

Empleo de la técnica de "manipulación vertebral" en el tratamiento de procesos dolorosos comunes de origen raquídeo dorso-lumbar en asistencia primaria especializada

Autores: Colell Mitjans, F. ⁽¹⁾; Gil Vicent, J.M^a. ⁽²⁾

1. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología en el Centro de Asistencia Primaria Especializada de Poble Nou (Barcelona). Máster en Valoración del Daño Corporal por la Universidad de Barcelona. Secretario del "Grup Barcelona de Medicina Ortopédica i Manual" (GBMOIM)

2. Especialista en Cirugía Ortopédica y Traumatología, en Rehabilitación y en Medicina Ortopédica y Manual. Responsable de la Unidad Multidisciplinaria del Aparato Locomotor (U.M.A.L.) del Centro de Asistencia Primaria Especializada de Mataró (Barcelona). Presidente del "Grup Barcelona de Medicina Ortopédica i Manual" (GBMOIM)

La elevada incidencia de algias dorso-lumbares entre la población adulta, el enorme coste socio-laboral que de ello deriva y la confusión que conlleva para el médico de Asistencia Primaria el manejar conceptos como lumbalgia, dorso-lumbalgia, lumbociatalgia, síndrome facetario, desarreglo intervertebral menor, fibromialgia, etc.; unido a lo laborioso y lo económicamente gravoso de las exploraciones complementarias que se solicitan en la actualidad de manera casi rutinaria en este nivel de asistencia, nos animó a alcanzar, a través del conocimiento y la práctica adquiridos en Medicina Ortopédica y Manual, el tratamiento de muchos de estos "dolores comunes" con el empleo de técnicas de Manipulación Vertebral.

Llegados a este punto, quisimos valorar de la manera más objetiva posible la eficacia y bondad de esta práctica, así como sus posibles inconvenientes. Y para ello, nada mejor que buscar una patología frecuente en la población adulta en fase laboral activa, que no exigiera técnicas complicadas para un único tratamiento y que no tuviera dificultades para acudir a la posterior o posteriores visitas de control. Esta fue la razón por la que se eligieron los casos con dolor raquídeo dorso-lumbar.

Para ello, a lo largo del período comprendido entre los meses de septiembre de 2001 y Julio de 2002 se reclutaron en el ámbito de la Medicina Pública, concretamente en dos Centros de Asistencia Primaria Especializada, ubicados en Pueblo Nuevo y Mataró, localidades industriales próximas a Barcelona, un total de 328 pacientes de ambos sexos, seleccionados tras un diagnóstico alcanzado a partir de la anamnesis y una detallada exploración clínica, ajustándose los pacientes elegidos a unos criterios de inclusión con arreglo al protocolo que regula en Medicina Ortopédica y Manual la aplicación de estas técnicas ⁽¹⁾.

Aunque sólo se trataba de un trabajo de prospección simple, de carácter meramente observacional, lejos de un meta-análisis comparativo con grupos poblacionales testigo o sometidos a tratamientos clásicos o con tratamiento placebo, se tomaron en cuenta todos los detalles para que los resultados de ambos centros fueran superponibles, como:

- * Criterio unificado de selección de pacientes
- * Mismo protocolo de exploración
- * Mismo criterio en la indicación de tratamiento
- * Misma técnica de realización en las manipulaciones aplicadas
- * Mismo criterio en la valoración de resultado

Incluso se buscó la máxima similitud en los espacios físicos y en las instalaciones donde los médicos ejercimos nuestras funciones: tamaño similar de la sala, misma orientación y nivel de luz ambiente, misma situación de la mesa de despacho, puerta de entrada y ventanas, mismo modelo de mesa de manipulaciones y mismo número de personal de enfermería.

Se estandarizaron entre ambas consultas y su personal los criterios protocolarios de manera que:

- * Su aplicación fuera fácil.
- * Los límites en grupos de inclusión fueran reducidos.
- * Las maniobras básicas a emplear en la exploración manual fueran las mismas y con idéntica valoración.
- * La indicación fuera siempre ajustada a criterio común.
- * Las técnicas de manipulación a emplear fueran similares para cada caso en diferentes manos.
- * Y que los criterios de evaluación de resultados fueran fáciles de aplicar y objetivos en su valoración.

