

[REVISIÓN SISTEMÁTICA]

LA MANIOBRA HEMODINÁMICA ABDOMINAL MODIFICADA

Raúl San Segundo Riesco¹ (PT,DO), Luis Palomeque del Cerro (PT,DO,PhD)^{1,2,3}

Recibido el 18 de junio de 2014; aceptado el 4 de septiembre de 2014

Resumen

La Maniobra Hemodinámica del Abdomen es una de las técnicas más utilizadas en Osteopatía para el tratamiento de determinadas disfunciones viscerales.

La técnica pretende generar un estímulo neuro-vascular a nivel abdominopélvico, eliminar la congestión abdominopélvica, liberar algunas de las adherencias existentes entre las vísceras y las estructuras vecinas recuperando así la

movilidad del órgano, mejorar y estimular los movimientos peristálticos del sistema digestivo, mejora de la función del sistema nervioso vegetativo, normalización del metabolismo dependiente de la víscera y disminuir o eliminar los dolores referidos al aparato locomotor de origen visceral.

Las contraindicaciones al tratamiento con dicha técnica son básicamente procesos neoplásicos, infecciosos y hemorrágicos. Es imprescindible realizar un adecuado diagnóstico diferencial y determinar la disfunción osteopática visceral.

PALABRAS CLAVE

- › Maniobra hemodinámica del abdomen.
- › Osteopatía visceral.
- › Intestino.

Autor de correspondencia:

rssriesco@hotmail.com

(Raúl San Segundo Riesco)

ISSN on line: 2173-9242

© 2017 – Eur J Ost Rel Clin Res - All rights reserved

www.europeanjournalosteopathy.com

info@europeanjournalosteopathy.com

¹ Clínica de Fisioterapia y Osteopatía Ofistema, Madrid, España.

² Departamento de Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Rehabilitación y Medicina Física. Universidad Rey Juan Carlos. Madrid, España.

³ Departamento de Fisioterapia. Universidad Pontificia de Salamanca. Madrid, España.

INTRODUCCIÓN

La cavidad abdominal se compone de una estructura fundamental que es el peritoneo.

Éste se divide funcionalmente en:

- Peritoneo visceral: Serosa que envuelve los órganos de la cavidad abdominal.
- Peritoneo parietal: Tapiza la cara profunda de la cavidad abdominal y se subdivide a su vez en peritoneo anterior, posterior, diafragmático e inferior¹.

El peritoneo parietal y visceral se continúan modelando los diferentes compartimentos para los diferentes órganos que conforman la cavidad abdominal. Estos compartimentos hacen que las vísceras mantengan su posición ordenada dentro de la cavidad abdominopélvica.

El sistema visceral presentan varios medios de unión:

- Sistema de los Mesos: Son repliegues de peritoneo que envainan los pedículos vasculo-nerviosos que otorgan vascularización e inervación al órgano. Presentan una continuidad entre ellos abarcando toda la esfera abdominal¹.
- Sistema de los Epiplones: Son repliegues de peritoneo que unen dos órganos entre sí con una función vasculo-nerviosa muy importante².
- Sistema de Doble Membrana: Entre el peritoneo visceral y el peritoneo parietal circula una fina capa de líquido que permite el deslizamiento pero no la separación entre ambas estructuras, favoreciendo así y la unión entre las vísceras.
- Sistema ligamentario: No contienen pedículos vasculares importantes ya que únicamente actúan como medio de unión entre el órgano y las estructuras que le rodean³.

El sistema ligamentario es una de las posibles estructuras afectadas en las disfunciones viscerales. Es posible que cuando se produce una congestión visceral, disfunción muy frecuente a nivel abdomino-pélvico, se acompañe de un mayor o menor grado de ptosis visceral. Dicha ptosis puede generar una puesta en tensión del sistema ligamentario, que puede generar un reflejo víscero-somático cuya repercusión suele ser a distancia de la víscera en cuestión, pudiéndose producir un dolor referido al aparato locomotor⁴.

