;38:10-7.
 16. Simons DG, Travell J, Simons L S. *Dolor de cabeza y cuello. En: Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
 17. Ricard F. *Las técnicas de tejidos blandos para la región occipital, cervical y cervico-torácica. En: Tratamiento osteopático de las algias de origen craneo-cervical*. Madrid: Gráficas Alcorán; 2000.
 18. Fernández C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Gerwin RD, Pareja JA. *Myofascial trigger points and their relationship to headache clinical parameters in chronic tension-type headache*. *Headache*. 2006; 46:1264-8.
 19. Simons DG, Travell J, Simons LS. *Dolor de cabeza y cuello. En: Dolor y disfunción miofascial: el manual de los puntos gatillo*. 2ª ed. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
 20. Relja M, Telarovic S. *Botulinum toxin in tension-type headache*. *J Neurol*. 2004;251:12-4.
 21. Infante E, Pérez del Campo Y, Díaz MJ, Vergara O. *Enfoque clínico-etiológico de las cefaleas*. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2001; 17(5):483-489.
 22. *The International Classification of Headache Disorders, 2nd Edition. Headache Classification Subcommittee of the International Headache Society*. *Cephalalgia*. 2004;24(1):1-160.
 23. *Asociación Española de Pacientes con dolores de cabeza*. Valencia (AEPAC). Disponible en: <http://www.dolordecabeza.net/>.

24. Jensen R, Bendtsen L, Olesen J. *Muscular Factors are of Importance in Tension-Type Headache*. *Headache*. 1998;38:10-17.
25. Coupe C, Torelli P, Fuglsang-Frederiksen A, Andersen K, Jensen R. *Myofascial Trigger Points Are Very Prevalent in Patients With Chronic Tension-type Headache: A Double-blinded Controlled Study*. *Clin J Pain*. 2007; 23(1):23-27.
26. *Headache Classification Committee of the International Headache Society. Classification and diagnostic criteria for headache disorders, cranial neuralgias and facial pain*. *Cephalalgia*. 1988;8(7):1-96.
27. Simons DG, Travell J, Simons LS. *Dolor de cabeza y cuello*. En: *Dolor y disfunción miofascial: El manual de los puntos gatillo*. Volumen 1. Madrid: Médica Panamericana; 2002.
28. Barrientos. N. *Manual de Neurología Clínica. En: Cefaleas y algias faciales*. Santiago: Mediterráneo; 1997.
29. Boline PD, KassaK K, Bronfort G, Nelson C, Anderson AV. *Spinal manipulation vs. Amitriptyline for the treatment of chronic tension-type headaches: A randomized clinical trial*. *J Manipulative Physiol Ther*. 1995;18(3):148-54
30. Fernandez-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Miangolarra JC, Barriga FJ, Pareja JA. *Are manual therapies effective in reducing pain from tension-type headache?* *Clin J Pain*. 2006; 22(3):278-85.
31. Fernandez-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C, Cuadrado ML, Miangolarra JC, Barriga FJ, Pareja JA. *Myofascial trigger points in the suboccipital muscles in episodic tension-type headache*. *Man Ther*. 2006; 11(3):225-30.
32. Cachinero-Torre A, Diaz-pulido B, Asunso-lo-del-Barco A. *Relationship of the lateral rectus Muscle, the supraorbital Nerve, and Bionicular coordination with Episodic Tension-Type Headaches Frequently Associated with Visual Effort*. *Pain Med*. 2017;18(5):969-79
33. Chatchawar U, Thongbuang S, Yamauchi J. *Characteristics and distributions of myofascial trigger points in individuals with chronic tension-type headaches*. *J Phys Ther Sci*. 2019;31(4):306-09.
34. Cumplido-transmonte C, Fernandez-Gonzalez P, Alguacil-Diego IM, Molina- Rueda F. *Manual therapy in adults with tension-type headache: A systematic review*. *Neurologia (Engl Ed)*. 2021;36(7):537-47.
35. Fernandez-de-las-Peñas C, cuadrado ML, Arendt-Nielsen L, Ge HY, Pareja JA. *Association of cross-sectional area of the rectus capitis posterior minor muscle with active trigger points in chronic tension-type headache: a pilot study*. *Am J Phys Med Rehabil*. 2008;87(3): 197-203.

VOLVER A SUMARIO

[REVISIÓN SISTEMÁTICA] EFICACIA DEL TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO VISCERAL PARA EL DOLOR LUMBAR

Nuria Rodríguez Mesa (PT, DO)¹

Recibido el 27 de abril de 2024; aceptado el 12 de junio de 2024.