Material

El material de estudio lo constituyeron, de entrada, un total de 328 pacientes, de los que sólo resultaron válidos en la valoración de resultados 289, al no acudir el resto a la primera visita de control post-tratamiento.

La opinión de los autores al respecto de tales deserciones, es que podía tratarse, en la mayoría de estos casos, de pacientes que no se encontraban en situación de baja laboral por causa de su dolencia o que se tratara de trabajadores autónomos y que un porcentaje alto de los mismos, al ver solucionado su problema puntual con este tratamiento, ya no tuvieron interés en seguir colaborando con el estudio, a pesar de la cita y de la recomendación de hacerlo. Pero esta opinión no deja de ser más que una conjetura y no debe tener ningún valor para el estudio.

Los 289 pacientes controlados y valorados, se distribuían por sexos en:

- * 162 varones
- * 127 mujeres

todos ellos individuos adultos situados entre los 22 y los 52 años, con una media de edad de 36,7 años.

Tanto el motivo de consulta como la clínica común para incluirlos en el estudio eran DORSO-LUMBALGIAS con evolución inferior a los 3 meses, con presunción diagnóstica basada en la propia anamnesis o en datos de seguimiento de su Historia Clínica y con las siguientes características:

- * Dorso-lumbalgias fijas o irradiadas.
- * Solas o acompañadas de contractura de isquiotibiales y/o de aductores.
- * Las irradiadas, con irradiación ciática o metamérica abdominal.

Criterios de inclusión

De acuerdo a protocolo, se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que presentaban sintomatología de afectación dolorosa dorso-lumbar, descartando aquellos que, con signos clínicos claros, evidenciaran patología neurológica de tipo compresivo por cualquier etiología.

Así pues, los pacientes incluidos en esta serie presentaban las siguientes características:

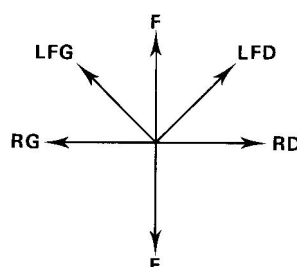
- 1- Edad comprendida entre 22 y 52 años
- 2- Evolución inferior a tres meses de su cuadro doloroso
- 3-Tratamientos previos: Que hubieran recibido tratamientos previos (farmacológicos, fisioterápicos u ortopédicos) o no.
- 4- Procedencia: Primeras visitas remitidas por el médico de familia Primeras visitas derivadas de atención previa en Servicios de Urgencia de Centros Hospitalarios de la Red Pública Hospitalaria de Cataluña. Segundas visitas del propio Servicio que, cumpliendo los requisitos anteriores, presentaran la patología motivo del estudio.
- 5- Estudio radiológico normal en cuanto a morfología, estructura y densidad ósea vertebral o con signos patológicos anodinos o no significativos (signos degenerativos crono-fisiológicos y presencia o no de rectificación o aumento de las curvas fisiológicas).
- 6- Clínica de dorso-lumbalgia o lumbalgia acompañada de uno o varios de los siguientes signos o síntomas clínicos:

- * Irradiación ciática corta
- * Dolor lumbar a la presión o movilización del segmento lumbar
- * Dolor en sacro ilíacas
- * Latero-flexión dorsal pura dolorosa con dolor lumbar referido
- * Dolor dorsal a la exploración manual en los segmentos D4-D7 o D11-L1
- * Presencia de áreas correspondientes de teno-célulo-mialgia unilaterales
- * Punto de cresta doloroso en el lado afecto
- * Dolor a la elevación de la pierna a más de 80° (falso signo de Lassegue)
- * Limitación a la flexión de caderas.

