



INFORME TÉCNICO

Técnica De Inhibición De La Musculatura Suboccipital

Francisco Miguel Cocera Morata (PT, DO) ¹, Jesús Oliva Pascual-Vaca (PT, PhD, DO) ²

1.- Director Gerente Clínica Cocera. Utrera. Sevilla. España.

2.- Profesor. Centro de Estudios Universitarios Francisco Maldonado. Osuna. Sevilla. España.

Recibido el 19 de Enero de 2014; aceptado el 14 de Febrero de 2014

RESUMEN

Las técnicas de inhibición son procedimientos de tratamiento osteopático aplicado en los tejidos blandos, que buscan una inhibición en dichos tejidos, como elemento integrador del tratamiento, donde gracias a la aplicación constante de presión ejercida durante un tiempo establecido, consigue equilibrar y normalizar el tono muscular y la actividad refleja correspondiente al área lesionada. Concretamente en la musculatura suboccipital se busca la normalización del tono muscular en el segmento C0-C1-C2, para actuar directamente sobre las estructuras musculoesqueléticas del segmento cervical alto y el paquete vásculo-nervioso, teniendo gran repercusión sobre una multitud de síntomas que observamos a diario en nuestros pacientes, que describiremos, convirtiendo a esta técnica en una excelente herramienta para el tratamiento osteopático, la cual ha demostrado su utilidad.

Palabras Clave: Manipulación Osteopática; Umbral Del Dolor; Articulación Atlantooccipital.

*Autor para correspondencia: eMail: ulisesdo@hotmail.com (Francisco Miguel Cocera Morata) - ISSN on line: 2173-9242

* © 2014 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved - www.europeanjournalosteopathy.com - info@europeanjournalosteopathy.com

INTRODUCCIÓN

La utilización de las técnicas de inhibición se remontan al inicio de la osteopatía ^{1,2}. La técnica de inhibición suboccipital (TIS), podía considerarse una modificación desde la rudimentaria cuerda sobre la que apoyaban la cabeza para aliviar el dolor, consiste en suprimir el espasmo de la musculatura suboccipital que fija la disfunción del occipital, el atlas o incluso el axis, utilizando una presión constante sobre los tejidos blandos para obtener la disminución del tono muscular, reduciendo así el espasmo de la musculatura y suprimiendo la actividad gamma^{3,4}.

La presión ejercida (3-4 kg) será perpendicular a las fibras del músculo y se mantendrá esta presión hasta que desaparezca el tono muscular bajo nuestros dedos^{3,4}. Más concretamente para el segmento suboccipital cabe reconocer la importancia de esta técnica, ya que gracias a ella se puede regular la actividad de la musculatura suboccipital, la cual está directamente relacionada con las disfunciones a nivel de la charnela cérvico-craneal y sus repercusiones sobre la movilidad de C0-C1-C2^{5,6}, el ganglio cervical superior, las alteraciones vertiginosas por el reflejo óculo-céfalo-giro, las alteraciones en la arteria vertebral, las neuralgias de Arnold, el puente midural, etc..., incluyendo además la posibilidad de actuación, no sólo sobre las estructuras colindantes como nos demuestran los estudios de Otaño²⁰, sino que podremos actuar a distancia sobre otras estructuras como la apertura de la boca, como demuestra Mansilla-Ferragut¹⁹ o la musculatura isquiotibial⁸, siendo además la charnela craneo-cervical un elemento imprescindible en nuestros tratamientos osteopáticos en la clínica diaria.

OBJETIVOS /PRINCIPIOS DE APLICACIÓN

Como técnica rítmica que es, sus objetivos generales son^{4, 7-8}:

- A. Suprimir el espasmo de la musculatura suboccipital que induce disfunción en occipital, atlas o axis y las repercusiones sobre la movilidad de estos.
- B. Suprimir la actividad gamma y reequilibrar así el tono muscular del segmento.

- C. Mejorar la circulación local.
- D. Liberar la restricción miofascial suboccipital.
- E. Disminuir la tensión de la región de los agujeros rasgados posteriores⁹.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA

El diagnóstico de la musculatura suboccipital se realizará según un protocolo de diagnóstico osteopático:

1. Anamnesis: Buscaremos descubrir los síntomas propios de cada uno de los tejidos cervicales y sus dolores referidos, mediante la entrevista personal con el paciente.