Introducción: Existen varios mecanismos relacionales entre el dolor lumbar y las disfunciones viscerales, pero existen pocos estudios que recojan y contrasten estos datos. Estas asociaciones son ya conocidas y están estudiadas, como son las relaciones estructurales anatómicas, el dolor referido visceral, las adherencias entre tejidos y las relaciones con el sistema nervioso.

Objetivos: Determinar la efectividad del tratamiento visceral osteopático para mejorar el dolor lumbar.

Material y métodos: Se realiza un estudio de tipo revisión sistemática sobre la efectividad del tratamiento osteopático visceral para resolver el dolor lumbar en el

que se incluyen ensayos clínicos aleatorizados que relacionan dolor lumbar y disfunciones viscerales, de los que se extraen sus intervenciones, resultados y conclusiones.

Resultados: Se seleccionan 6 ensayos clínicos aleatorizados que estudian el tratamiento osteopático visceral enfocado a mejorar el dolor lumbar. En ellos, se obtienen mejoras para la lumbalgia, la funcionalidad y el umbral de dolor tras el tratamiento mediante técnicas osteopáticas viscerales.

Conclusión: La osteopatía visceral tiene un efecto positivo en el dolor lumbar a corto plazo, aunque no hay evidencias claras a largo plazo.

PALABRAS CLAVE

- › Dolor lumbar
- › Visceral
- › Osteopatía
- › Estreñimiento
- › Diafragma

VOLVER A SUMARIO

Autor de correspondencia: rodriguezmesan@gmail.com
(Juan Manuel Peramo Ruíz)
ISSN on line: 2173-9242
© 2025 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved
www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Centro Holístico Udara, Málaga, España.

INTRODUCCIÓN

El dolor lumbar es uno de los problemas de salud musculoesqueléticos más frecuentes y de mayor prevalencia en la población adulta, ya que entre el 60 y el 80% de la población padece o ha padecido dolor lumbar en algún momento de su vida, siendo el 85-90% lumbalgia inespecífica. De estos pacientes sintomáticos agudos, el 30% evoluciona a lumbalgia crónica, siendo aun desconocida la causa que cronifica esta dolencia¹⁻³.

También merece señalar el alto coste socioeconómico que tiene para la sanidad pública poner una solución paliativa y a corto plazo a este dolor por no hallar un mecanismo lesional evidente, existiendo después tantas recidivas debido a la ausencia de información sobre el tema. Todo esto supone además un exceso de medicación en los pacientes, lo que empeora a largo plazo la salud de estos, agravando aún más el problema socioeconómico actual. A esto también se suman las múltiples bajas laborales que devienen de este dolor⁴.

Las estructuras anatómicas principales que relacionan las vísceras abdominales y la columna vertebral son las fascias del peritoneo (cuyas extensiones interviscerales son el mesenterio y los epiplones) y la fascia toracolumbar, insertada directamente en la columna vertebral⁵.

Cualquier alteración de la estructura del tronco, como debilidad en la musculatura estabilizadora de la columna, refiriéndose a multífidos y core (recto anterior, oblicuo externo, oblicuo interno, transverso abdominal), podría causar o perpetuar un mal funcionamiento de la columna lumbar, provocando dolor a este nivel⁶⁻⁸. Además, en otras investigaciones, se ha encontrado una hiperactividad en la musculatura paravertebral y abdominal en pacientes con lumbalgia, la misma que aparece hiperactiva en los pacientes con estreñimiento funcional, debido al esfuerzo durante la defecación⁹, igualmente, existen evidencias de cambios tróficos y de dolor referido a la musculatura paraespinal en casos de disfunciones viscerales¹⁰.

Por consiguiente, esto repercute a su alrededor, por esto una pelvis disfuncional resultará en déficit de movimiento del diafragma y vísceras abdominales a través de las membranas de tensión recíproca, impidiendo el correcto funcionamiento visceral. Por tanto, esta alteración visceral también puede fijar un cambio en la estructura^{11,12}.

Por su parte, la piel es un órgano que influye en la homeostasis del cuerpo. Se podría decir que piel y fascias repre-

sentan el sistema esquelético del sistema nervioso, comportándose también como una vía de comunicación. Por tanto, una cicatriz puede afectar a la esfera neurológica, fascial y visceral¹³.

Otra forma de cicatriz son los traumatismos abdominales o infecciones, pues estos crean adherencias peritoneales, fruto del proceso fisiológico de reparación tisular. Estas neoformaciones están inervadas y vascularizadas, convirtiéndose en estructuras independientes que son incapaces de deslizarse entre sí, interrumpiendo el movimiento de deslizamiento fisiológico y alterando su función, siendo una fuente de dolor¹⁴⁻¹⁶.

