

Curso de posgrado Osteopatía Córdoba.

Formación especializada en Clínica Osteopática.



FOTEM

**FUNDACIÓN OSTEOPÁTICA
Y TERAPIAS MANUALES**

Trabajo de integración final:

Los Alcances de la Osteopatía en el Tratamiento de la Fibromialgia.

Presentación de casos.

Integrantes: Izurzu Formento, Laura Josefina.

Picco, María del Carmen.

Córdoba (Argentina) 2023.

Resumen:

En este trabajo se presentan los resultados del tratamiento Osteopático en dos casos diagnosticados con Fibromialgia. Siendo la etiología aún causa de discusión, esta patología representa una situación de difícil abordaje y un interrogante en cuanto a su tratamiento. Actualmente definido como Síndrome de Fibromialgia, ambos casos involucran a mujeres (con una prevalencia mayor que en hombres). Recibieron dos sesiones Osteopáticas desde conceptos de postura y cadenas miofasciales, con una gran batería de test y técnicas para abordar todos los sistemas fisiológicos estructurales del cuerpo. Y una última sesión psico-integrativa a una de las pacientes que cumplió con los requisitos de estar en tratamiento psicológico y prestar conformidad a la terapéutica. En este trabajo se propuso un abordaje desde un paradigma holístico, con una noción multidimensional de la realidad de los pacientes. Se buscó explorar los alcances de la Osteopatía en estos Síndromes, llegando a resultados muy positivos en cuanto a sus posibilidades de abordaje, ya que la osteopatía trabaja sobre y con el tejido fascial, que es donde se generan todas las sintomatologías del síndrome. Se emplearon variabilidad de técnicas, las de mayor aprobación por las pacientes fueron las de tipo fluídicas.

Palabras clave: fibromialgia - paradigma – casos – fascia - osteopatía.

Keywords: fibromyalgia - paradigm – cases – fascia - osteopathy.

Introducción:

Objetivo principal: Aplicar la osteopatía en dos casos diagnosticados con Fibromialgia, e identificar la diversidad de dolor asociado al síndrome.

Objetivos secundarios: Reconocer limitaciones y potencialidades de su abordaje.

Actualizar el conocimiento sobre los alcances terapéuticos de la osteopatía en el manejo de la fibromialgia.

La palabra Fibromialgia (FMG) deriva de: Fibros=tejidos blandos del cuerpo, Míos= músculos y algia= dolor. Es decir, dolor musculoesquelético¹.

Es un Síndrome de dolor crónico difuso y generalizado que comprende dolor miofascial, fatiga, alteraciones del sueño, trastornos gastrointestinales, cardiovasculares, psicológicos y psiquiátricos, neurológicos y endocrinológicos. El dolor, principal síntoma, puede variar en su intensidad, desde un incremento leve de zonas hasta llegar a ser tan intenso que es invalidante. Puede acompañarse de entumecimiento o rigidez por la mañana, que persiste desde pocos minutos a varias horas. Si bien el dolor es difuso, existen áreas donde se manifiesta de manera más intensa formando puntos dolorosos. Se han identificado y aislado 18 de estos puntos, los cuales se utilizan para su diagnóstico clínico.

Las alteraciones del sueño consisten en la dificultad para conciliarlo, mantenerlo y al despertar relatan gran cansancio. Es un sueño no reparador, que se interrumpe no pudiendo lograr el sueño profundo. El cansancio es constante y no mejora con el reposo; de hecho, se agrava con las actividades y el frío. Se experimenta una sensación de falta de fuerzas, lo que impide emprender cualquier actividad física. Incluso los ejercicios intensos o con carga excesiva también provocan dolor, resultando en la consiguiente negación a realizarlos. Otras manifestaciones que pueden acompañar al síndrome, son: la pérdida de memoria, sequedad en boca y ojos, mareos, palpitaciones, micción imperiosa (similar a la cistitis), bruxismo y dolor mandibular.

Se acompaña con estados de ánimos alterados, ansiedad, angustia, dificultad para relajarse y momentos de tristeza que pueden llevar a la depresión.

