

“CURSO DE POSGRADO OSTEOPATÍA CÓRDOBA”

Segundo ciclo:

“FORMACIÓN ESPECIALIZADA EN CLÍNICA OSTEOPÁTICA”

“CERVICALGIAS Y CEFALEAS DESDE UN ABORDAJE OSTEOPÁTICO”



Docente a cargo: Giacometti, Clorinda.

Integrantes: Barchiesi, Lautaro.

Corzo, Andrea.

Suarez Agüero, Esteban Luciano.

Córdoba, Agosto de 2023.

Resumen

El objetivo del siguiente artículo es analizar, comprender y reflexionar sobre las “Cervicalgias y Cefaleas” desde un abordaje Osteopático. Para ello se realizó el seguimiento de 3 pacientes, los cuales fueron seleccionados por compartir la misma sintomatología pero de intensidades, aparición y remisión diversas. A cada uno de ellos se les realizó 2 sesiones con una diferencia de días entre sesiones no menor a 15 días. Cada paciente fue evaluado con las mismas técnicas y se permitió que el terapeuta de cada caso eligiera las técnicas de tratamiento que considero la más adecuada desde el abordaje holístico que propone la osteopatía, esta apertura de posibilidades en los criterios será sobre lo que reflexionaremos en base a los resultados obtenidos considerando a las cervicalgias y cefaleas como un síndrome multifactorial. Se utilizó un modelo de ficha para que el paciente exprese su consentimiento, una ficha de historia clínica donde se tomarán los datos más relevantes para la comparativa de los casos, una ficha cuestionario de Calidad de Vida Relacionada a la Salud según la Organización Mundial de la Salud, que cumple criterios psicométricos de calidad (fiabilidad y validez). El criterio para valorar la efectividad del tratamiento está dado en base a la mejoría que refieren los pacientes respecto a su sintomatología.

Palabras claves: Abordaje - Osteopatía - Cervicalgias y cefaleas - diagnóstico - tratamiento.

Introducción

En el siguiente trabajo establecemos un abordaje osteopático, enmarcado en la especialización en Osteopatía, dictada por FOTEM (Fundación Osteopática y de Terapias Manuales) centrándonos en el paradigma de la “Complejidad” el cual intenta entender y explicar la realidad a partir de la “teoría general de sistemas”. (Ludwing Von Bertalanffy en Casal, 2020.)

Un paradigma es un modelo cultural, una forma de entender la realidad, y nos permitirá realizar una elección acerca de lo que según nuestro enfoque, consideramos importante a la hora de explicar un tema.

El paradigma de la complejidad se basa en algunos principios muy semejantes a los desarrollados por Andrew Taylor Still (1830-1917) , el mismo intenta explicar el concepto de globalidad, la interacción continua de los distintos sistemas, la influencia de la naturaleza en todos nuestros procesos y la importancia de entender al ser como un todo con componentes bio-psico-social. Comprender el desarrollo humano como un proceso (de maduración física, emotiva y mental que pasa por diferentes estadios) ha de ayudar al osteópata a situar las lesiones, patologías o alteraciones de la salud en un contexto.

(...) “El concepto de globalidad en osteopatía se basa en los principios de la complejidad, las leyes del pensamiento sistémico. Ésto lo podemos ver en algunas frases que nos pueden resultar familiares como: «El todo es más que la suma de las partes»”. (Casal, 2020).

Sobre este modelo holístico intentaremos expresar en nuestro trabajo el objetivo propuesto; analizar los distintos abordajes osteopáticos para un síndrome: “Cervicalgias y cefaleas”.

¿Qué es la Osteopatía?

“La Osteopatía es una filosofía de medicina (curativa) que posee un sistema complejo de terapias. El tratamiento está basado sobre todas las condiciones anormales del cuerpo, sobre las leyes naturales y los principios vitales que rigen la vida. Es decir, el ajuste de todas las fuerzas vitales del

cuerpo, ya sean físicas, químicas o mentales” (Downing en Ricard & Sallé, 2014, P. 5)

Esta filosofía se basa en 4 principios:

- “La estructura gobierna la función”: por estructura se entiende cualquier parte del cuerpo, músculos, fascias, huesos, vísceras, glándulas, etc, las mismas están en conexión como un todo integrado. La función es la actividad que desarrollan cada una de estas estructuras; bajo esta mirada la enfermedad no podrá desarrollar si la estructura está en armonía.

- “La unidad del cuerpo”: Still encuentra esta interrelación de toda nuestra estructura a partir del sistema miofascial esquelético, que nos permite comprender por ejemplo, como una alteración en el raquis cervical pueda ser como consecuencia de una mala pisada.

- “Autocuración”: desde este abordaje, se considera que el cuerpo tiene la capacidad de autocurarse, siempre y cuando sus medios funcionen correctamente, es decir, que no existan interferencias en los trayectos nerviosos, vasculares, linfáticos, cuyo fin es mantener la correcta nutrición de las células al igual que eliminar los productos de desechos.

- “La ley de la arteria es absoluta”: Si el transporte de la sangre se ve afectado por estrechez o alguna alteración que se interponga, las estructuras que dependen de esa nutrición se verán afectadas, por lo cual su función cambiará, estableciendo un desequilibrio en la homeostasis, estresando a nuestros sistemas. La enfermedad siempre se desarrolla sobre un órgano debilitado, siendo su principal causa una alteración vascular. (Ricard & Sallé, 2014.)

El carácter integral y la interrelación de los sistemas complejos están mediados entre otras estructuras de nuestro cuerpo, por la fascia, la cual cumple un papel fundamental en la fisiología humana.

“Las fascias constituyen una serie tisular ininterrumpida que va desde la cabeza a los pies y del exterior al interior. En ningún momento encontramos

interrupción de la fascia, únicamente toma relevo en las estructuras óseas para desempeñar perfectamente su papel” (Paoletti, 2004 P. 11).

Es entendible de esta manera que una alteración en un sistema integrador tan importante como el fascial tenga injerencia en la salud.

“(…) no es posible mantener un cuerpo saludable sin que exista un sistema fascial saludable. Este sistema debiera encontrarse en un equilibrio funcional para asegurarle al cuerpo el desenvolvimiento óptimo en sus tareas. La presencia de restricciones del sistema fascial y de su estructura interna crea «incomodidades» que interfieren con el desenvolvimiento funcional apropiado de todos los sistemas corporales. El sistema fascial puede encontrarse en una excesiva tensión o puede estar demasiado distendido; en ambas situaciones, la función corporal queda afectada”. (Pilat, 2003 P. 16).

La fascia es un tejido que está altamente vascularizado e innervado por lo cual es entendible que un cambio en su estructura y función provoque un estancamiento en las señales nerviosas y en el correcto flujo sanguíneo y como consecuencia, alteraciones funcionales locales y a distancia; “el sistema fascial presenta una rica vascularización; las venas desaguan en las venas del tejido subcutáneo. En este sistema se observan asimismo vasos linfáticos y nervios, que son ramificaciones de los nervios que inervan los músculos adyacentes”. (Pilat, 2003 P. 22).