Debido a su incapacidad de deslizamiento, estas adherencias crean nuevos vectores de movimiento, alterando la percepción de los sistemas nervioso central y periférico¹⁷. De esta forma, el Sistema Nervioso Central (SNC) recibe continuamente aferencias propioceptivas no fisiológicas y esta percepción crónica alterada afectará negativamente al sistema motor, emocional y nociceptivo¹³.

Además, una cicatriz abdominal es capaz de atraer al plexo mesentérico inferior mediante las adherencias que crea, provocando síntomas relacionados con el sistema nervioso simpático y con las esferas visceral y somática relacionadas (T11-L2), como ya lo han demostrado estudios en cadáveres¹⁸. Por añadidura, también se han identificado síntomas de movimientos irregulares del sistema digestivo procedentes de cicatrices abdominales, lo que provoca alteraciones en la postura, desencadenando la disfunción víscero-somática¹³.

El cerebro recibe información continua de las vísceras a través de las vías neurales y responde continuamente a ella¹³. Pero esta información es indistinguible de la somática a nivel medular, debido a la convergencia sináptica del viscerotoma, lo que dificulta reconocer si un síntoma es visceral o somático¹⁹, pues el síntoma se expresará en la región con menor capacidad de soportar estímulos eléctricos/bioquímicos²⁰ de manera que la información nociceptiva visceral puede malinterpretarse como si surgiera de estructuras somáticas^{21,22}. Además, la metámera visceral no necesariamente coincide con la ubicación anatómica de la víscera, como ocurre en el dolor referido visceral^{19,23}.

Añadido a esto, se sabe que los reflejos viscerosomáticos son más directos que los somatoviscerales y, como muestran Miranda et al.²⁴, un mal funcionamiento de una víscera interfiere en la columna vertebral²⁵.

Desde otro lado, la manipulación visceral modula sus aferencias nociceptivas, permitiendo a las neuronas centrales hipersensibles volver a su estado normal de excitación²⁶⁻²⁸.

Otra relación hallada es la contracción mantenida que sufre la musculatura del área de dolor referido visceral, produciendo hiperalgesia y atrofia del tejido a largo plazo. Por esto es de vital importancia conocer esta relación y tratarla para evitar daños persistentes^{4,10}.

Con esto y debido a todas las relaciones relatadas, el objetivo de esta revisión es investigar la influencia de las tensiones viscerales respecto al dolor lumbar y su abordaje terapéutico mediante tratamiento visceral osteopático para su resolución e incluso prevención de futuros dolores lumbares.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio de tipo revisión sistemática sobre la efectividad del tratamiento osteopático visceral para resolver el dolor lumbar. La búsqueda se ha efectuado en las bases de datos PubMed, PEDro y ScienceDirect. También se ha procedido a un rastreo manual de otros estudios pertinentes utilizando las referencias bibliográficas de los artículos incluidos.

Las palabras clave utilizadas en la búsqueda fueron “*low back pain*”, “*visceral*”, “*osteopathic manipulation*”, “*constipation*” y “*diaphragm*” y fueron unidas mediante los operadores booleanos “*AND*” y “*OR*”.

Criterios de selección

Se incluyeron ensayos clínicos aleatorizados que relacionan dolor lumbar y técnicas osteopáticas viscerales, ensayos que estudian el tratamiento osteopático visceral para mejorar el dolor lumbar y otros ensayos en los que hay disfunción o síntomas viscerales y lumbares. Solo se incluyeron estudios en inglés, con puntuación en la escala PEDro²⁹ de al menos 5 puntos, ya que Moseley et al.³⁰, sugieren que los estudios que posean una puntuación igual o mayor a 5 en la escala PEDro son calificados como de alta calidad metodológica y bajo riesgo de sesgo.

Fueron excluidos estudios en los que el tratamiento osteopático se aplicó conjuntamente a un tratamiento farmacológico y/o quirúrgico y estudios en los que hay patología específica de la columna lumbar.

RESULTADOS

Tras la búsqueda sistemática de artículos científicos en las bases de datos ya citadas, se recopilaron 1.985 artículos, de los cuales se excluyeron 383 que aparecen duplicados y 784 por otras razones, como artículos inoportunos, metodología poco fundamentada o poco clara, publicación en un idioma distinto al inglés o ausencia de conclusiones. Posteriormente, se procedió a un último cribado en el que se excluyeron artículos cuyos objetivos eran diferentes al de esta revisión, presentaban datos insuficientes o no había acceso al texto completo. Finalmente, se seleccionaron 6 artículos que se revisaron y se procedieron a su lectura completa. El proceso de selección se muestra mediante el diagrama de flujo PRISMA que aparece en la figura 1.