2. Inspección visual: valoración del posicionamiento previo de la cabeza y de la movilidad mediante pruebas de movilidad cervical activas.

3. Test de movilidad: Quick scanning cervical buscando zonas de restricción de la movilidad global del segmento y test analíticos de movilidad.

4. Palpación: valoración de los puntos trigger de la musculatura suboccipital de acuerdo con las valoraciones diagnósticas descritas por Simons ¹⁰ y por Gerwin ¹¹ :

1. Presencia de una banda tensa palpable de músculo esquelético.
2. Presencia de un punto hipersensible en la banda tensa.
3. Respuesta local al estímulo provocado por la palpación de la banda tensa.
4. Reproducción del dolor típico que se refiere, patrón de un punto trigger en respuesta a la compresión
5. Presencia espontánea del dolor típico que se refiere patrón y el reconocimiento del dolor referido por parte del paciente

Si se presentan los cuatro primeros puntos, se considerará que es un punto trigger latente, pero si los cinco puntos anteriores son observados, se considerará un punto trigger activo.

BENEFICIOS / INDICACIONES^{4,7-9}

Entre los beneficios o indicaciones descritas para la aplicación de la TIS, encontramos aquellos trastornos en relación con el foramen magnum o con los agujeros rasgados posteriores (ARP):

- Cefaleas occipitales.
- Lesiones intraóseas del occipucio o de la impresión basilar.
- Disfunciones C0-C1-C2.
- Secuelas de fracturas de la base del cráneo.
- Vértigos.
- Neuropatías de compresión del XII, trastornos oclusales y de la deglución.

RIESGOS / CONTRAINDICACIONES^{4,7-9}

Entre los riesgos o contraindicaciones descritas para la aplicación de la TIS, encontramos:

- Fracturas de la base del cráneo en fase de consolidación.
- Fractura de la apófisis odontoides del axis.
- Osteítis.
- Hemorragias o riesgo de que se produzcan, como en una apoplejía o un aneurisma.
- Tumores.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO¹²

Para la realización de esta técnica el paciente se sitúa en posición de decúbito supino en la camilla, y el terapeuta se sienta a la cabecera del paciente mirando hacia los pies del mismo, con los codos apoyados en la camilla; la colocación de las manos será debajo de la cabeza del paciente siguiendo las siguientes premisas:

- Situaremos las manos debajo de la cabeza del paciente, en la región occipital con las palmas hacia arriba y los dedos apuntando hacia los pies del paciente, de esta manera el occipucio descansará sobre las manos como sobre una hamaca.

- Con las yemas de los dedos tocaremos el borde inferior del occipital y empujamos el arco posterior del atlas hacia el techo realizando una extensión de las articulaciones interfalángicas y una flexión de las articulaciones metacarpo-falángica de unos 90° aproximadamente.

- La presión se realizará con los dedos índice, medio y anular. De esta manera el occipucio penetra entre las manos mientras que C1 queda suspendido sobre las yemas de los dedos.

- La presión se mantiene durante varios minutos de forma constante sobre la región y la musculatura se deberá relajar exclusivamente por el peso del propio cráneo del paciente, y los dedos actuarán sólo a modo de palanca.



Figura 1. Técnica de inhibición suboccipital

PRECAUCIONES

La retirada de los contactos y el retorno a la posición inicial deberá realizarse lentamente y de forma pasiva, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

Podemos encontrar en la bibliografía algunas variantes, como la de abrir las manos y llevar la cabeza lentamente hacia atrás para relajar la duramadre hasta el sacro en su recorrido por el canal medular¹³, o liberar los cóndilos occipitales del atlas fijando el arco del mismo con los dedos medios y traccionando con los anulares y meñiques suavemente del occipital cranealmente¹⁴.

CONCLUSIONES

La utilidad de esta técnica está demostrada en estudios previos, en los que se considera importante el tratamiento de esta región la TIS, como ocurre en el estudio de Fernández de las Peñas¹⁵, u otros estudios como el de Amer¹⁶ o el de Saiz-Llamosas, Fernández-Pérez¹⁷ que demuestran la aparición de una evidente mejoría en la movilidad del segmento cervical tras la aplicación de la TIS. Además se considera a esta musculatura y sus puntos trigger responsables de la aparición o perpetuación del dolor de cabeza¹⁸ amén de otros síntomas descritos en apartados anteriores y que mejorarían con la aplicación de la misma, lo cual convierte a esta técnica en una herramienta esencial y de elección en los tratamientos de osteopatía. La TIS tiene beneficios positivos, pero también riesgos asociados, que deberían considerarse antes de su aplicación por los osteópatas en la clínica diaria.