Siguiendo el carácter integral de nuestro abordaje, debemos mencionar también al Sistema nervioso como estructura preponderante a la hora de la evaluación y el tratamiento de trastornos cervicales. Shacklock Michael en su libro “Clínica neurodinámica: un nuevo sistema en el tratamiento musculoesquelético” 2006 ; hace referencia a la importancia integral que tiene el correcto funcionamiento de las estructuras neurales y establece la relación de estas con las demás estructuras del aparato locomotor. En su libro menciona a Grive (1970) como uno de los precursores en el trabajo de investigación sobre la sensibilidad de los tejidos neurales como factor clave a la hora de la producción de síntomas en el sistema músculo esquelético. (Shacklock Michael, 2007)

En el tratamiento kinesiológico tradicional el enfoque es alopático, se centra solo en la localización del síntoma, en cambio, por lo expuesto con anterioridad, queda claro que las estructuras que intervienen en el funcionamiento de nuestro organismo tienen un carácter más sistémico y de continuidad de estructuras que se interrelacionan en forma constante. Es por ello que el enfoque osteopático, nos brinda una mejor comprensión de estos sistemas integrados a la hora de la evaluación, diagnóstico y tratamiento.

Relaciones anatomo funcionales del cuello.

La región del cuello posee estructuras musculares, fasciales, vasculares y neurales muy importantes a la hora de valorar la sintomatología de estudio en este trabajo: Cervicalgias y Cefaleas, por lo cual se describe una relación anatomo-funcional de la región, estableciendo las conexiones a distancia desde un modo empírico.

Si nos ubicamos en la región anterior del cuello desde una descripción aponeurótica, encontramos la Aponeurosis Cervical Profunda, la cual recubre a los músculos prevertebrales y los escalenos.

(...)“Esta aponeurosis presenta lateralmente una lámina fibrosa que engloba las ramas anteriores de los nervios raquídeos, desde su emergencia de la columna vertebral, por lo tanto hay que pensar en la aponeurosis prevertebral cuando hay problemas de neuralgias cervicobraquiales de expresión motriz en ausencia de hernia discal” (Ricard 2008, P. 24).

A este nivel no podemos olvidarnos la estrecha relación de los escalenos medio y anterior con estructuras nobles de importancia clínica: Arteria Subclavia, que vasculariza el miembro superior, el Nervio Frenico que inerva el diafragma, y el Nervio Subclavicular. Estos músculos se insertan en la primera costilla y por su relación biomecánica con la clavícula están en estrecha relación para su correcto funcionamiento.

“El equilibrio y la movilidad de la clavícula viene dado por el estado de tensión del músculo subclavio: Una lesión fascial a este nivel, podría ser el

origen de la inhibición de este músculo que autoriza entonces, lesión de la clavícula” (Ricard, 2008. P.24).

“El músculo Subclavio recibe filetes nerviosos de 5° y 6° niveles cervicales que se anastomosan con el Nervio Frénico, cualquier irritación del este nervio puede dar origen a disfunciones viscerales, como pulmón, hígado, vesícula biliar o peritoneo”. (Carrion, 2022. P.21).

En el artículo de la revista de investigación osteopática (EOBA) que han tratado el tema acerca de los “Efectos de la maniobra de inhibición fascial del diafragma sobre la columna cervical en pacientes con cervicalgia inespecífica”, en el mismo hace referencia a la inervación motora y sensitiva que tiene el diafragma, con orígenes en las raíces nerviosas de C3-C4 (columna cervical), por lo cual una alteración en este músculo puede provocar una lesión por adaptación a estos niveles cervicales y viceversa.

“En el grupo de tratamiento hubo un aumento general del 16,1% del rango articular, por lo que aplicar la maniobra descrita, trae resultados beneficiosos”. (Del Marmol Matias 2023, Vol. 3, No.1, P.26).

Mediante estos razonamientos fisiológicos podemos comprender que una alteración de una estructura no necesariamente deba ser analizada como una disfunción en sí misma, si no como resultado de tensiones a distancia. Bajo esta concepción debemos establecer mediante nuestro diagnóstico, si el dolor es intrínseco, es decir, por una estructura anatómica del cuello o extrínseco, un dolor referido provocado por una estructura a distancia, pudiendo ser en este último caso una estructura visceral, mediado por los reflejos viscerosomáticos.

Cervicalgia

Los dolores en la columna vertebral y más precisamente en la columna cervical es una de las causas más frecuentes en las consultas en centros kinesiológicos. La Cervicalgia se puede definir en términos sencillos como el dolor en la columna cervical, el mismo puede involucrar una o varias estructuras neurovasculares, musculoesqueléticas, y se puede asociar a sintomatología o no hacia los miembros superiores (braquialgias) o hacia la cabeza (cefaleas).

En la medicina tradicional, muchas cervicalgias son asociadas a alteraciones mecánicas, sin embargo desde un punto de vista integral y holístico sabemos que el factor psicosomático tiene una gran relevancia. En la actualidad las teorías que intentan explicar este fenómeno se centran en el aspecto multifactorial, es decir, sugieren la existencia de un estilo emocional negativo, definido por el predominio de un complejo de variables emocionales, como la ansiedad, la depresión, que podría estar implicado en el desarrollo de múltiples trastornos físicos.

Una de las teorías "(...)" es la conocida como "Teoría de la Especificidad de Respuesta Psicosomática". Rivera y Revuelta (1944), Carballo (1905-1944) consideraban necesarias ciertas características psicológicas en un individuo para la aparición de una determinada enfermedad; es decir, independientemente del factor estresante, el paciente estaría predispuesto a enfermar en cierta parte de su cuerpo, que se considera el "eslabón más débil" de su sistema funcional orgánico. Gábor (1891-1964) destacó la participación del conflicto psicodinámico en el desarrollo de las características de personalidad específicas de patologías. (González de Rivera 1991, en Garcia Ramirez 2019, P. 17)".

Esta heterogeneidad en las posibilidades, nos hace pensar que lo más importante es establecer un diagnóstico preciso para abordar de manera efectiva esta patología.

-Cefaleas.

Por otro lado, las cefaleas se definen como el dolor de cabeza de forma recurrente, siendo un trastorno común que involucra una afectación del sistema nervioso (OMS). Al igual que la cervicalgia es habitual la consulta neurológica por esta patología, 90% de los adultos refieren haber sufrido alguna vez episodios de cefaleas en algún momento y de ellos el 50% o 60% sufre cefaleas con una periodicidad variable. Es imprescindible clasificarlas en cefaleas primarias, donde es una enfermedad en sí misma, y la secundaria en la cual la

cefalea es consecuencia de otra enfermedad o afección. (Rodríguez Violante, Vargas Cañas, Calleja y Zermeño Pöhls, 2009.)