Por su parte, los resultados de los distintos estudios revisados se sintetizan en la tabla 1.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta revisión ha sido indagar acerca de la eficacia del tratamiento del dolor lumbar mediante técnicas manuales de osteopatía visceral, debido a la gran controversia existente en la población general en cuanto al conocimiento y efectividad de este tipo de tratamiento, incluso dentro del nicho de los profesionales de la salud.

Varios investigadores han indagado ya sobre las relaciones entre dolor lumbar y disfunciones viscerales, obteniendo conexiones evidentes entre la fascia toracolumbar y las fascias viscerales^{5,11}. Además, se sabe que las modificaciones en las vísceras o fascia que las envuelve modifican la postura, dando lugar a lumbalgia pues, como explican Bordoni et al.¹³ y Norton-Old et al.³⁷, la fascia es capaz de crear actividad eléctrica bajo estímulos mecánicos, provocando así síntomas adicionales.

Uno de ellos es Panagopoulos et al.³⁴, quien observa que una disfunción visceral puede contribuir a desarrollar y mantener dolor lumbar en un 20% de prevalencia, cuestión por la cual es importante tener en cuenta la salud visceral del paciente cuando aparece un dolor lumbar³⁴. En relación, se encontraron nuevos estudios que revelan al mesenterio como un nuevo órgano, continuado y anclado en la columna vertebral, manteniendo bien posicionados y conectados a los órganos abdominales³⁸⁻⁴¹. De esta forma, una columna lumbar inestable puede influir en el correcto funcionamiento de las vísceras abdominales y viceversa, debido a su íntima relación anatómica, cuestión que señala a las técnicas osteopáticas viscerales como buena opción para el tratamiento del dolor lumbar.