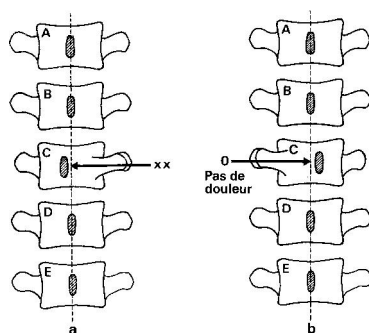
Metodología

Seleccionado el paciente y cumplidos los criterios de inclusión en el estudio, se procedió a la exploración clínica, para lo que adoptamos en su momento un criterio común de "exploración sistematizada" basado en la metódica exploratoria expuesta por el Prof. Robert Maigne ⁽²⁰⁾ en su obra "Diagnóstico y tratamiento de los dolores comunes de origen raquídeo".

1. Inspección postural, buscando posiciones antiálgicas.
2. Examen de la movilidad de la región vertebral dolorosa (flexión, extensión, latero-flexiones y rotaciones) con anotación gráfica de los datos obtenidos en el "Esquema en Estrella" de Maigne y Lessage ⁽²⁰⁾.

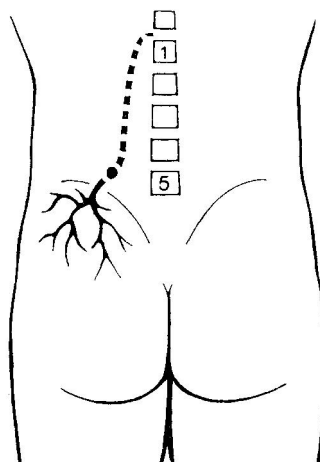


3. Examen segmentario: Presión axial sobre espinosas, presión lateral, presión contrariada, búsqueda del nivel y de la articulación en disfunción (DDIM) ⁽⁴⁾, exploración del ligamento inter-espinoso y localización del dolor articular posterior con el paciente sentado y en decúbito, descartando con ello las posibles causas de error.



4. Examen de los nervios raquídeos torácicos en el trayecto de sus ramas anteriores y posteriores, siguiendo para ello la topografía cutánea, el estudio de los músculos (que en la zona dorsal son difíciles de examinar) y los reflejos.

5. Identificación y valoración de las manifestaciones sintomáticas a distancia (segmentarias y extra-segmentarias) propias del "Síndrome neurotrófico vertebral de Maigne" ⁽²⁰⁾, valorando la presencia de áreas de celulalgia en raquis torácico superior, medio e inferior y en la zona dependiente de la charnela dorso-lumbar. Así mismo valoramos la presencia de cordones miálgicos y dolores teno-periósticos.



Esta misma rutina exploratoria la repetimos en la región del raquis lumbar, con lo que ayudamos a localizar, de manera relativamente sencilla y rápida, el origen de los dolores.

También resulta muy útil para esta valoración la sistemática exploratoria que preconiza el Dr. M.J. Teyssandier ⁽²⁸⁾ de la movilidad tóraco-lumbo-pélvica, en su obra "La exploración clínica programada del raquis".

Una vez realizada la exploración y siempre que no lo aportase el paciente, recurrimos a solicitar y valorar el estudio radiológico, con lo que ya disponíamos de elementos de estudio suficientes para considerar el caso tributario o no de tratamiento con manipulación vertebral.

Si resultaba así, pasamos a informar al paciente de manera concisa y clara de su patología, diagnóstico, evolución probable y posibilidades de tratamiento, entre las que destacamos el tratamiento con manipulación.

Muchos pacientes ya tenían conocimiento o referencias de estas técnicas como "tratamientos de tipo natural" y de uso frecuente en otros países, por lo que, una vez expuestas las ventajas, inconvenientes y posibles complicaciones del tratamiento con manipulación vertebral, no resultó difícil recabar su consentimiento informado previo para su inclusión en el grupo de estudio.

Tratamiento con manipulación.