-Objetivo de este trabajo.

El objetivo propuesto por el presente trabajo es analizar, comprender y reflexionar acerca de las distintas variantes que proporciona el abordaje osteopático para la evaluación y el tratamiento de las Cervicalgias y Cefaleas como cuadro clínico, valorando su efectividad en la disminución o desaparición de la sintomatología.

Bajo esta premisa no se establecieron restricciones a la hora de los distintos abordajes por parte de los 3 terapeutas, donde cada uno pudo aplicar sus conocimientos, sumado a la experiencia intuitiva, emocional y empática con su paciente. Es de interés este trabajo poder comparar los resultados obtenidos, desde el abordaje integral que cada uno fue construyendo en base al tratamiento osteopático. Los 3 casos son abordados de manera individual, con los métodos evaluativos generales, y en base a esos datos se establecieron técnicas específicas con el objetivo de restituir la función perdida a partir de la hipomovilidad, mejorar la homeostasis, movilizar fluidos (linfa, sangre, L.C.R), base de un tratamiento osteopático.

Por la dinámica propia del ser humano, los test evaluativos en algunos de los 3 casos se modificaron por lo cual el abordaje y las elecciones de las técnicas fueron cambiando.

Materiales y métodos

Sobre la elección de los pacientes:

Los criterios para la selección de los 3 pacientes estuvieron centrados en la sintomatología, es decir que los pacientes compartían el cuadro clínico de “cervicalgia y cefalea”. No fue excluyente la edad, sexo, profesión, o algún antecedente traumático previo.

Presentación de los casos clínicos:

-Caso N°1: Paciente “A” sexo femenino, 44 años de edad, C.P.N (Contadora Pública Nacional) y Docente de nivel secundario, 2 hijos, ambos partos por cesarea. Los antecedentes más relevantes: Colon Irritable, Úlcera gástrica erosiva crónica, Útero en retroversión, latigazo cervical traumático por accidente automovilístico. Las cervicalgias y cefaleas se presentan con una predisposición muy marcada días antes de su periodo y próximo a su ciclo de ovulación. Los dolores son bastante puntuales y localizados, en zona suboccipital y retroocular (a predominio izquierda). No realiza ninguna actividad deportiva. Trabaja desde el celular y con la computadora realizando trabajos prácticos y actividades, y corrige prácticos y exámenes de distintos años.

Vista posterior



Vista anterior



Vista lateral derecha



Vista lateral izquierda



-Caso N°2: Paciente B: Sexo femenino, 24 años, psicóloga. Como antecedente más importante se puede nombrar que le realizaron una hemitiroidectomía derecha en el 2017. Presenta dolores cervicales y cefaleas, estos suelen ser posteriores a cargas laborales intensas, el dolor es más punzante cuando es agudo, si no es más vale constante pero leve y se presenta con mareos y náuseas. Tiene un posicionamiento anterior de su hombro derecho. Trabaja varias horas de manera virtual, por ende el uso de computadoras es frecuente. Realiza pilates, pero de manera inconstante.

Vista posterior



Vista anterior



Vista lateral derecha



Vista lateral izquierda



-Caso N°3 -Paciente "C" sexo masculino 46 años. Empresario.Acude a la consulta por cefalea y cervicalgia aguda. Trabaja varias horas al día (14 hrs) frente a computadora y celular. Como antecedentes más relevantes le realizaron una cirugía de adenoides en el año 1987 .

El paciente realiza como actividad física diaria, caminata y yoga,no presenta hábitos tóxicos, pero si lleva una vida desordenada en tiempos de descanso y en alimentación. En la actualidad se realizaron controles clínicos, los cuales salieron normales, el diagnóstico final luego de todos los estudios fue, estrés agudo.

Vista Posterior



Vista Anterior



Vista Lateral Derecha



Vista Lateral Izquierda



Métodos utilizados para el diagnóstico:

El primer método de evaluación es el la Posturología Clínica a través del análisis de las básculas en un plano frontal que nos permitirán encontrar la posible cadena lesional y el origen de la disfunción primaria, a partir de las mismas determinaremos si el problema es ascendente (Podal; Sacro-Lumbar) o descendente (Cráneo-cervical; ATM Oclusal; Esfeno-Ocular). Luego a partir de los giros y rotaciones de las cintura pélvica y escapular podremos clasificar las Cadenas Miofasciales como dinámicas o estáticas (Nani, 2015), (Bricot, 2008).

Test de listening en bipedestación (Auscultación según Barral) en este test el paciente debe estar de pie y el fisioterapeuta por detras con una mano en la cabeza del paciente y la otra en el sacro, el procedimiento consiste en percibir y seguir la tensión fascial, valorando la zona de concavidad a partir de la cual se puede concluir que se encuentra la disfunción (Hebgen, 2005).

Test kinesiológicos “estos tienen por objetivo poner en evidencia las posiciones articulares en disfunción y las contracturas musculares asociadas pertenecientes a la cadena miotática lesional” (Nani, 2015). Un músculo contracturado que se contrae fuera de sus posibilidades fisiológicas, provoca una reacción kinesiológica de debilitamiento conjunto de los músculos posturales, y durante 3 segundos acarrea como consecuencia un desequilibrio en su articulación. Si el paciente apoya su dedo sobre esta articulación, el potencial de contracción muscular de un músculo testigo previamente fuerte, se debilita (Nahmani en Nani).

Test de escucha local en el cual el terapeuta buscará tomar contacto con la palma de su mano en la zona del ombligo (plano superficial) y valorará los movimientos de las fascias para llegar a la zona diagnóstica; “el lugar donde existe una disfunción se desarrolla un gran tensión. Las fascias se mueven hacia la zona de máxima tensión, que también es la zona diagnóstica” (Hebgen, 2005).

Test Diagnósticos:

En el caso del paciente N°1 en la primer sesión observamos que las 3 básculas fueron homolaterales dando como resultado una cadena descendente ATM oclusal, valorando vistas y rotaciones, vemos que se comporta como una cadena miofascial dinámica de cierre derecha-izquierda, sin embargo en miembro inferior derecho se comporta como una cadena miofascial estática medial.

Al Test de escucha en bipedestación la tensión es corta con inclinación sin rotación con punto de inhibición en raquis cervical derecho. En el caso del Test de escucha local, la tensión se percibe en hipocondrio derecho para luego ascender hasta región cervical izquierda.

Los 2 tests de escucha no coinciden, por lo que se toma como referencia para el inicio del tratamiento el Test de Básculas, el cual es corroborado por Test Kinesiológico para confirmar que ATM Izquierda está en disfunción con el cóndilo anteriorizado.