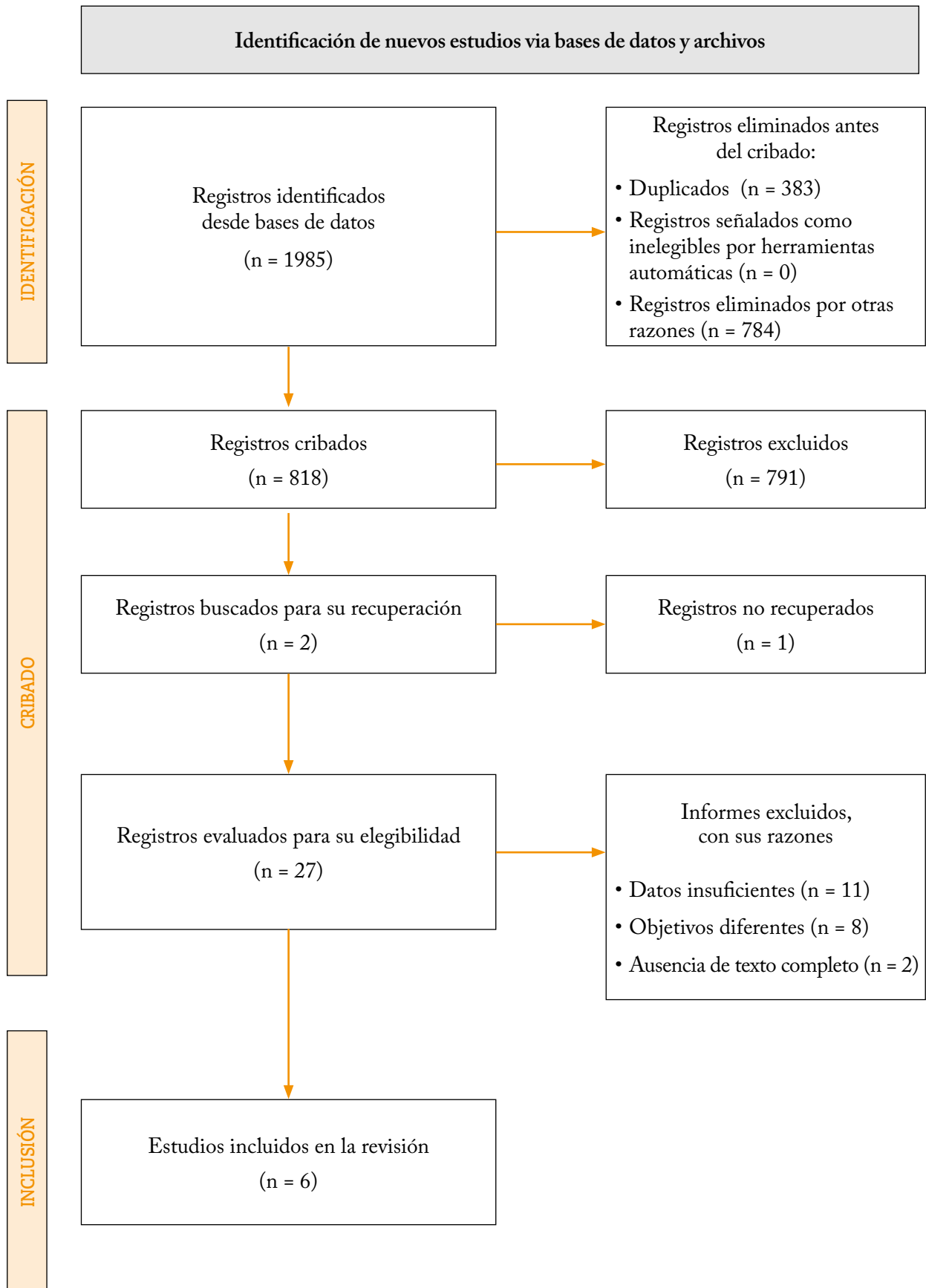


Figura 1. Diagrama de flujo para selección de los artículos según la Declaración PRISMA.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ TIPO DE ESTUDIO/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Tozzi et al. ³⁶ 2012 6/10	N=140 • GE: 109 • GC: 31	Ecografía abdomen SF-MPQ	<ul style="list-style-type: none"> • GE: manipulación fascial osteopática • GC: contacto suave sobre la zona lumbar (persona no terapeuta) 	<ul style="list-style-type: none"> • ANOVA mostró una diferencia significativa ($p < 0,05$) entre el KMS en individuos asintomáticos en comparación con los hallazgos en pacientes con DL. La prueba medidas repetidas mostró una diferencia significativa ($p < 0,0001$) entre los valores pre y post-RD del grupo Experimental en comparación con los encontrados en el Control. Se encontró una diferencia significativa ($p < 0,0001$) entre los resultados pre y post-SF-MPQ en la cohorte Experimental en comparación con los obtenidos en el Control. 	<ul style="list-style-type: none"> • La manipulación osteopática mejora la movilidad renal y reduce la percepción de dolor lumbar a corto plazo. • Las personas con lumbalgia tienen menor movilidad renal que las asintomáticas.
McSweeney et al. ³⁵ 2012 7/10	N=16	Algometría con algómetro digital	<ul style="list-style-type: none"> • GE: movilización osteopática del colon sigmoides • GC: contacto suave en región umbilical 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora estadísticamente significativa de los umbrales de dolor a la presión inmediatamente después de la intervención ($p < 0,001$). No se observó que este efecto fuera sistémico, ya que sólo afectaba a la musculatura paraespinal L1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Incrementa umbral de dolor en la musculatura lumbar en GE tras la movilización del colon a corto plazo.
Panagopoulos et al. ³⁴ 2014 9/10	N= 64 • GE: 32 • GC: 32	NPRS RMDQ PSFS Likert Scale	<ul style="list-style-type: none"> • GE: Relajación miofascial, movilización visceral tórax y abdomen • GC: contacto suave región abdominal 	<ul style="list-style-type: none"> • En todos los puntos temporales, hubo diferencias significativas en la intensidad absoluta del dolor y la discapacidad en las personas con dolor en tronco anterior en comparación con las que no lo tenían. La presencia de dolor en tronco anterior no afectó a la evolución clínica de los resultados del dolor lumbar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mejora el dolor a las 52 semanas en GE. • Los demás resultados son similares en ambos grupos.

AUTOR/ AÑO PUBLICACIÓN/ TIPO DE ESTUDIO/ ESCALA PEDRO	MUESTRA	EVALUACIÓN	INTERVENCIÓN	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Tamer et al. ³¹ 2016 5/10	N=39 • GE: 20 • GC:19	ODI EVA QoL SF-36	• GE: Fisioterapia y osteopatía visceral • GC: fisioterapia	• Se determinó que ambos tratamientos eran eficaces en el dolor y la función, la función física, el dolor, la salud general y la función social del subparámetro de QoL. El TMOV fue eficaz en todos los parámetros de QoL (p<0,05). Al comparar los grupos, se determinó que las puntuaciones de energía y limitaciones físicas de QoL en TMOV eran superiores (p< 0,05).	• El grupo experimental mejora ligeramente más que el grupo control.
Villalta Santos et al. ³³ 2019 7/10	N=20 • GE: 10 • GC: 10	EVA Test Schöber RMDQ PSFS	• GE: fisioterapia y osteopatía visceral • GC: fisioterapia y contacto suave abdominal	• Se encontraron reducciones significativas en el grupo experimental para la movilidad lumbar y la funcionalidad específica en comparación con el grupo de control (p<0,05). No hubo diferencias significativas para la percepción del dolor y la funcionalidad global.	• GE mejora la movilidad lumbar y funcionalidad específica. Función general mejora en ambos grupos.
Boas Fernandes et al. ³² 2023 8/10	N=76 • GE: 38 • GC: 38	ODI NPRS EMG FABQ Distancia dedos-suelo	• GE: Osteopatía visceral intestino grueso y delgado, relajación miofascial • GC: contacto suave en región abdominal	• El grupo TMOV obtuvo una reducción de la intensidad del dolor tras seis semanas de tratamiento y en la evaluación a los tres meses (p<0,0002) y el grupo simulado obtuvo una reducción de la intensidad del dolor tras la evaluación a los tres meses (p<0,007). En cuanto al ODI, también se observaron diferencias significativas en el grupo de TMOV seis semanas después del final del tratamiento (p=0,01) y en la evaluación a los tres meses (p=0,03). También se encontraron diferencias significativas en la actividad muscular paravertebral durante las fases dinámicas (flexión y extensión) en las evaluaciones a las seis semanas.	• Mejora dolor y función en GE.