Fisiopatología osteopática

Uno de los síntomas más comunes en las consultas de medicina digestiva es el estreñimiento funcional^{5,6}. Dada su gran prevalencia, entre el 7 y 10 % de la población mundial, se establecieron los criterios de clasificación para

el estreñimiento en el Congreso de Roma III^{7,8}. Junto con la Escala de Bristol de clasificación de las heces, forman una dualidad necesaria para determinar el estreñimiento funcional⁹. Constantemente se encuentran referencias en las que se pone en evidencia que disfunciones a nivel visceral cursan con dolores referidos al aparato locomotor¹⁰⁻¹⁵. Por esta razón se deberían plantear técnicas que, aun estando orientadas al sistema visceral, puedan estar ejerciendo un efecto en la sintomatología del paciente.

Un reciente estudio realizado en Brasil con 1.385 pacientes, recogió la presencia de dolores referidos al aparato locomotor de origen visceral en un 78% de los pacientes atendidos, porcentaje y número altamente significativos¹⁶, en el cual, seguramente que habría pacientes con estreñimiento y dolor lumbar.

Jorgensen determinó que el 72% de los pacientes con dolor abdominal crónico también tenían lumbalgia. Además, el 50 % tenían síntomas de síndrome de intestino irritable¹⁷, cuyas variantes incluyen el síndrome del intestino irritable (SII) con predominio de diarrea y con predominio de estreñimiento (SSI-C). Está aceptada la inclusión de esta variante (SSI-C) como patología dentro del estreñimiento¹⁸. Korr señaló, como fuente posible de hiperactividad nociceptiva a nivel medular generando una disfunción somática vertebral, al sistema visceral, generando un estado de excitación simpática¹⁹. Igualmente aportó experiencia clínica estableciendo los conceptos de reflejos víscero-somáticos y reflejos somato-viscerales. El factor neurovegetativo tiene una importante repercusión sobre la disfunción somática vertebral y puede favorecer la disfunción visceral, provocando congestión, alteraciones viscerales, dificultades en el intercambio arteriovenoso y una incorrecta función neurovegetativa.

Ricard sugiere el concepto de “disfunción visceral osteopática”. La pérdida de los movimientos naturales de movilidad, motilidad y motricidad por parte de la víscera modificarán, tarde o temprano, la vascularización de la misma¹⁹. Esto puede traer consigo un daño tisular que puede ser origen de reflejos víscero-somáticos.

OBJETIVOS

Los objetivos de esta técnica son los siguientes²⁰:

- Luchar contra la ptosis del estómago.
- Provocar la estimulación del sistema circulatorio.

Evacuar las estasis sanguíneas, descongestionar.

EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA DEL ESTREÑIMIENTO FUNCIONAL

1. Cumplimiento de los criterios de Roma III y los criterios de SII con predominio de estreñimiento²¹.
2. Valores 1 y 2 en la escala Bristol de las heces del paciente.
3. Colonoscopia: examen interno del recto, colon sigmoidees y del intestino grueso empleando un sigmoidoscopio flexible. Permite realizar un diagnóstico diferencial entre síndrome de intestino irritable, obstrucción intestinal, cáncer de colon, pólipos, diverticulitis y otras enfermedades relacionadas.
4. Inspección manual de la esfera digestiva: el colon debe tener un tacto blando e indoloro²².

Beneficios/indicaciones

Entre los beneficios e indicaciones se encuentran las úlceras, gastritis, síndrome dispéptico y la hernia de hiato²⁰.

Riesgos/contraindicaciones

Por el contrario, entre los riesgos o contraindicaciones se encuentran el cáncer y la úlcera con perforación²⁰.

DESCRIPCIÓN DEL PROCEDIMIENTO

Posición del paciente: La intención es colocar al paciente en la camilla en una posición que mejore el cumplimiento de los objetivos anteriormente citados. El paciente se coloca decúbito supino en posición de Trendelenburg. La pelvis del paciente se encuentra más elevada que el corazón del paciente. Los miembros inferiores se colocan en triple flexión sobre un cojín bajo las rodillas del paciente^{3,23}.

Posición del osteópata: En bipedestación, en finta adelante en dirección caudal a la altura del tórax del paciente, modificando su posición en el lado derecho o izquierdo dependiendo de la zona a tratar²².