El síndrome de Fibromialgia, se da mayormente en mujeres en una proporción de 20:1 respecto a varones. Según la Sociedad Argentina de Reumatología (2023, s/p.)

¹ El día 12 de mayo de cada año, se conmemora el Día mundial de la Fibromialgia y del Síndrome de fatiga crónica, en conmemoración al nacimiento de Florence Nightingale, enfermera de nacionalidad italiana que a los 35 años de edad contrajo ésta enfermedad y la mantuvo postrada por 50 años. Falleció en 1910. A partir del 2004 con intención de concientizar sobre estas patologías, distintas agrupaciones tomaron esa fecha. (Marcela Gándara, Germania Muñoz.2017).

“es una enfermedad común que afecta aproximadamente del 2 al 4% de la población, no muy bien conocida por la comunidad, inclusive también ignorada por algunos médicos. Aún no hay evidencia absoluta de que se trataría de una enfermedad autoinmune”.

Considerando al dolor como síntoma destacado en ésta enfermedad, es relevante recordar los componentes neurofisiológicos del dolor. Inicialmente podemos considerar dos tipos de sensibilidad: exterocepción e interocepción. Esta última la dividimos en viscerocepción y propiocepción. Dentro de la sensibilidad dolorosa se distingue el dolor cutáneo, el dolor profundo (de origen vascular o muscular) y el dolor visceral (desde el sentido de despliegue o vacuidad del órgano). Se ha descrito otra variedad de sensaciones que es vaga y que no se localiza topográficamente en el sitio del estímulo. Recibe el nombre de sensibilidad protopática o paleosensibilidad, a la cual se le agrega un componente afectivo.

Al aproximarse a la médula, las fibras sensitivas ascendentes ingresan por el surco lateral posterior. Dichas fibras viajan en el tracto de Lissauer, el cual está localizado en la sustancia gris del asta dorsal espinal. Los axones de estas neuronas pasan al cordón lateral del lado opuesto y ascienden para llegar al tálamo² como parte del fascículo espinotalámico lateral junto al fascículo espinotalámico anterior. La vía sensitiva se completa con la fibra que desde el tálamo pasa al área sensitiva de la corteza. Las fibras de los núcleos anteriores del tálamo configuran una estructura compleja anatómica y funcional en la parte media del hemisferio, denominado sistema límbico.

El núcleo dorsomediano del tálamo establece conexiones con la corteza frontal y el Hipotálamo (centro de la coordinación del sistema nervioso autónomo), quien tiene relación directa con el sistema límbico a través del cual las vivencias emocionales adquieren una manifestación orgánica. Bustamante B. (2017, pág. 286).

² Conjunto de núcleos. Dividido en dos porciones lateral y medial por una lámina de sustancia blanca que en su porción anterior se bifurca para envolver la extremidad anterior o tubérculo anterior. La superficie dorsal constituye parte del piso del ventrículo lateral.

La nocicepción comprende una serie de procesos neurofisiológicos:

a) Transducción: es el proceso mediante el cual los estímulos dolorosos se convierten en actividad eléctrica en las terminaciones nerviosas sensoriales a través de receptores específicos. Entre las sustancias generadoras de dolor están la histamina, prostaglandinas y la sustancia P.

b) Transmisión: es la propagación de los impulsos por medio del sistema nervioso sensitivo.

c) Modulación: la transmisión propioceptiva es modificada a través de diversas influencias neuronales a distintos niveles de las vías sensoriales. La teoría de la compuerta³. Las tres familias de opioides endógenos son las endorfinas, encefalinas y dinorfinas (se la identifica en 1975).

d) Percepción: los impulsos sensitivos llegan al cerebro haciendo consciente la presencia del dolor.

Vidal Fuentes (2020, p.232-233). Define el dolor como “una experiencia sensorial y emocional desagradable asociada o similar a la asociada con daño tisular real o potencial” “Esta definición valora al dolor como un concepto subjetivo, incluyendo los factores psicológicos, considerando al estrés como inductor de la hiperalgesia”.