Abreviaturas: GE: Grupo experimental; GC: Grupo control; EVA: Escala Visual Analógica; ODI: Oswestry Disability Index; QoL SF-36: Cuestionario calidad de vida SF-36; NPRS: Numeric Pain Rating Scale; EMG: Electromiograma; TMOV: Tratamiento manual osteopático visceral; FABQ: Fear-Avoidance Beliefs Questionnaire; PSFS: Patient-Specific Functional Scale; RMDQ: Roland-Morris Disability Questionnaire; SF-MPQ: Short-Form McGill Pain Assessment Questionnaire.

Tabla 1. Resumen de los principales datos obtenidos en los diferentes estudios.

En cuanto a Tozzi et al.³⁶, en su investigación, descubren que una movilidad renal reducida predispone a padecer dolor lumbar y que, aplicando técnicas de manipulación osteopática se consigue mejorar esta movilidad y, por tanto, disminuir la percepción dolorosa a corto plazo. De aquí la importancia de continuar esta línea de investigación, buscando un enfoque más prolongado en el tiempo.

Por otro lado, se ha observado que en el estreñimiento aparece una alteración en la musculatura estabilizadora del tronco, la misma que aparece alterada en pacientes con lumbalgia inespecífica. Esto fundamenta la razón por la que Boas Fernandes et al.³² aplican osteopatía visceral a pacientes con lumbalgia, resultado en mejoras del dolor y la funcionalidad, y es por esto que se sugieren estas técnicas como una buena opción de tratamiento.

De la misma forma, se encuentra dolor visceral referido a la región lumbar en casos de disfunciones viscerales¹⁰, como se observa en el artículo de Cervero et al.⁴², los nervios aferentes simpáticos desde las vísceras convergen con los nervios aferentes somáticos en el asta dorsal, provocando el conocido “dolor referido” del que comenzó a hablar Beal en 1985⁴³. Por esto, Tamer et al.³¹ y Villalta Santos et al.³³, obtienen mejores resultados para el dolor lumbar aplicando osteopatía visceral añadida a la fisioterapia, que solo utilizando técnicas de fisioterapia convencional. Esto significa que las técnicas de osteopatía visceral funcionan en lumbalgia para mejorar el dolor, la funcionalidad específica y la movilidad lumbar, aunque no están estudiados los resultados a largo plazo, pues también sería conveniente continuar esta investigación en un trascurso de tiempo más amplio.

Por otra parte, se ha demostrado que traumatismos, infecciones o cicatrices abdominales son capaces de crear una fuente de dolor debido a las adherencias creadas en la región peritoneal¹⁴⁻¹⁶. Estas cicatrices generan movimientos irregulares del sistema digestivo. Todo esto modifica la percepción del SNC de manera continuada, recibiendo aferencias propioceptivas no fisiológicas y afectando al sistema somático motor, cronificando este dolor¹³. Por esto McSweeney et al.³⁵, aplican osteopatía visceral a sujetos con lumbalgia, obteniendo un aumento del umbral de dolor también a corto plazo.

Debido a los fundamentos y resultados obtenidos en los artículos mencionados, las disfunciones viscerales tienen un gran potencial de dolor a nivel lumbar, por tanto, se sugiere aplicar osteopatía visceral en la valoración y el tratamiento del dolor lumbar inespecífico.