Contactos: La técnica se aplica en tres regiones diferentes: hipocondrio, fosa iliaca izquierda y fosa iliaca derecha. Para la primera toma de contacto sobre la región del hipocondrio, se aplican las manos de forma que los bordes cubitales de las mismas se encuentren en los bordes supero-internos de las crestas ilíacas y las ramas púbicas. Siempre hay que generar un pliegue de piel entre los bordes cubitales del osteópata y las referencias óseas. Esto permitirá profundizar en el tejido sin traccionar de la piel. El contacto debe ser firme pero no desagradable para el paciente²².

Para el segundo contacto sobre la fosa iliaca derecha, el osteópata se coloca en el lado contrario a tratar a la altura del tórax del paciente. La mano izquierda accede a la región de la fosa iliaca derecha generando un pliegue de piel hasta aproximarse a la rama del pubis derecha. Seguidamente, se bascula el contacto sobre el borde cubital de las manos y se tracciona suavemente, según la resistencia del tejido de nuestro paciente en dirección del hombro izquierdo del paciente. La mano derecha toma un pliegue de piel, idéntico al anteriormente citado en la región libre de la fosa iliaca derecha, arrastrando la piel y los tejidos en dirección de la cresta iliaca derecha basculando su contacto bajo el borde cubital de la mano y traccionando la toma hacia el hombro izquierdo del paciente, según la resistencia del tejido.

Para el tercer contacto sobre la fosa iliaca izquierda, se realizan las mismas maniobras que en el anterior contacto con las siguientes diferencias:

- El osteópata se coloca del lado derecho de la camilla.
- La mano derecha toma contacto en la fosa iliaca izquierda próximamente a la rama del pubis izquierda.
- La mano izquierda toma contacto con la fosa iliaca izquierda cerca de la cresta iliaca.
- La reducción del pliegue de tejidos se realiza hacia el hombro derecho del paciente.

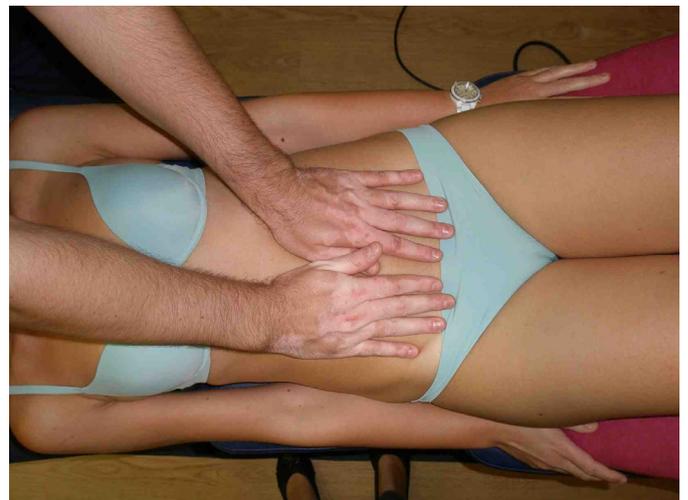


Figura 1. Posición de las manos previa reducción del contacto

Ejecución

La técnica se realiza traccionando suavemente de la masa visceral entre nuestras manos en sentido de la cabeza del paciente^{3,20,22,23} junto con una vibración intermitente acompañada de la respiración del paciente.

Durante el tiempo inspiratorio del paciente²⁴, se tracciona de la masa visceral en las diferentes direcciones terapéuticas según la región en la que esté situado el osteópata.

- Se realiza durante unos 30 ciclos respiratorios completos: 10 ciclos respiratorios más ejecución de la técnica en la región del hipocondrio.

- 10 ciclos respiratorios más ejecución en la fosa iliaca derecha.
- 10 ciclos respiratorios más ejecución de la técnica en la fosa iliaca izquierda



Figura 2. Ejecución de la técnica en la región del hipocondrio.

CONCLUSIONES

La Maniobra Hemodinámica del Abdomen moviliza los tejidos viscerales generando los efectos anteriormente citados, es aplicable en patologías como el estreñimiento funcional y puede mejorar las manifestaciones de las disfunciones viscerales sobre el sistema músculo – esquelético.

La ejecución correcta de esta maniobra terapéutica, en ausencia de contraindicaciones, permitirá mejorar la vascularización arterio-venosa, mejorar la circulación linfática y restaurar la función neurovegetativa, eliminando la sintomatología asociada.