AGRADECIMIENTOS

Al profesor D. Cleofás Rodríguez Blanco (DO, PhD) y a Dña. Virginia Jorquera Zamora por su asesoramiento y ayuda en este trabajo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses asociados a esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Glossary of Osteopathic. Chicago: AOA Yearbook and Directory of Osteopathic Physicians; 1998.
- 2) Still AT. Autobiography of A.T.Still. Kirksville: Edición del autor;1908.
- 3) Dowling DJ. American osteopathic association. Fundamentos de medicina osteopática. Buenos Aires: Edit. Médica Panamericana; 2006.
- 4) Ricard F. Tratamiento osteopático de las algias de origen cráneo-cervical. Madrid: Edit Médica Panamericana; 2000.
- 5) Ricard F. Tratado de osteopatía visceral y medicina interna, sistema cardiorespiratorio. Madrid: Edit. Médica Panamericana; 2008.
- 6) Velayos J, Santana H. Anatomía de la cabeza con enfoque odontoestomatológico. Madrid: Edit. Panamericana. 1994.
- 7) Ricard F. Tratado de osteopatía craneal. Análisis ortodóntico. Diagnóstico y tratamiento manual de los síndromes craneomandibulares. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2002.
- 8) Quintana E. Efectos de la técnica de inhibición de la musculatura suboccipital en sujetos con síndrome de isquibiliaes cortos. [Tesis]. Madrid: EOM;2007.
- 9) Lérida MA. Influencia de la técnica de inhibición suboccipital sobre la movilidad cervical de las mujeres con fibromialgia. [Tesis]. Madrid: EOM;2011.
- 10) Simons DG, Travell J, Simons LS. Myofascial pain and dysfunction. The trigger point manual 2nd ed. Baltimore: Williams & Wilkins; 1999.
- 11) Gerwin RD, Shanon S, Hong CZ, Hubbard D, Gevirtz R. Interrater reliability in myofascial trigger point examination. Pain 1997;69:65-73.
- 12) Ricard F. Tratado de osteopatía craneal. Articulación temporomandibular 2^a edición. Madrid: Edit. Médica Panamericana; 2005.
- 13) Pilat A. Terapias miofasciales: inducción miofascial. 1^a ed. Madrid: McGraw-Hill; 2003.
- 14) Torstem Liem. La Osteopatía cráneo-sacra. 1^a ed. Badalona: Paidotribo; 2010.
- 15) Fernandez-de-las-Peñas C, Palomeque L. Manual treatment of post-whiplash injury. Journal of Bodywork and Movement Therapies. 2005; 9, 109-119.
- 16) Ammer K. Mobility of the cervical spine after a one-time application of myofascial induction technique. Man Med 2009;47(5):350-351.
- 17) Saiz-Llamosas JR, Fernández-Pérez AM, Fajardo-Rodríguez MF, Pilat A, Valenza-Demet G, Fernández-de-las-Peñas C. Changes in Neck Mobility and Pressure Pain Threshold Levels Following a Cervical Myofascial Induction Technique in Pain-Free Healthy Subjects. J Manip Physiol Ther 2009;32(5):352-357.
- 18) Fernandez-de-las-Peñas C, Alonso-Blanco C. Myofascial trigger points in the suboccipital muscles in episodic tension-type headache. Manual Therapy. 2006; 11, 225-230.
- 19) Mansilla-Ferragut P, Fernández-de-las-Peñas C. Immediate effects of atlanto-occipital joint manipulation on active mouth opening and pressure sensitivity in women with mechanical neck pain. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics. 2009; 32 (2):101-106.
- 20) Otaño L, Legal L. Modificaciones radiológicas del espacio entre el occipucio y el cuerpo del atlas tras una manipulación global (OAA) de Fryette. Osteopatía Científica. May 2010; (5)38-46.

ISSN on line: 2173-9242

© 2014– Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved

www.europeanjournalosteopathy.com
info@europeanjournalosteopathy.com