CONCLUSIÓN

Parece existir una clara relación entre dolor lumbar y disfunción visceral. En los últimos estudios de tratamiento osteopático visceral publicados, hay una mejora del dolor lumbar, un aumento del umbral del dolor y un incremento de la movilidad y funcionalidad de los pacientes, aunque no está clara la mejora a largo plazo. Se sugiere estudiar más específicamente este tema, con una muestra mayor, una calidad metodológica más alta y un seguimiento más largo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aziz Q, Giamberardino MA, Barke A, Korwisi B, Baranowski AP, Wesselmann U, Rief W, Treede RD, Pain IT. f. t. C. o. C. *The IASP classification of chronic pain for ICD-11: chronic secondary visceral pain*. Pain. 2019;160(1):69–76.
2. Moissenet F, Rose-Dulcina K, Armand S, Genevay S. *A systematic review of movement and muscular activity biomarkers to discriminate non-specific chronic low back pain patients from an asymptomatic population*. Sci Rep. 2021;11(1):5850.
3. Yousefi-Nooraie R, Schonstein E, Heidari K, Rashidian A, Pennick V, Akbari-Kamrani M, Irani S, Shakiba B, Mortaz Hejri SA, Mortaz Hejri SO, Jonaidi A. *Low level laser therapy for nonspecific low-back pain*. Cochrane Database Syst Rev. 2008;2008(2):CD005107.
4. Finet G, Williams C. *Treating visceral dysfunction: an Osteopathic Approach to understanding and treating the Abdominal Organs*. Stillness Press; 2000.
5. Paoletti S. *Las Fascias. El papel de los tejidos en la mecánica humana*. Barcelona: Paidotribo; 2004.
6. Cervera-Cano M, López-González L, Valcárcel-Linares D, Fernández-Carnero S, Achalandabaso-Ochoa A, Andrés-Sanz V, Pecos-Martín D. *Core Synergies measured with ultrasound in subjects with chronic Non-Specific Low Back Pain and healthy subjects: A systematic review*. Sensors (Basel). 2022;22(22):8684.
7. Hodges PW, Richardson CA. *Transversus abdominis and the superficial abdominal muscles are controlled independently in a postural task*. Neurosci Lett. 1999;265(2):91–4.

8. Fan C, Fede C, Gaudreault N, Porzionato A, Macchi V, De Caro R, Stecco C. *Anatomical and functional relationships between external abdominal oblique muscle and posterior layer of thoracolumbar fascia*. Clin Anat. 2018;31(7):1092–8.
9. Smith MD, Russell A, Hodges PW. *The relationship between incontinence, breathing disorders, gastrointestinal symptoms, and back pain in women*. Clin J Pain. 2014;30(2):162–7.
10. Vecchiet L, Giamberardino M, Dragani L, Galletti R, AlbeFessard D. *Referred muscular hyperalgesia from viscera: clinical approach*. Adv Pain Research Ther. 1990;13:175–82.
11. Bordoni B, Zanier E. *Anatomic connections of the diaphragm: influence of respiration on the body system*. J Multidiscip Healthc. 2013;6: 281–91.
12. Martínez-Ochoa MJ, Fernández-Domínguez JC, Morales-Asencio JM, González-Iglesias J, Ricard F, Oliva-Pascual-Vaca Á. *Effectiveness of an osteopathic abdominal manual intervention in pain thresholds, lumbopelvic mobility and posture in women with chronic functional constipation*. J Altern Complement Med. 2018;24(8):816–24.
13. Bordoni B, Zanier E. *Skin, fascias, and scars: symptoms and systemic connections*. J Multidiscip Healthc. 2014;7:11–24.
14. Bordoni B, Escher AR, Girgenti GT. *Peritoneal Adhesions in Osteopathic Medicine: Theory, Part 1*. Cureus. 2023;15(7):e42472.
15. Ashley LT, Deshka SF, Chang J, Longaker, Michael TL. *Flexor tendon: development, healing, adhesion formation, and contributing growth factors*. Plast Reconstr Surg. 2019; 144(4):639e–647e.
16. Liao J, Li X, Fan Y. *Prevention strategies of postoperative adhesion in soft tissues by applying biomaterials: based on the mechanisms of occurrence and development of adhesions*. Bioact Mater. 2023;26:387–412.
17. Sarah JS, Emilie G, Scott AH. *The roles of inter-tissue adhesion in development and morphological evolution*. J Cell Sci. 2022; 135(9): jcs259579.
18. Johnson IP. *Colorectal and uterine movement and tension of the inferior hypogastric plexus in cadavers*. Chiropr Man Therap. 2012;20(1):13.
19. Giamberardino MA, Affaitati G, Costantini R. *Visceral referred pain*. J Musculoskelet Pain. 2010;18(4):403–10.
20. Coghill RC. *The distributed nociceptive system: a framework for understanding pain*. Trends Neurosci. 2020;43:780–94.
21. Bileviciute I, Lundeberg T, Ekblom A, Theodorsson E. *The effect of a single intraperitoneal dose of brIL-1 alpha on substance P-, neurokinin A-, calcitonin gene-related peptide- and neuropeptide Y-like immunoreactivity in cerebrospinal fluid, plasma and knee joint synovial fluid in the rat*. Regul Pept. 1994;53:71–6.
22. Cervero F. *Visceral pain–central sensitisation*. Gut. 2000 ;47(Suppl. 4):iv56–iv57.
23. Panagopoulos J, Hancock MJ, Ferreira P, Hush J, Petocz P. *Does the addition of visceral manipulation alter outcomes for patients with low back pain? A randomized placebo controlled trial*. Eur J Pain. 2015;19(7):899–907.
24. Miranda A, Peles S, Rudolph C, Shaker R, Sengupta JN. *Altered visceral sensation in response to somatic pain in the rat*. Gastroenterology. 2004;126(4):1082–89.
25. Li X, Wang L. *Rethinking the visceral innervation: peek into the emerging field of molecular dissection of neural signals*. Biochem Biophys Res Commun. 2022; 633:20–2.
26. Barral J, Mercier P. *Visceral Manipulation*. Gent; 1994.
27. Vleminckx M. *Visceral Mobilization*. New York: NY: Thieme; 2006.
28. Woolf CJ. *Central sensitization: Implications for the diagnosis and treatment of pain*. Pain. 2011; 152(3 Suppl): S2–S15.
29. Escala PEDro (Español) [Internet]. *Pedro.org.au*. Available from <https://www.pedro.org.au/spanish/downloads/pedro-scale/>
30. Moseley AM, Herber RD, Sherrington C, Maher CG. *Evidence for physiotherapy practice: a survey of the Physiotherapy Evidence Database (PEDro)*. Aust J Physiother. 2002;48(1):43– 9.