³ Tiene en cuenta las fibras delgadas sensitivas C (cuya velocidad de conducción no superan los 2 m/s), las A delta (cuya velocidad de conducción puede llegar a 20 m/s, pues cuentan con más mielina) y las fibras gruesas A beta que son motoras y actúan en músculos y articulaciones dando estímulos propioceptivos, cuentan con mucha más mielina por lo tanto, son más veloces y pueden llegar hasta 75 m/s. Ambas fibras siempre hacen relevo en la sustancia gelatinosa, en donde se encuentran interneuronas inhibitorias, antes de llegar a las células de transmisión que llevan el impulso hasta el cerebro; de modo que solo logra pasar un estímulo a la vez a través de esta sustancia gelatinosa la cual sirve de compuerta. Las fibras delgadas ejercen un efecto inhibitor sobre dicha compuerta de modo que las células inhibitorias ya no pueden ejercer su función de inhibir a las células de transmisión y así el impulso doloroso no se detiene y llega a generar percepción del dolor a nivel central. Mientras tanto las fibras gruesas tienden a activar las neuronas inhibitorias en la sustancia gelatinosa, de modo que la compuerta se activa dado que estas inhiben las células de transmisión y el impulso no asciende al cerebro. Melzack y Wall (1965).

Según Ruy J. Henríquez Garrido. (2017, s/p.) desde una mirada psicológica en la Fibromialgia: “La presencia de un pensamiento o de un sentimiento intolerable o doloroso hará que el sujeto lo reprima, constituyendo una representación sintomática en el cuerpo, que puede tener la forma de dolor, parestesia, etc.” ... “Se puede decir, pues que la naturaleza económica del dolor físico es análoga a la del dolor psíquico”. El dolor entonces, puede ser desencadenado por factores estresantes, estos factores de estrés pueden ser tanto reales como imaginarios (por lo tanto, únicos e individuales), y nuestra biología reacciona de la misma manera sin discriminar el origen del estresor.

¿Nos preguntamos entonces si la patología determina al paciente, o es el paciente quien determina qué hacer con la patología?

En este trabajo se propone un abordaje desde un Paradigma Holístico, que como nos lo define Llamazares (2012, p.46) se basa en una “concepción multidimensional de la realidad y en el principio de la interdependencia entre observador y observado”. Buscamos, a través de la conformación de la historia clínica, indagar y brindar espacio a las diversas dimensiones del sujeto, tales como, la familia, lazos y actividad social, sentimientos y emociones, actividad laboral, actividad física y recreativa. Hábitos saludables en cuanto a horas de sueño, alimentación, etc. Y desde una escucha activa, dando espacio a lo que sabe el paciente de sí mismo. El Paradigma Holístico, busca “desarrollar nuevas metodologías que impliquen poner en acción formas de consciencia participativa y no fragmentada, que estimulen la creatividad y los procesos cognitivos divergentes⁴, así como el sentido de la sana autocrítica y la alerta reflexiva”. Esta alerta reflexiva se extendió durante todo el proceso, insistiendo en una participación activa, dinámica, flexible y permeable, tanto del paciente como del terapeuta. Finalmente, el paradigma se abre a “una práctica transdisciplinaria, la aceptación de la diversidad y la complementación de los saberes, el acercamiento y respeto por otras formas de conocimiento tanto occidentales, como las filosofías orientales y las cosmovisiones indígenas”. Se

⁴ El pensamiento divergente o lateral se caracteriza por la capacidad de generar múltiples e ingeniosas soluciones a un mismo problema. Es un enfoque mental, espontáneo, fluido y no lineal, basado en la curiosidad y también en el inconformismo. Sabater (2023).

propuso desde un inicio trabajar en concordancia con otras especialidades tales como: psicología, psiquiatría, y acupuntura.