Se estandarizó el tipo de manipulación a efectuar en todos los pacientes según esta pauta:

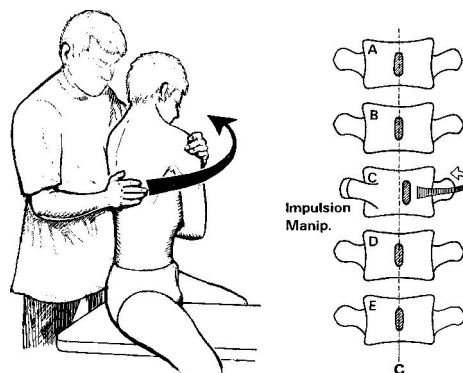
A) Manipulación en tracción-extensión del segmento D4 -D8 con el paciente sentado o en decúbito supino para los casos de dorsalgia media pura.

B) Manipulación en extensión en charnela dorso-lumbar con el paciente en decúbito supino para los casos de síndrome doloroso de la charnela dorso-lumbar, comprobando de inmediato si había mejoría en la flexión de la cadera, en el dolor a la elevación de la pierna (falso Lassegue), en el dolor en punto de cresta ilíaca y desaparición o mejoría en de las áreas de dermalgia refleja, cordones musculares o en puntos de dolor teno-perióstico.

C) Manipulación dorso-lumbar en tracción-rotación con el tronco en cifosis y con el paciente sentado, cuando no se podía efectuar la técnica anterior o ante la persistencia de dolor de irradiación ciática tras la maniobra anterior.

D) Manipulación lumbar en tracción-torsión bilateral, en los casos de lumbalgia baja con irradiación ciática bilateral.

**Todo ello en una sola sesión de tratamiento.



Tratamientos concomitantes

Durante todo el proceso de estudio procuramos evitar todo tratamiento concomitante de tipo físico (rehabilitación, fisioterapia, masajes, acupuntura, etc.) por cuanto de influencia pudieran tener en el mismo campo físico de la manipulación vertebral, lo que habría podido falsear los resultados.

Sin embargo, no pudimos evitar, por la severidad del dolor inicial o el temor fundado a la aparición de reacciones algidas severas post-manipulación, la prescripción puntual de dos tipos de medicamentos en un grupo reducido de pacientes (42 en total), con las siguientes pautas:

a) AINES solos o asociados a un miorelajante nocturno, de 3 a 5 días, en 19 pacientes

b) Relajante muscular nocturno, de 3 a 5 noches, en 23 pacientes

A todos ellos se les dio la recomendación expresa de seguir dicho tratamiento sólo en caso de considerarlo necesario por la severidad del dolor o por las molestias derivadas de alguna reacción post-manipulación expresa.

Sólo 28 de estos 42 pacientes hicieron uso del tratamiento farmacológico, y de acuerdo a protocolo fueron eliminados del estudio en la fase de despistaje que tuvo lugar en la primera visita de control.

Desconocemos, por otra parte, si alguno de los pacientes que no acudieron a control y que por lo tanto entran en el grupo de deserciones, hizo uso de la medicación, lo que hubiera aumentado este grupo que siguió tratamiento medicamentoso.

Controles de valoración

El mismo día del tratamiento se le entregó a cada paciente una tarjeta de "cita médica" con 4 fechas de revisión correspondientes a la 1ª, 2ª, 3ª y 4ª semanas después del tratamiento.

A la 1ª visita de control debían acudir todos los pacientes tratados y en la misma se procedió al despistaje de los casos de abandono o deserción del estudio (significados por las ausencias) y de los casos que habían tenido que recurrir al tratamiento farmacológico (invalidados por ello para el cómputo de resultados del estudio)

A las visitas sucesivas debían acudir aquellos pacientes en los que en el control anterior todavía persistía alguna sintomatología dolorosa.

Los pacientes asintomáticos en la 1ª visita de control fueron considerados de mejoría inmediata y resultado excelente.

Los pacientes asintomáticos en la 2ª y 3ª visitas de control se consideraron como resultado bueno y bueno-diferido respectivamente.

Los pacientes asintomáticos en la 4ª visita de control, como casos de resultado regular.

Finalmente, aquellos que no presentaban mejoría en la 4ª visita de control, se consideraron como malos resultados o fracaso del tratamiento.