CONFLICTOS DE INTERÉS

Los autores declaran no tener conflictos de interés asociados con esta investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Busquets L. *Las cadenas musculares* Tomo VI. Madrid: Paidotribo; 2006.
2. Barral JP. *Manipulaciones viscerales 1*. Vol. 1. Barcelona: Elsevier Masson; 2009.
3. Hebgen E. *Osteopatía visceral. Fundamentos y técnicas*. 2.^a ed. revisada. Madrid: McGraw-Hill-Panamericana; 2005.
4. Cervero F. Visceral pain - central sensitisation. *Gut* 2000; 47(Suppl IV): iv56–iv57.
5. Gershon MD. *Review article: Serotonin receptors and transporters- roles in normal and abnormal gastrointestinal motility*. *Aliment Pharmacol Ther*. 2004; 20(Suppl 7): 3-14 .

6. Eoff J, Lembo A. *Optimal Treatment of Chronic Constipation in Managed Care: Review and Roundtable Discussion*. JMCP. 2008;14(9): S3-S17.
7. Faigel DO. *A clinical approach to constipation*. Clinical Cornerstone. 2002; 4(4): 11-21.
8. Drossman D. *The Functional Gastrointestinal disorders and the Rome III process*. Gastroenterology. 2006; 130: 1377-90.
9. Parés D, Comas M, Dorcaratto D, Araujo MI, Vial M, Bohle B, et al. *Adaptation and validation of the Bristol scale stool form translated into the Spanish language among health professionals and patients*. Rev Esp Enferm Dig. 2009; 101(5): 312-6.
10. Wolcott Ch. *An atypical case of nephrolithiasis with transient remission of symptoms following spinal manipulation*. J Chiropr Med. 2010; 9: 69-72.
11. Kshirsagar A, Bansal S, Somnath S, Prabhu A, Dhulkhed V, Nikumbh D. *Acute appendicitis presenting as chest pain*. Int J Surg Case Rep. 2012; 3(4): 128-30.
12. Yochum A, Bonic E, Yochum T, Kettner N. *Giant Meckel diverticulum with enteroliths: a case report of a patient presenting with low back and episodic right lower quadrant pain*. J Chiropr Med. 2013; 12: 207-11.
13. Troyer M. *Differential diagnosis of endometriosis in a young adult woman with nonspecific low back pain*. Phys Ther. 2007; 87: 801-10.
14. Chung Ch, Stern P, Dufton J. *Urolithiasis presenting as right flank pain: a case report*. J Can Chiropr Assoc. 2013; 57(1): 69-75.
15. Cashley M. *Chiropractic care of interstitial cystitis/painful bladder syndrome associated with pelvic lumbar spine dysfunction: a case series*. J Chiropr Med. 2012; 11(4): 260-66.
16. Da Sousa, L. *Aplicación de la Osteopatía en el mundo laboral. Impacto Económico*. VII Jornadas Científicas Internacionales de Osteopatía. 2009.
17. Jorgensen LS, Fossgreen J. *Back pain and spinal pathology in patients with functional upper abdominal pain*. Scand J Gastroenterol. 1990; 25: 1235-41.
18. Korr I. *Bases fisiológicas de la osteopatía*. Madrid: Mandala Ediciones; 2003.
19. Ricard F. *Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema cardiorrespiratorio*. Tomo 1. Madrid: Panamericana; 2003.
20. Ricard F. *Tratado de Osteopatía Visceral y Medicina Interna. Sistema digestivo Tomo II*. Madrid. Panamericana; 2008.
21. Tack J, Müller-Lissner S, Stanghellini V, Boeckxstaens G, Kamm MA, Simren M, et al. *Diagnosis and treatment of chronic constipation- An European perspective*. Neurogastroenterol Motil. 2011; 23: 697-710.
22. De Coster M, Pollaris A. *Osteopatía Visceral*. Badalona: Paidotribo; 2005.
23. Garay OM. *Cambios en la presión arterial y la frecuencia cardíaca tras la aplicación de la maniobra hemodinámica global en sujetos con hipertensión arterial esencial*. Osteopatía Científica. 2006; 1(3): 81-5.
24. Chuter TA, Weissman C, Mathews DM, Starker PM. *Diaphragmatic breathing maneuvers and movement of the diaphragm after cholecystectomy*. Chest. 1990; 97: 1110-14.