La osteopatía, tiene su origen con el Dr. Still en 1874. La define como “sistema, método o ciencia de sanación” Chahab (2019.p. 9), en oposición a la medicina farmacológica creciente en ese momento. Still logra un abordaje revolucionario con una mirada mecanicista conforme al momento histórico en el que se desarrolla, aunque siempre con un plus, determinando la naturaleza (Dios) en la creación y leyes que gobiernan a todos y cada ser. Still escribe la “Filosofía de la Osteopatía” (1899/2019), como una novedosa manera de ver y pensar el conocimiento y la práctica médica. Dejando principios filosóficos básicos tales como: a)- La ley de la arteria, haciendo de la posibilidad de nutrición y de desintoxicación de los tejidos una premisa para su buen funcionamiento. b)- La homeostasis, el cuerpo encuentra la salud, su autocuración. c)- La estructura gobierna la función. Si hay organización y coherencia en la estructura, la función está asegurada. d)- La unidad del cuerpo, es en la totalidad, que cada parte es fundamental y tiene un sentido y propósito. e)- La vida es movimiento y es en el fluir constante que hay vida, la quietud es la muerte. Y dice, “Ustedes, como maquinistas Osteópatas, no pueden hacer más que corregir el estado anormal en el que encuentran al paciente que sufre. La Naturaleza se encargará del resto” principio de autocuración (Chahab, 2019.p.26). En su obra, hace hincapié en una estructura revolucionaria que es la “Fascia”, elemento que la medicina alopática no conocía en absoluto (y aún lo ignora). Describe Still en la Filosofía de la Osteopatía, Chahab (1899/2019. p.132), “rodea cada músculo, vena, nervio, y todos los órganos del cuerpo”. “Por su acción vivimos y por su insuficiencia morimos”. Si consideramos las fascias como esas membranas que recubren, proporcionan sostén, forman tendones y ligamentos, envuelven arterias y venas, estructuran válvulas linfáticas, separan cavidades en el peritoneo y llegan a cada órgano. Las fascias aseguran el aporte nutricional y proporcionan superficies de deslizamiento con otras estructuras como el pericardio, las pleuras, el periostio, y brindando cobertura a nervios, meninges, facilitando el movimiento y la circulación del líquido cefalorraquídeo, podemos apreciar la magnitud de esta maravillosa estructura.

La fascia está ricamente inervada y es el sitio donde se producen los procesos inflamatorios.

Dice Still. “El alma del hombre, con todos los ríos de pura agua vital, parece habitar en la fascia de su cuerpo”. Chahab (1899/2019. p.133). Y es justo aquí, en la fascia que la osteopatía tiene su campo de acción.

En la osteopatía actual, se incorporan nuevos avances, como los propuestos por Jean Pierre Barral, que incluyen la escucha fascial y las manipulaciones viscerales. Las cadenas miofasciales de Leopold Busquet, la terapia cráneo sacral del Dr. Sutherland, y el enfoque de Travell, Simons & Simons en el desarrollo de dolor y disfunción miofascial con su mapeo de puntos gatillos, representan diversas corrientes en constante investigación y expansión en el campo de la osteopatía. Este ámbito incluye contribuciones significativas, como las investigaciones de Andrzej Pilat sobre las fascias. Con múltiples evaluaciones y técnicas disponibles, se busca siempre mantener la coherencia con los principios filosóficos fundamentales.

La Osteopatía aborda diversos sistemas, como el fisiológico, circulatorio, osteomioarticular, el sistema nervioso (tanto el simpático como el parasimpático, incidiendo en los reflejos somato-viscerales y/o víscero-somáticos), visual, estomatognático, entre otros. La interacción principal se produce con la fascia, generando conocimiento y orientando el tratamiento en el ámbito clínico. Este enfoque implica un diálogo directo y físico, así como una comunicación verbal con el paciente, abordando aspectos emocionales, energéticos, posturales y sociales de manera integral.

En cuanto a su etiología, encontramos varios modelos explicativos, tales como:

-Origen Viral, sobre todo por Epstein Barr.

-Desregulación del Sistema Inmune.

-Predisposición Genética.