Sólo se produjeron abandonos en la visita del primer control, observándose un estricto cumplimiento por parte de los pacientes en los controles restantes.

Resultados

Los datos obtenidos del estudio en cuanto a reclutamiento y despistaje, fueron los siguientes:

Pacientes reclutados para el estudio	328
Abandonos	39
Rechazados por defecto de forma (medicación concomitante)	28
Número de individuos válidos para valoración de resultados.....	261

Resultados de 261 casos

Los resultados obtenidos por selección en los cuatro controles realizados después del tratamiento fueron los siguientes.

Nº de casos con resultado

Excelente	175 (67%)
Bueno	34 (13%)
Bueno-diferido	13 (5%)
Regular	5 (2%)
Nulo o malo	34 (13%)

Los resultados fueron los siguientes: se constató una mejoría total con un EVA 0 en la primera visita en el 67% (175/261), en segunda visita 13% (34/261), y en la tercera visita 5% (13/261).

Los pacientes que refirieron persistencia del dolor (EVA ≥ 1) sumaron el 15% (39/261) de los cuales 5 pacientes tenían sólo dolor leve (EVA 1-3).

IC de los porcentajes de mejoría (EVA < 3) y curación total (EVA 0): 0.748-0.844 y 0.802-0.888, respectivamente. Estos IC avalan la robustez de los resultados de mejoría en la población estudio con una probabilidad de mejoría total con un máximo de 3 sesiones entre el 80 y 88%.

Primera Visita	PACIENTES 261	EVA > 5	100%
Segunda Visita		EVA = 0	175 -----67%
Tercera Visita		EVA = 0	34 -----13%
Cuarta Visita		EVA = 0	13 -----5%
		EVA >< 3	39 -----15%

Comentario

La bondad práctica clínica que reflejan los resultados de nuestra experiencia, con un resultado final superior al 80% entre casos excelentes y buenos frente al 13% de resultados nulos, no puede ser más esperanzadora. Si sumamos los casos buenos-diferidos podemos decir que casi un 70% de los casos obtuvieron una resolución de la sintomatología prácticamente instantánea con un solo tratamiento.

Sería lógico considerar, y los trabajos de los autores consultados así parecen confirmarlo, que muchos de los casos considerados como buenos-diferidos o incluso los regulares, habrían mejorado antes si se hubiera producido una nueva sesión de tratamiento repitiendo el gesto de la manipulación en los días siguientes al primero o en la 2ª semana, lo que por otra parte entra de lleno dentro de las pautas de tratamiento preconizadas en los diferentes tratados de Medicina Manual. Pero ello, sin duda, le hubiera restado rigor al ensayo.

Se trata sólo, como indicamos al principio, de una constatación de datos referidos a un tratamiento manual con indicación precisa de aplicación en casos de patología benigna. Pero es que esta patología, en localización dorso-lumbar o en otras localizaciones de la columna vertebral, representa en nuestro ámbito sanitario más del 65% de los motivos de consulta en Medicina Primaria por problemas del aparato locomotor. Por ello, desde la contemplación de estos resultados del ensayo, en el GBMOIM nos animamos a seguir por este camino y nos constituimos en decididos

defensores del conocimiento del "Método Maigne" y de su divulgación, así como del aprovechamiento de las posibilidades terapéuticas que ofrece la Medicina Ortopédica y Manual para el tratamiento del dolor común de origen vertebral.

Divulgar el método, entrenar médicos y promover la indicación y uso de técnicas relativamente sencillas, poco peligrosas cuando se utilizan con criterios bien definidos conforme a protocolo y bajo supervisión de facultativos expertos, permitiría que médicos no súper-especializados pudieran aplicarlas muy bien en un primer nivel asistencial resolviendo buena parte de una patología que, hoy por hoy, representa un problema sanitario social de considerable envergadura.

Así, el conocimiento de la Medicina Ortopédica Manual y la aplicación acertada de sus técnicas permitirían además al médico afrontar problemas dolorosos del aparato locomotor derivados no sólo de patología benigna común, sino también de tipo deportivo y además aplicarlas también en el entorno de la prevención y riesgo de muchas lesiones laborales, lo que redundaría en un claro beneficio para el paciente, en su grado de actividad laboral y en una reducción evidente del gasto social y sanitario.