A la observación en las distintas vistas se puede destacar la inclinación izquierda (-) y rotación derecha (+) de la cabeza. El hombro izquierdo levemente elevado/antepulsado y el Ilíaco derecho en cierre con sacro en torsión anterior derecha. A nivel de Miembro inferior evalúa cadera derecha en rotación interna y tibia en rotación externa, pie derecho cavo con rotación externa escafoides, coaptación sub italiana y varo calcáneo.

En la segunda sesión se pudo observar un cambio en el resultado de la evaluación de las básculas, las cuales fueron homolaterales a nivel de cintura pélvica y escapular, y contralateral a nivel de las mastoides, dando como resultado una cadena descendente cráneo-cervical con giros derecho homolaterales de cintura pélvica y cintura escapular, provocando una cadena miofascial estática medial derecha. La escucha en bipedestación es imprecisa. La escucha local asciende hasta raquis cervical derecho. A diferencia de la primera sesión se evalúan puntos dolorosos periumbilicales y en fosa iliaca derecha. El hombro derecho se encuentra descendido/antepulsado, el Ilíaco

derecho en cierre y el sacro en torsión anterior derecha. La tibia se encuentra en rotación externa al igual que el escafoides.

En el caso de la paciente N°2, se observó en la primera sesión que las básculas dieron homolaterales las de la cintura pélvica y la cintura escapular, y contralateral la de las mastoides con la cintura escapular, dejándonos una cadena craneocervical/esfenoocular, posteriormente corroborado con un test kinesiológico y confirmado una cadena craneocervical. Presenta giro de hombro derecho y de cadera derecha lo que nos lleva a pensar en una cadena estática derecha anterior.

Cuando realizamos el test de escucha en bipedestación, encontramos que el punto de inhibición se encuentra en hipocondrio derecho, más específicamente en hígado. Al realizar el test de escucha local en decúbito supino, confirmamos que la tensión proviene de la misma víscera, coincidiendo con el primer test de escucha, por lo que el tratamiento comenzó desde la allí. Como dato importante se puede destacar la disfunción de D9 en E, por ser vértebra testigo del hígado, el bloqueo de C0-C1 y la leve anterioridad del cóndilo derecho de la ATM.

En la segunda sesión se observó una variación en los resultados de las básculas, dando homolaterales las de la cintura pélvica y la cintura escapular, y homolaterales también la de las mastoides con la cintura escapular, dejándonos como resultado una cadena descendente ATM oclusal. A la hora de evaluar los giros y las rotaciones, no variaron, y encontramos nuevamente giro del hombro derecho y giro de la cadera derecha. Al realizar el test kinesiológico, expresó que era levemente positivo el cóndilo derecho en posterioridad, por ende, la cadena lesional era descendente, ATM oclusal, estática, cóndilo derecho posterior.

Cuando realizamos el test de escucha en bipedestación, encontramos que era corto y el punto de inhibición se encontraba en la zona anterior derecha del cuello, motivo por el cual el tratamiento empezó desde la zona cervical. A destacar, se puede decir que se volvió a encontrar D9 en disfunción, con espina

irritativa activada. Lo que sí, a diferencia de la primera sesión, encontramos un cóndilo posterior derecho de la ATM.

En el caso del paciente N°3, en la evaluación se encuentra, báscula de cintura escapular y báscula pélvica, homolateral, mientras que, báscula mastoidea y báscula cintura escapular contralateral. El paciente presenta un giro de cintura escapular derecha y un giro de cintura pelviana derecha.

El resultado del test kinesiológico en cráneo dió positivo a nivel craneocervical.

De acuerdo a la evaluación realizada, el paciente presenta una cadena miofascial descendente, cráneo cervical, estática anterior derecha..

Al realizar la evaluación de cráneo, se encuentra una tensión general en todas las suturas y una disfunción en torsión derecha.

A nivel cervical encontramos disfunción en las vértebras C0-C1 FRSdi , C3 FPRSdd. En columna dorsal, presenta una tensión de fascias desde D12 hasta C7 y una disfunción en la vértebra ,D6,D7, D9 FRSdd.

En la evaluación de test de Listening, la fascia nos guió hacia una tensión anterior, inhibiendo en hígado. En el test de escucha local en supinación, la fascia guió de modo ascendente hasta el cráneo del lado derecho.

A nivel abdominal se encontró tensión en hígado y el diafragma.

Continuando con el método de diagnóstico en la evaluación de iliaco en bipedestación nos indicó una disfunción de ilíaco derecho. Para determinar qué lesión iliaca presenta el paciente, se evalúa EIAS, maléolos, con lo cual se determina un iliaco en disfunción anterior. Se continúa con la evaluación de sacro en sedestación, positivizando el lado derecho, al evaluar AIL y surcos, se puede determinar que estamos en presencia de un sacro unilateral derecho.

Presenta rodilla derecha en rotación interna y la tibia anterior.

En la articulación de tobillo, se encontró una coaptación talocrural y el astrágalo está ubicado en posterioridad e interno. Al evaluar pie, el 1er cuneiforme se encuentra en rotación interna y el 2do cuneiforme superior.

Se realizaron las correcciones a todas las disfunciones con técnicas funcionales: técnicas estructurales, técnicas rítmicas, técnicas de inhibición facial y técnicas viscerales .

En la segunda sesión que fue a los 15 días, las básculas tuvieron una modificación mínima, se evaluaron las correcciones realizadas en la primera sesión y se mantuvieron. Por esta razón se puede determinar que estamos en presencia de adaptaciones miofasciales importantes, que se deben seguir abordando en sesiones siguientes.

Técnicas utilizadas para el tratamiento: Para el tratamiento se utilizaron:

1. Técnicas inhibitorias: caracterizada por colocar al músculo en una posición de acortamiento no doloroso tomando contacto con el punto gatillo miofascial y se mantiene esa posición durante 90 segundos, luego de los cuales se retorna al músculo a su posición de partida en forma lenta (Wong CK. en Villaseñor Moreno, Escobar Reyes, Lanza Andrade, Guizar Ramírez, 2013)
2. Técnica Estructural de Trust: “ Se define como un movimiento dirigido a los tejidos de la columna vertebral mediante un impulso de alta velocidad y corta amplitud,llevando a la vértebra más allá del límite fisiológico sin superar la integridad de la barrera anatómica”. (Pickar J.G, Maigne J.Y, Vautravers P.,Millan M, Leboeuf-Yde C, Budgell B, Amorim M.A. en Rausell, Garcia, Jaume, Prieto, 2016 P.7)
3. Técnicas de Energía Muscular (TEM): Son una forma de diagnóstico y tratamiento de manipulación osteopática de tejidos blandos, donde el paciente realiza una activación de la musculatura a tratar desde una posición controlada, en dirección específica y contra una resistencia bien aplicada por el fisioterapeuta. (Chaitow L. , Gibbons J. , en Bazán Urdiales 2021).