-Mecánica y Química Respiratoria. La respiración es un sistema psicofisiológico. Mantener la respiración dentro de parámetros saludables es un proceso desafiante,

ya que está sujeto a diversas interferencias e interrupciones relacionadas con pensamientos, sentimientos y experiencias. Además, se ve afectado por una amplia variedad de factores biomecánicos, bioquímicos y bioeléctricos. Cuando una persona adopta una mecánica respiratoria alterada, caracterizada por una ventilación excesiva y una respiración rápida, profunda y arrítmica, se encuentra en un estado de hiperventilación. Este proceso conduce a una rápida disminución del dióxido de carbono (CO₂), que actúa como el primer mecanismo de reequilibrio del pH y posteriormente se compensa a nivel renal. Sin embargo, si esta situación se mantiene en el tiempo, puede llevar a una hipocapnia, lo que a su vez puede contribuir al establecimiento o exacerbación de condiciones crónicas. La hipocapnia resulta en una alcalosis, lo que inhibe la liberación de oxígeno por parte de la hemoglobina, provocando una saturación deficiente de gas en la sangre y una distribución inadecuada en los tejidos. El pH elevado también favorece la contractilidad y excitabilidad celular, aumentando la demanda de oxígeno y glucosa. Además, estimula el paso de iones de calcio hacia el tejido esquelético y visceral, lo que puede dar lugar a tendencias a espasmos, fatiga y dolor muscular. Es esencial abordar y corregir este patrón respiratorio alterado para prevenir posibles consecuencias crónicas en el organismo. (Ruvalcaba Palacios G, Galván Guerra A, Ávila Sansores G, 2015.)

-Fenómenos de Sensibilización Central. Las personas con el síndrome de fibromialgia muestran una sensibilización anormal al dolor a través del sistema glutamato/aspartato (neurotransmisores excitatorios) y sustancia P (aumento de la respuesta inflamatoria y la sensibilización nociceptiva) que disminuyen el umbral al dolor y median en la producción de alodinia⁵, hiperalgesia⁶ y dolor espontáneo. También se han encontrado niveles bajos de serotonina (neurotransmisor importante en la regulación cerebral del dolor, sueño y humor), disminución de la dinorfina y aumento de la sustancia P. López y Mingote (2008, p.343-358.)

⁵ Respuesta de dolor a estímulos inocuos.

⁶ Respuesta nociceptiva intensa a estímulos dolorosos.

-Disfunción en el eje hipotálamo-pituitario-suprarrenal: la tensión crónica sobre la fascia observada en la fibromialgia es secundaria a un aumento crónico de la hiperactividad del tono simpático (aumento del Cortisol), en respuesta al estrés. Fenómeno que altera la respuesta fisiológica a la hormona de crecimiento. Esto conduce a una inadecuada estimulación de esta hormona sobre los fibroblastos, que en definitiva altera y disminuye la capacidad de reparación. Cardona (2020).

-La inflamación de la fascia es la fuente de información nociceptiva periférica que conduce a la sensibilización central en la fibromialgia. Se propone que la disfunción fascial es debida a una producción inadecuada de la hormona del crecimiento y a una disfunción del eje HPA en la fibromialgia. La fascia está ricamente innervada y se ha demostrado que la célula principal de la fascia, el fibroblasto, secreta citocinas proinflamatorias en particular IL-6, en respuesta a la tensión. Estudios de biopsia recientes, utilizando técnicas de tinción inmunohistoquímica han encontrado niveles elevados de colágeno y mediadores inflamatorios en el tejido conectivo que rodea las células musculares en pacientes con fibromialgia. La inflamación de la fascia es similar a la descrita en afecciones como la fascitis plantar y la epicondilitis lateral, y puede describirse mejor como una respuesta curativa disfuncional. La inflamación y disfunción de la fascia pueden provocar sensibilización central en la fibromialgia. Liptan (2010).

Materiales y Métodos:

En este trabajo se han seleccionado dos pacientes con diagnóstico médico de fibromialgia, ambas de sexo femenino. Para su comparación se les realizaron dos sesiones Osteopáticas a cada. Las mismas consistieron en una evaluación postural, test estáticos en distintos planos (frente, laterales y posterior), teniendo en cuenta conceptos de “las cadenas miofasciales” Campignon (2008). Busquet (2012). Se evaluaron puntos diagnósticos de fibromialgia o puntos dolorosos dados por la American College of Rheumatology (1990). Asumiendo su positividad con

dolor a la presión (una fuerza de aproximadamente de 4 kg) en al menos 11 de los 18 puntos sensibles. Gándara y Muñoz (2017).