En suma, la Medicina Ortopédica y Manual es una disciplina "diagnóstico-terapéutica" de bajo coste en su aplicación y sobresaliente en sus resultados que dignificaría aún más la labor del médico asistencial en Medicina Primaria y sobre todo en Medicina Primaria Especializada.

Agradecimientos

A la Dra. M^a Del Rio Holgado por su dedicación en la corrección del original, la confección del abstract y del tratamiento estadístico de los datos.

Al Dr. Jorge Echevarría Martín por su estímulo y colaboración para la puesta al día y divulgación de esta experiencia en trabajo clínico.

Barcelona 03/04/2017

Bibliografía

1. Berlinson, G. "Précis de médecine osteopathique rachidienne" (vols. I, II, III.) Vigot-maloine. París, 1989, 1990 y 1991.
2. Berlinson, G. "Etude biomécanique de la manipulation en déroulement thoracique" rev. med. orthop. 1999; 59: pág. 12-22.
3. Desouter, B. "Les manipulations articulaires du rachis" Maloine edit. París, 1988.
4. Dolto, b. "Le corps entre les mains" Hermann. París, 1976.
5. Gourjon, A. - Luvin, P. "le syndrome cellulo-téno-myalgique de maigne" rev. cinésiologie, 1975; 58: pág. 60-64.
6. Greenman, P. E. "principios y práctica de la medicina manual" Panamericana. Madrid, 1998.
7. Grieve, G. P. "modern manual therapy of the vertebral column" Churchill Livingstone. New York, 1986.
8. Heimann, D. "leitfaden manuelle therapie" Hurban & Fischer verlag. Múnich jena, 2001.
9. Herisson, C. "les manipulations vertebrales" Masson. París, 1994.
10. Hernández Conesa, S. "exploración clínica del aparato locomotor en medicina ortopédica" edit. Científico médica. Brcelona, 1980.

11. Hernández Conesa, S "a visual aid to the examination of nerve roots" Baillière-Tindall. London, 1976.
12. Hoppenfeld, S. "exploración física de la columna vertebral y las extremidades" el manual moderno, s. a. México, 1979.
13. Huguenin, F. "medicina ortopédica y manual. diagnóstico". Masson. París-Barcelona, 1994.
14. Le Corre, F. "traitements non médicamenteux des douleurs vertébrales de L'adulte" Maloine. París, 1986.
15. Maigne, J. I. "soulager le mal de dos" Masson. París, 2002.
16. Maigne, R. "la vertebrotherapie par manipulations. Therapeutique diferente" Maloine. París, 1984.
17. Maigne, R. "manipulaciones de la columna vertebral y extremidades" Norma. Madrid, 1986.
18. Maigne, R. "diagnostic et traitement des douleurs communes d'origine rachidienne" Expansion scientifique française. París, 1989.
19. Maigne, R. "sémiologie des dérangements intervertébraux mineurs" An. med. phys. 1972; 15: pág. 277 - 289.
- 20.** Maigne R. "Método Maigne". Editorial Alas, colección GBMOIM. Barcelona. 2003
21. Maigne, R. "low back pain of thoracolumbar origin" arch. phys. med. rehabil. 1980; 61: pág. 389 - 395.
22. Maitland, G. D. "vertebral manipulation" butterworth. london, 1977.
23. Mennell, J. B. "the science and art of joint manipulation" j & a churchill. london, 1952.
24. Ombregt, I. et als. "a system of orthopaedic medicine" saunders. london, 1995.
25. Orgeret, G. "thérapie manuelle du rachis" masson. parís, 1994.
26. Piganiol, G. "les manipulations vertébrales" gemabfc. parís, 1987.
27. Teyssandier, M. J. "a propósito de la manipulación vertebral" masson. parís, 1995.
28. Teyssandier, M. J. "introducción a la exploración clínica programada del raquis" masson. parís, 1996.