31. Tamer S, Öz M, Ülger Ö. *The effect of visceral osteopathic manual therapy applications on pain, quality of life and function in patients with chronic nonspecific low back pain.* J Back Musculoskelet Rehabil. 2017;30(3):419-425.
32. Boas Fernandes WV, Politti F, Blanco CR, Garcia Lucareli PR, Gomes CAF, Corrêa FI, Corrêa JCF. *Effect of osteopathic visceral manipulation for individuals with functional constipation and chronic nonspecific low back pain: Randomized controlled trial.* J Bodyw Mov Ther. 2023;34:96-103.
33. Villalta Santos L, Lisboa Córdoba L, Benite Palma Lopes J, Santos Oliveira C, André Collange Grecco L, Bovi Nunes Andrade AC, Pasin Neto H. *Active visceral manipulation associated with conventional physiotherapy in people with chronic low back pain and visceral dysfunction: a preliminary, randomized, controlled, double-blind clinical trial.* J Chiropr Med. 2019;18(2):79-89.
34. Panagopoulos J, Hancock MJ, Kongsted A, et al. *Does anterior trunk pain predict a different course of recovery in chronic low back pain?* Pain 2014;155:977-82.
35. McSweeney TP, Thomson OP, Johnston R. *The immediate effects of sigmoid colon manipulation on pressure pain thresholds in the lumbar spine.* J Bodyw Mov Ther. 2012;16(4):416-23.
36. Tozzi P, Bongiorno D, Vitturini C. *Low back pain and kidney mobility: local osteopathic fascial manipulation decreases pain perception and improves renal mobility.* J Bodyw Mov Ther. 2012;16(3):381-91.
37. Norton-Old KJ, Schache AG, Barker PJ, Clark RA, Harrison SM, Briggs CA. *Anatomical and mechanical relationship between the proximal attachment of adductor longus and the distal rectus sheath.* Clin Anat. 2013;26(4):522-30.
38. Byrnes KG, Walsh D, Dockery P, McDermott K, Coffey JC. *Anatomy of the mesentery: Current understanding and mechanisms of attachment.* Semin Cell Dev Biol. 2019;92:12-7.
39. Byrnes KG, Walsh D, Lewton-Brain P, McDermott K, Coffey JC. *Anatomy of the mesentery: Historical development and recent advances.* Semin Cell Dev Biol. 2019;92:4-11.
40. Argikar AA, Argikar UA. *The mesentery: an ADME perspective on a 'new' organ.* Drug Metab Rev. 2018;50(3):398-405.
41. Byrnes KG, Walsh D, Walsh LG, Coffey DM, Ullah MF, Mirapeix R, et al. *The development and structure of the mesentery.* Commun Biol. 2021;4(1):982.
42. Cervero F. *Visceral versus somatic pain: Similarities and differences.* Dig Dis. 2009;27 (Suppl. 1): 3-10.
43. Beal MC. *Viscerosomatic reflexes: A review.* J Am Osteopath Assoc. 1985;85(12):786-801.

VOLVER A SUMARIO

EUROPEAN JOURNAL
OSTEOPATHY
—
& Related Clinical Research