Se realizaron baterías de test diagnósticos dinámicos osteopáticos tales como: test de bipedestación de las EIPS, test de sedestación para sacro, test de columna vertebral, test de escucha fascial o listening con punto de inhibición que ayuda a ubicar específicamente el lugar de tracción fascial. Permitiendo orientarnos en el diagnóstico de lesiones o disfunciones que pueden haber tenido un origen articular, visceral, craneal, bioquímica metabólica o emocional mental. Así podemos construir un recorrido clínico único en cada sesión. El tratamiento se realizó con técnicas estructurales o directas, aquellas que van a la Barrera de restricción del movimiento, barrera sin dolor. Pueden ser manipulativas articulares thrust (puesta en tensión o búsqueda de barrera, y un rápido movimiento preciso dentro del movimiento articular fisiológico), de tipo articulares (puesta en tensión y se va ganando movilidad con pequeños movimientos rítmicos), técnica de energía muscular de “Mitchell”, técnica de “Jones”, técnica de “Lewit”, basadas en mecanismos neurofisiológicos como la relajación post contracción isométrica que lleva a la relajación muscular y liberación de puntos gatillos. Travel y Simons (2004), Ricard Francois (2003).

La técnica de compresión isquémica consiste en aplicar una presión progresiva sobre el punto doloroso, modificando gradualmente la tensión y el síntoma de dolor experimentado por el paciente. La presión se incrementa hasta que el dolor desaparece. Como respuesta a la isquemia generada por la presión, se produce una vasodilatación local refleja y una respuesta mecánica fascial a la presión sostenida.

Y las técnicas funcionales o indirectas que van hacia la facilidad o a favor de la “disfunción” (restricción de movilidad en una articulación sea, ósea, visceral, músculo visceral, etc.) a la espera del cambio en el tejido. Estas técnicas son fluídicas. Las técnicas de bombeo implican movimientos rítmicos que buscan mejorar el flujo de fluidos, para favorecer la función y movilidad de los tejidos. Por otro lado, las técnicas de inhibición se centran en el acortamiento muscular específico, actuando sobre la formación reticular del tallo encefálico mediante la respiración para generar una respuesta de inhibición en el sistema neuromuscular. T.G.O (técnica global osteopatía) que “moviliza las fascias”. Las técnicas aplicadas en columna vertebral, vísceras y

cráneo además de actuar sobre la estructura en sí misma, lo hace sobre el sistema neurovegetativo (simpático y parasimpático).

Las técnicas osteopáticas se caracterizan por ser muy sutiles, empleando un “toque osteopático” característico y único.

Se realizaron dos sesiones a cada una de las pacientes y solo a una se le pudo realizar una tercera sesión Psico Integrativa con técnicas de evaluación de tipo energética, de las tres esferas y técnicas de desenrollamiento fascial. El criterio para su realización fue en primer lugar su consentimiento y que continúe paralelamente con su tratamiento psicológico.

Se ha utilizado la encuesta de calidad de vida relacionada a la salud según la OMS. Esta consta de 7 ítems en los que se miden distintas dimensiones: 1. Forma física. 2. Sentimientos. 3. Actividades cotidianas. 4. Actividad social. 5. Cambio de salud. 6. Estado de salud. 7. Dolor. Se pregunta por un plazo de las últimas dos semanas. Y en las respuestas se dan cinco opciones que representan el estatus funcional con una escala en donde los estados de salud más favorables se representan con las puntuaciones bajas.

Caso S. Mujer de 61 años. Motivo de Consulta: dolor muscular en todo el cuerpo que impide el sueño, tensión en zona lumbar y cervical constante. Sensación de agobio, cansancio y angustia. Historial de congestión de oídos y zumbidos. Actualmente indica dolor agudo en sien izquierda, zona sacra, talón derecho y oído derecho. Sensación de que todo retumba y mareos. Diagnosticada con fibromialgia desde hace 10 años.

Realiza tratamiento de acupuntura, MTC y tratamiento psicológico. Ha mejorado su alimentación, disminuido la carga mecánica laboral en estos últimos tres años hasta su jubilación en 2023. Realiza actividad física recreativa.