4. Técnica de Inducción: la escucha inducción de una víscera se realiza deslizando la mano hacia el punto de fijación, a continuación se mantiene una cierta presión y por último, si es necesario, se aumenta ligeramente la presión de la mano, y de este modo se produce un estiramiento...el equilibrio se hace sobre los tres planos del espacio. (Paoletti, 2004).
5. Técnicas Viscerales: Las técnicas de estiramientos vibrados permiten luchar contra los espasmos y las adherencias, reducir la lesión circulatoria, según los preceptos de Still, e inhibir o estimular la función de una víscera. Las técnicas viscerales tienen como meta reducir las ptosis orgánicas, las flexiones y torsiones viscerales, con el fin de restaurar la movilidad fisiológica de la víscera. (Ricard, 2007).
6. Técnicas de disfunción miofascial/punto gatillo miofascial: Un punto gatillo es una zona hiperirritable en un músculo esquelético asociada con un nódulo palpable hipersensible, localizado en una banda tensa. La zona es dolorosa a la compresión y puede dar lugar a dolor referido característico, hipersensibilidad referida a la presión, disfunción motora y fenómenos autónomos. Travell y Simons (1999). Existen distintas técnicas para tratarlo, nosotros usamos la de compresión isquémica: en esta técnica se localiza el núcleo del punto gatillo. Cuando se comprime, puede desencadenar un mapa de dolor referido específico (preferentemente reproduciendo los síntomas). Esta técnica consiste en aplicar una presión directa, suave y sostenida en el punto. (Asher, 2017).
7. Técnicas craneosacras: “Son técnicas manuales que liberan y facilitan la micromovilidad del cráneo y el conjunto de la relación craneosacra a través de las membranas meníngeas y el papel del líquido cefalorraquídeo. Algunas consecuencias de alteraciones posturales, traumatismos, desequilibrios musculares, etc., pueden

afectar a nervios craneales, arterias, glándulas y otros tejidos a su paso por orificios craneales o en el interior mismo, lo que puede provocar neuralgias, dificultades de visión, audición, alteraciones de algunas funciones glandulares, vértigos, migrañas, e incluso a través del sistema nervioso vegetativo, trastornos digestivos, respiratorios, vasculares, etc.” (Ricard & Sallé, 2014 P. 10)

8. Técnica Psico Integrativa: Abordaje que busca promover y restablecer el equilibrio saludable del organismo, mediante un abordaje psicosomático, poniendo en evidencia el estado emocional del paciente y la connotación psicológica de la persona durante un sesión de osteopatía, enfatizando relación paciente -terapeuta, respetando principios osteopáticos. Combina abordajes kinésicos osteopáticos basados en ciencia, avances científicos y tecnológicos, en paradigmas fisiológicos, energéticos, originados por técnicas complementarias, medicinas tradicionales y ancestrales, junto a la aplicación de coaching en salud.

Sus objetivos son:

- Determinar el rol de la mente y la emoción en el comportamiento y disfunción somática.
- Colaborar en la identificación y tratamiento de los signos y síntomas vinculados a los estados psicosomáticos, reconociendo y tomando conciencia, y armonizando cuerpo y mente.
- Intervenir sobre los efectos residuales de traumatismos y experiencias negativas que se somatizan y producen disfunciones osteopáticas. (Giacometti, C. 2023).

Número de sesiones realizadas por paciente:

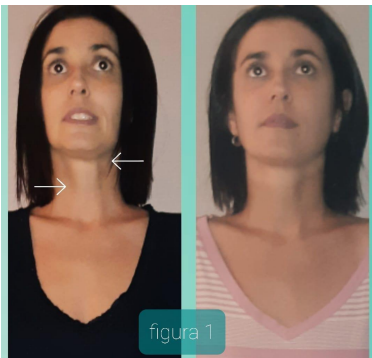
Para expresar los resultados obtenidos en el siguiente trabajo se realizaron 2 sesiones con cada paciente. Entre la primera y la segunda sesión se buscó que exista un lapso aproximado de 15 días. En cada una se evaluó

mediante los métodos diagnósticos descritos y se realizó el tratamiento a partir de las técnicas específicas para cada uno de los casos.

Tratamiento con maniobras específicas:

En el caso del paciente N°1 en la primer sesión donde la Cadena Lesional es Descendente ATM Oclusal y la Cadena Miofascial afectada es la Dinámica de Cierre derecha-izquierda, se comienza el tratamiento con Técnicas inhibitorias de los músculos Suboccipitales y Recto Anterior de la cabeza para luego realizar la corrección de C0 posterior derecho FSiRd con Técnica Estructural de Trust. Posteriormente se inhiben músculos Intertransversos izquierdos y se corrige por Técnica Estructural de Trust para C3 en ERiSi. Se continúa por ATM izquierda, inhibiendo las tensiones de los músculos Pterigoideo lateral y Masetero que posicionan el cóndilo en anterioridad, completando el tratamiento con la Técnica del Lig. Esfenomandibular. Se reevalúa ATM, ya no hay dolor, pero continua el cóndilo izquierdo posicionado en anterioridad.

A nivel del Hioides se encuentran tensiones que lo posicionan en torsión



para lo que se realizan técnicas inhibitorias para los músculos supra e infrahioides, esta tensión también es trabajada a través de la Fascia Cervical Superficial izquierda con Técnica de Mitchell. Se pudo observar un cambio importante en el posicionamiento del hioides y en la tensión fascial que condiciona la posición del cuello y la cabeza (Figura 1).

Se continua con la liberación del músculo Diafragma con mayor insistencia en hipocondrio derecho.

Se procede a la liberación de las válvulas de Oddi y la Ileocecal para realizar trabajo visceral sobre Hígado por planos.

A nivel dorsal se realizó Técnica de DOG para para la vertebra D8 en disfunción FRdSd.

Para las disfunciones de Iliaco en cierre y Sacro en Torsión anterior derecho se buscó establecer la conexión con la Fascia Iliaca en estrecha relación con el ciego, por lo que se buscó realizar técnicas de liberación en decúbito lateral. A continuación se realiza la corrección por medio de Técnicas de Trust para Iliaco en cierre y Sacro en Torsión anterior derecha.

En miembro inferior se aplica Técnica articularia con insistencias hacia la rotación externa en cadera derecha y Técnica de Tornillo Interno para tibia derecha. Por último se hace la corrección del Escafoides en Rotación externa con Técnica de Trust.

En la segunda sesión la Cadena Lesional es descendente Cráneo Cervical y la Cadena Miofascial afectada es la estática medial, se comienza el tratamiento por raquis cervical, con Técnica Inhibitoria para músculos suboccipitales y recto Anterior de la cabeza, se realiza Técnica Estructural de Trust para C0 posterior derecho FSiRd, y posteriormente Técnica de Mitchell para Atlas en Rotación posterior derecha

Se busca la liberación neurovegetativa del Nervio Vago (X) a través de Técnica Craneal de Apertura del Agujero Rasgado Posterior.

Se continua con Técnica de Apertura de Válvulas Linfáticas Torácicas y Técnica de liberación de Diafragma.

El útero se encuentra en Latero Retroversión derecha, por lo que se aplica Técnica de Inhibición de Lig. Ancho derecho y posteriormente Técnica estructural de Trust.

Una vez liberada la tensión en Útero y por sus relaciones con el sacro, se procede a la corrección de Sacro Anterior con Técnica de Mitchell. Se finaliza con Inducción Útero-Sacra.

A nivel de miembro inferior derecho se aplicaron Técnicas Inhibitorias para Abductor del hallux y Tibial posterior, luego se corrigió con Técnica estructural de Trust para Escafoides en Rotación Externa.

Para la paciente N°2, en la primer sesión se encontró una cadena lesional descendente craneocervical, y una cadena miofascial estática derecha, se empezó trabajando con el protocolo de abordaje de abdomen, con técnicas

de inhibición de diafragma, técnicas viscerales para válvulas digestivas y posteriormente hígado propiamente dicho, trabajándolo en todos sus movimientos y sus planos. Cuando se logró corregir su disfunción, se realizó la normalización de la víscera.

Una vez corregido, esto se corroboró con el Test de Listening en decúbito supino, donde la tensión dio negativo, se siguió con la columna, evaluación completa de la misma, dió positiva la maniobra de espina irritativa en D9, asique se realizó la corrección con técnica de DOG. Luego se continuó hacia arriba, se trabajó sobre el agujero rasgado posterior para la liberación del nervio vago, se siguió con la evaluación de cervicales y cráneo, allí se usaron técnicas de liberación miofascial como puntos gatillos para trapecio, escalenos y ECOM, también se usaron inhibiciones musculares de los intertransversos que estaban poniendo en disfunción C3 en ERSd y C5 en FRSd, y posterior técnicas de thrust, además se utilizó Mitchell para corregir C1, se inhibieron los suboccipitales y se corrigió C0-C1 en FSRdi. Por último se usó una técnica funcional para el hioides, llevándolo hacia la facilidad.

En la segunda sesión la paciente presenta una cadena lesional descendente ATM oclusal y la cadena miofascial comprometida es la estática derecha. Se comenzó trabajando por la región cervical, se liberó las cervicales para ingresar al cráneo, se inhibió largo del cuello y se corrigió C5 en FRSi y luego se inhibió el intertransverso correspondiente y se liberó C3 en ERSi. Luego se liberó la tensión de los suboccipitales con punto gatillo, y se comenzó con el cráneo, ya que en C0 no se encontró una disfunción.

En cráneo se encontró una flexión lateral rotación izquierda, con tope flexible, y se trabajó con la técnica funcional, hacia la facilidad. Se continuó trabajando sobre temporal derecho fibras posteriores con punto gatillo, y luego se realizó inhibición de pterigoideos laterales y maseteros izquierdos, para trabajar la descoaptación del cóndilo derecho posterior con una técnica articular.

Se reevaluó, se realizó nuevamente un test de escucha desde cráneo y se encontró una tensión que bajaba hasta la zona de la clavícula derecha. Se realizó la maniobra para el agujero rasgado posterior, y luego se siguió la

tensión, trabajando fascia cervical media y superficial. Se abordó también subclavio, con punto gatillo, donde se encontró mucha tensión, y luego buscando un punto de quietud en la fascia.

Se continuó trabajando desde el abdomen con técnica de escucha en decúbito supino, y se sintió una leve tracción hacia el hipocondrio derecho, dando el punto de inhibición en el hígado. Se comenzó con el protocolo de abordaje de abdomen para luego abordar la víscera propiamente dicha, realizando maniobras en decúbito supino y decúbito lateral, movilizándose en todos los planos. Luego se realizó inducción.

Se corrigió D9 en ERS con técnica estructural y se corroboró la escucha de abdomen, dando la misma neutra.

Luego se trabajó sobre las disfunciones que se encontraron en miembros inferiores, se inhibió el flexor corto del hallux y tibial posterior para empezar a trabajar, se corrigió 1er cuña en RE con trust, y se realizó descoaptación subtaliana, se siguió la cadena liberando la tensión en isquiotibiales con puntos gatillos, y se realizó la corrección del iliaco posterior, con trust

Para paciente N°3: En la primera sesión abordamos tratamiento en cadena lesional diagnosticada que es la cadena miofascial descendente cráneo cervical estática anterior derecha.

Iniciamos inhibiendo músculos suboccipitales, músculos escalenos medio y anterior, intertransversos, esplenio cervical, oblicuo inferior y largo del cuello. Una vez inhibidos se corrige con técnica Trust C0, C1 FRSid (cóndilo posterior izquierdo) y se corrige C3 FRdSd con técnica Trust.

Se continúa desactivando puntos gatillos con técnica de compresión isquémica de músculos, ECOM, escalenos, trapecio.

Se realiza técnica estructural de DOG en dorsales D6, D7 y D9, luego de realizar las técnicas en columna, iniciamos técnicas de elasticidad, compresión, descompresión en clavículas, y esternón.

Continuamos trabajando técnicas de estiramiento de pleuras y técnicas de elasticidad en hueso Hioides y músculos digástrico, vientre anterior y posterior.

Se corrigió Iliaco anterior derecho con técnica de Mitchell y corregimos sacro unilateral derecho con técnica trust., en corrección de tibia en rotación interna usamos técnica de tornillo externo, y para corrección de tibia anterior usamos técnica de 3 rodillas.

En las disfunciones de coaptación talo crural, astrágalo postero interno, rotación externa del 1 cuneiforme, se realizó técnicas estructurales Trust.

Luego de corregir estructuras y liberar fascias, se realizó técnica de liberación de diafragma, también se liberó válvulas linfáticas, se realizó apertura de válvula de Oddi y válvula lleocecal, se movilizó hígado, se liberó falciforme y epiplón mayor.

Por último se trabajó cráneo, técnica de mariposa para temporal derecho, técnica de flexibilización en sutura temporo esfenoidal -Pivot esfeno- escamoso y de sutura occipito-temporal pivot petro yugular y petrobasilar, y apertura del agujero rasgado posterior. Se finalizó la sesión con técnica de IV ventrículo.

La segunda sesión fue realizada a los 15 días, se inició tratamiento con técnica cráneo-sacra trabajando los 4 diafragmas, y movilización del hígado.

En esta sesión se realiza protocolo de técnica osteopática psico integrativa, se realizó diagnóstico termo-energético en círculos funcionales, test kinésicos y desactivación simpaticotónica. Luego se llevó a cabo la técnica de desenrollamiento miofascial en cráneo, tórax, MMSS y MMII.

Se continuó con diagnóstico y tratamiento de cráneo, donde se realiza técnica específica sobre seno recto.

Se finalizó el tratamiento trabajando técnica específica de esternón en el circuito de las emociones.