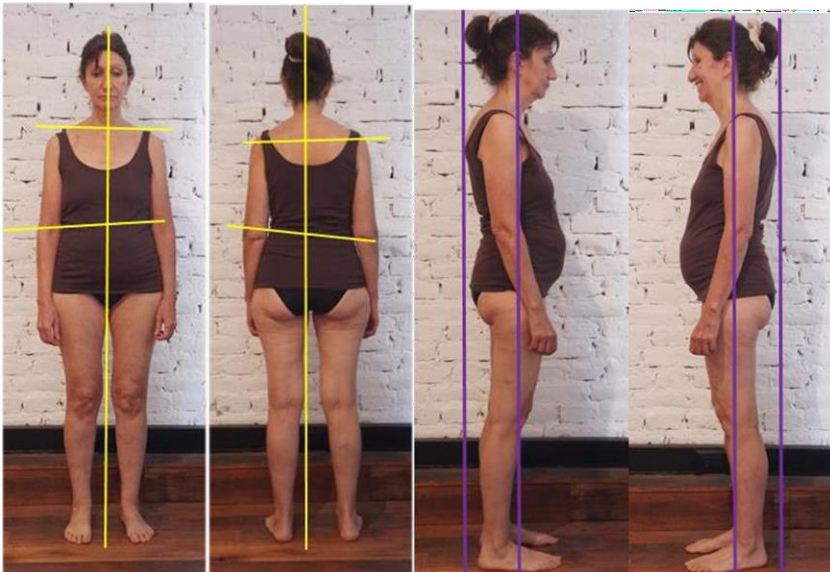
Antecedentes médicos: Hipertensión arterial. Intolerancia alimentaria. Miopía y astigmatismo. Sinusitis. Plantillas, arco metatarsal vencido. Dos cesáreas de gemelos. 2017)- TAC de Peñascos. Otomastoiditis del lado derecho y retracción de la membrana timpánica. 2023)- Audiometría, impedanciometría y logaudiometría: Presión negativa en el oído medio. Episodio de hemorroides hace dos meses. Ecografía abdominal

reciente, vesícula biliar con múltiples litiasis. RX cervical reciente: rectificación, cara posterior c3 a c7 osteofitos, c3-c4 síndrome facetario disminución de espacios.

Medicación: Habitualmente toma un antihipertensivo natural (tintura madre de ajo) y de uso esporádico losartan 50mg. Digestivos: Citrato de magnesio cada día y de uso esporádico biletan enzimático o serral. Escala analógica del dolor (6,7).

Simbólico Emocional: Separación traumática con 4 hijos adolescentes a su cuidado y sin trabajo. Sintió violencia psicológica por parte de su pareja. Reconoce en esa situación el origen de sus síntomas y señala emociones como angustia, ansiedad e ira. Conflicto con la inmigración familiar de pequeña. Periodo de medio año en el exterior durante el 2022, sin síntomas. Ha hecho terapia psicológica desde joven.

Evaluación Postural: Plano anterior, posterior, lateral y horizontal:



Básculas contralaterales. Cadena ascendente. Pie valgo derecho. Cintura escapular y pelviana izquierda anteriores.

Tipo escápulas posterior según línea de la plomada. Tipo anterior según línea central de gravedad. Traslación anterior de cabeza y pelvis. Distensión abdominal. Aumento de curva dorsal y disminución de las curvas cervicales y lumbares.

Menor espacio derecho entre hombro y cráneo. Leve inclinación derecha craneal y hemicara derecha más pequeña, en cierre.

Evaluación Dinámica: Batería de test y tratamiento. Resumen 1ra sesión:

Se determina un sacro anterior izquierda (izq.) como origen de la cadena ascendente, que se corresponde a un giro izq. en su postura. Se realiza test escucha global, que hace un giro sobre su propio eje de der. a izq. y se va levemente hacia atrás y frena de golpe, con punto de inhibición en sacro. Test de listering en sedestación, cruza a fosa iliaca der., con punto de inhibición (pto. inh) en Mc. Burney. Test de escucha abdominal, nos lleva al sobre mismo punto. Evaluación de columna, de L4 a L2, FRdSd, espina irritativa D5 en FRdSd. Se determina una cadena ascendente sacral, anterior izq., con posible convivencia de componentes de cadena visceral.