Resultados

En el caso del paciente N°1 presentó diferencias en las 2 sesiones, no solo en la evaluación y el tratamiento sino también el factor clave que es la sintomatología, ya que solo estuvo presente en la segunda sesión lo cual pudo darnos un punto de referencia en cuanto a la efectividad del tratamiento.

Las básculas variaron de una sesión a otra generando cambios de diagnósticos en cuanto a la tensión primaria, sin embargo la cadena lesional siempre fue descendente. Las escuchas nos guiaron a una tensión a nivel superior.

Algunas disfunciones como C0 en FSiRd, Atlas en Rotación Posterior derecha, Iliaco derecho en Cierre y Sacro derecho en torsión anterior se repitieron en las 2 sesiones.

Si nos guiamos por los síntomas que presenta el paciente, es claro que hay un componente ginecológico u hormonal condicionante, ya que la misma paciente refiere esas algias en momentos muy precisos como sus periodos y ovulación.

El Útero en retroversión fue diagnosticado hace muchos años por lo cual se lo considera que ya cambió su estructura. Aparentemente este cambio trae aparejado alteraciones intestinales (cólicos) y por su relación ligamentaria con el sacro, condiciona su posicionamiento, generando tensión a través de la duramadre al occipital y raquis cervical. En ningún momento la escucha local nos guió al útero.

Posiblemente al ser una lesión cronológicamente primaria, fue generando adaptaciones que al no ser tratadas se transformaron en lesiones compensadoras, por lo cual las escuchas no nos aproximaron a la zona del Útero.

Luego de la primera sesión la paciente no puede expresar si hubo algún cambio porque la valoración es en cuanto a su sintomatología y en ese momento no estaba presente. En la segunda sesión si expresaba dolores

cervicales y cefaleas, luego del tratamiento refirió una leve mejoría que se extendió un par de días luego de los cuales se hace presente nuevamente.

En el paciente número 2 se pudo examinar a lo largo de las 2 sesiones que presentaba una cadena lesional producida aparentemente por una disfunción primaria ubicada en la hemitiroidectomía que se le había practicado hacía unos 5 años atrás, que llevó a una tensión en toda la cadena anterior, encontrando en la primer sesión una cadena descendente craneocervical/esfenoocular y con mayor tensión en el hígado por el test de listening positivo en dicha zona, y en la segunda sesión una cadena descendente ATM oclusal, con un mayor tensión en la zona cervical, resultado obtenido también por el test de listening.

Esto lo podemos relacionar a la cervicalgia por la tracción de la fascia que produce una cirugía y la tensión que genera en los tejidos, produciendo una respuesta en la contra parte a la zona que sucedió el hecho, explicado por el principio de tensegridad que rige en la fascia. “La tensegridad es un sistema estructural constituido por elementos de compresión discontinuos conectados por elementos de tensión continuos. Debido a la forma en que se distribuyen las fuerzas tensionales y de compresión en su interior constituye una estructura estable que es capaz de reaccionar e interactuar de manera dinámica”. (Torné, 2008, P. 2).

Se cree que la lesión primaria modificó una cadena diferente en la segunda sesión debido a las actividades de la vida diaria que presenta la paciente. Comenzó a trabajar hace 1 año aproximadamente y su rutina, sus hábitos han cambiado en este último tiempo.

En el caso del paciente N° 3, de acuerdo a las dos sesiones realizadas al paciente, se pudo determinar que la raíz de las disfunciones, tienen 2 ejes importantes, el primer eje es postural, del cual desencadena una serie de síntomas y signos, que con el pasar del tiempo, generaron un circuito cerrado, formando el segundo eje psicosomático.

En la primera sesión luego de realizarse la evaluación osteopática se diagnosticó una cadena miofascial descendente cráneo cervical estática anterior.

La inhibición del test de Listening en bipedestación dió positivo en hígado, y en el test de escucha local la tensión fascial fue guiando de modo ascendente por el hemicuerpo derecho hasta cráneo en zona occipito temporal derecha, esta localización nos indicaría que la lesión primaria se localiza en el temporal, en las suturas occipitotemporal y temporoesfenoidal.

La mala postura (flexión cervical entre 45° y 60°) que presenta el paciente todos los días, en su ocupación laboral, es el desencadenante principal de sus síntomas, dolor cervical y cefalea, esta postura activa puntos gatillos de músculos cervicodorsales, acortamiento de ECOM, por lo cual genera una rotación antero externa del temporal, provocando una disfunción, en la art. Temporo esfenoidal. El bloqueo de esta sutura fija el temporal en rotación externa y genera dolor de cabeza de origen vascular congestiva y en art.occipito temporal (Pivot petro yugular y petro basilar). Cuando el pivot petro yugular entra en disfunción, el agujero rasgado posterior se estrecha y comprime la vena yugular, y los pares craneales IX- X- XI generando alteraciones fisiológicas de los mismos. Dentro de estas disfunciones provocadas por la disfunción del agujero rasgado posterior, generando debilidad en los músculos espinales, ECOM, trapecio y múltiples síntomas vagales.

En este caso específico el hígado es la glándula que posee mayor disfunción, y esta glándula está inervada por el nervio vago, X Par Craneal . Esta disfunción está relacionada por estrechamiento del agujero rasgado posterior, y al alto nivel de estrés, mala alimentación, vida sedentaria que en un 60% que presenta el paciente. Estos factores provocan una disfunción en la glándula , lo que no significa que la estructura del hígado este dañada, pero si posee una irritación periférica de la misma, en especial en la cápsula de glisson (es una capa fibrosa, de colágeno que recubre la superficie externa del hígado, está cubierta por una monocapa de células mesoteliales). Esta cápsula está inervada por el nervio frénico, que es el mismo nervio que inerva al diafragma,

que emerge de la 3 vértebra cervical, también esta cápsula está inervada por las raíces nerviosas que emergen de la zona cervico occipital del lado derecho.

Esta irritación en la cápsula de glisson provoca en el paciente una cervicalgia aguda.

En resumen la mala postura cervical que el paciente tiene habituada, el estrés diario que gestiona y la irritación de la cápsula de Glisson va generar un circuito cerrado entre cervicales , hígado y diafragma, provocando síntomas agudos en el paciente.

Se realizaron todas las correcciones con técnicas específicas osteopáticas estructurales, funcionales, rítmicas, somato viscerales y de liberación de fascias que nos fue guiando la cadena lesional

En la primera sesión se indica al paciente, generar cambios de hábitos en postura, aumentar periodicidad en actividad física, potenciar fuerza y resistencia, le sugerimos iniciar técnicas de respiración y meditación diaria, para bajar nivel de estrés. También solicitamos interconsulta nutricional y optometría.

En la segunda sesión el paciente nos relata una disminución importante de síntomas, se encontró una mínima modificación de basculas, lo que indica que presenta varias adaptaciones fisiológicas, las cuales se seguirán trabajando y mejorando en las siguientes sesiones. Las normalizaciones realizadas se mantuvieron desde la primera sesión

En esta sesión se trabaja el eje psicósomático, abordamos el estrés que presenta el paciente con la técnica específica osteopática psico integrativa, donde se obtuvieron resultados muy beneficiosos para el mismo.

Con esta línea de tratamiento y siguiendo una cadena muscular, integrando diferentes técnicas osteopáticas, y trabajando en modo interdisciplinario con el equipo de salud se realizó un trabajo prolijo y completo en el paciente, con resultados exitosos.

Discusión

A partir del trabajo realizado, las conclusiones a las que podemos llegar son ambiguas. Consideramos que las “Cervicalgias y Cefaleas” son síndrome multifactorial y por lo tanto el abordaje debe ser integral.

La osteopatía nos brinda una una mirada holística del paciente tanto para el diagnóstico como para el tratamiento, esto nos permitió analizar, evaluar, y tratar a nuestros pacientes, valorando la disminución de la sintomatología y el bienestar general.

En todos los casos se notaron buenas evoluciones, más allá de que hubo disfunciones que se volvieron a encontrar en posteriores sesiones, pensamos que las mismas pueden ser debidas a malos hábitos del paciente, a disfunciones posturales crónicas, o tan solo respuestas propias del cuerpo a distintas situaciones de la vida que provocan emociones, estrés, ansiedad, depresión, entre otras. Esta podría ser una de las causas de la reincidencia de algunas disfunciones o lesiones que se repitieron en las 2 sesiones.

Concluimos que este cuadro multifactorial es tan complejo que la frecuencia de las sesiones osteopáticas van a depender particularmente de cada paciente.

En ningún caso se pudo corroborar de manera precisa que los diagnósticos a los cuales se llegó, luego de los distintos Test, sean la consecuencia de la sintomatología de los pacientes. Por lo que consideramos que debe seguir siendo tema de investigación.

Los cambios de hábitos saludables mostraron un efecto potencial en la disminución de la sintomatología en contraste con aquel paciente que no realizó cambios en sus actividades. Es por ello que más allá de las distintas terapéuticas a las cuales se somete el paciente en busca de resultados, es de suma importancia remarcar el rol activo del interesado para lograr resultados a largo plazo.

Bibliografía

ASHER S.N (2017). El libro conciso de los puntos gatillos: Manual profesional y de autoayuda, Editorial Paidotribo.

BARRAL, J.P. (2009). Manipulaciones viscerales. Diagnóstico diferencial médico y manual de los órganos abdominales.2 ed. Editorial Elsevier.

BAZÁN URDIALES F.C. (2021). "Efectividad de las Técnicas de Energía Muscular en el tratamiento de las disfunciones músculo esqueléticas de la columna vertebral: Una revisión sistemática". Tesis. Universidad Inca Garcilaso de la Vega.

BRICOT, B. "Postura normal y posturas patológicas ". Revista IPP. Núm. 2 (2008). <http://www.ub.edu/revistaipp/bricot_n2.html>.[Fecha de consulta: 01/03/2008].ISSN 1988-8198.

CARRIÓN, A. (2022). Tórax-Hioides. Módulo 2 (21). Editorial Fotem.

CASAL, M. (2020) ¿Qué es el concepto osteopático?.

<https://marcoscasal.es/que-es-el-concepto-osteopatico>

DE MÁRMOL, M. (2023). Efectos de la maniobra de inhibición fascial del diafragma sobre la columna cervical en pacientes con cervicalgia inespecífica. *Revista de Investigación Osteopática*, Vol. 3, No.1.ISSN 2718-9015. <http://revistaios.eoba.com.ar/>.

HEBGEN, E. (2005). Osteopatía Visceral. Fundamentos y Técnicas. Editorial MCGRAW-HILL / Interamericana de España.

GARCIA RAMIREZ, M.O. (2019) Tesis: La Rehabilitación Físico-Terapeutico de pacientes con Cervicalgia Psicósomática. Universidad de Holguín.

GIACOMETTI, C. DO (2023). Terapia manual osteopática psico integrativa. Editorial FOTEM.

LATARJET. (2019). Anatomía Humana 2 tomos, 5ta edición. Editorial Médica Panamericana.

NANI, N. DO. (2015). Osteopatía y el Sublenguaje de la postura. Editorial FOTEM.

NANI, N. DO. (2019). Posturología-Cadenas miofasciales Módulo 4 y 6. Editorial FOTEM.

PAOLETTI, S. (2004). Las Fascias “El papel de los tejidos en la mecánica humana” Paidotribo.

PILAT, A. (2003). Terapias Miofasciales: Inducción Miofascial. Aspectos teóricos y aplicaciones clínicas. McGraw-Hill. Interamericana de España.

RAUSELL J.M.S (PT, DO); MARTINEZ GARCIA A.B (MD); JAUME LLINÁS A.S (PT); ESCOBIO PRIETO I. (PT, MSc), (2016). “Efectos de la manipulación vertebral sobre el sistema nervioso autónomo”. European journal osteopathy.

RICARD, F. (2007). Tratado de osteopatía visceral y medicina interna: Sistema cardiorrespiratorio. Ed Panamericana.

RICARD, F. y SALLÉ J.L. (2014). Tratado de Osteopatía 4ta edición. Ed. Medos Edición S.L.

RICARD, F., D.O -M.R.O (2008). "Tratamiento osteopático de las algias de origen cervical". Ed. Panamericana.

RODRIGUEZ VIOLANTE, M.,VARGAS CAÑAS, S.,CALLEJA, J.M. y ZERMEÑO PÖLHS, F. 2009. "Cefaleas". Revista Mexicana de Algología VOLUMEN 6 NÚMERO II.

<https://biblat.unam.mx/hevila/DolorclinicayterapiaRevistamexicanadealgologia/2009/vol6/no2/1.pdf>

SHACKLOCK, M. (2007). Neurodinamica Clinica. Un nuevo sistema de tratamiento musculoesquelético. Editorial Elsevier.

TORNÉ, L. (2008). Tensegridad. La revista del instituto de posturología y podoposturología. http://www.ub.edu/revistaipp/hemeroteca/2_2008/l_torne.pdf

TRAVELL & SIMONS (1999). Dolor y disfunción miofascial: El manual de los puntos gatillos. Vol 2. Ed Panamericana.

TRAVELL & SIMONS (1999). Dolor y disfunción miofascial: El manual de los puntos gatillos. Vol 1. Ed Panamericana.

VILLASEÑOR MORENO, J.C, ESCOBAR REYES, V.H, DE LA LANZA ANDRADE, L.P, & GUIZAR RAMIREZ, B.I (2013). Síndrome de dolor miofascial. Epidemiología, fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 18 (2),148-157.ISSN:1665-7330. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=4732785401>