El tratamiento comienza con la liberación de diafragma, testeo de válvulas digestivas y tratamiento sobre oddi e íleo cecal. La escucha abdominal lleva a vesícula biliar y allí es cuando la paciente recuerda una litiasis, y en consecuencia se trabaja movilizand o la víscera en relación (hígado). Luego la escucha va hacia el riñón izq., y se trabaja su articulación con el músculo psoas ilíaco con técnica de palanca larga. Se termina a nivel abdominal con técnica de inducción para estabilizar las fascias. Luego a la corrección del sacro y se trabajan las fascias tóraco lumbares. Con este abordaje se neutralizan las disfunciones lumbares.

La escucha en tórax va hacia costillas izquierdas. Se determinan la 5ta y 7ma en anterioridad y se trabaja primero D5 con técnica de Mitchell y luego con técnica específica ambas costillas. Se realiza un test global y analítico en tórax, revelando una disfunción bilateral (emocional) y en espiración, Se lo aborda con la técnica de ligamentos pericárdicos con triple intención. La primera, de tipo mecánica para favorecer la inspiración, la segunda a nivel fascial para movilizar tendón central, y tercera habilitando un abordaje psicointegrativo de liberación del esternón en el círculo de las emociones. Apareciendo mayor flexibilidad junto a suspiros de reclutamiento alveolar y liberación emocional. Entre C3 y C6 se realiza T.G.O debido a su inestabilidad. Técnicas para C7 en FRdSd y para C0 ESiRd. En cráneo, la articulación base está en torsión izq, y se trabaja con técnica funcional. Por último, PG de glúteo mayor sobre articulación sacroilíaca. PG del músculo sóleo irradia dolor sobre la planta del pie y sacro.

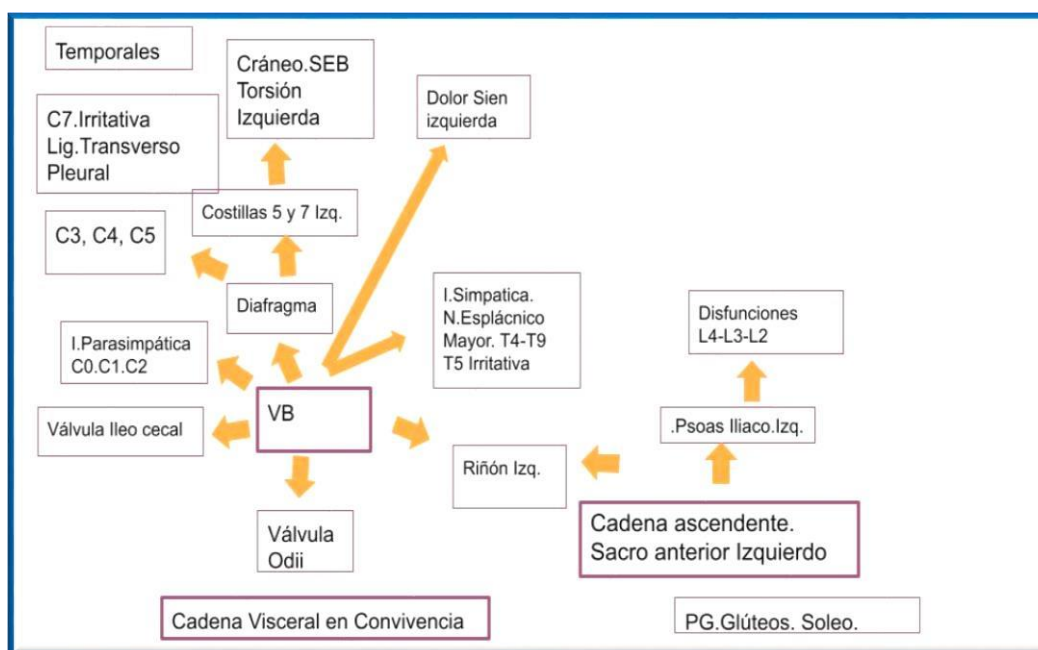


Figura 3. Posible cadena lesional. Primera sesión, paciente S.

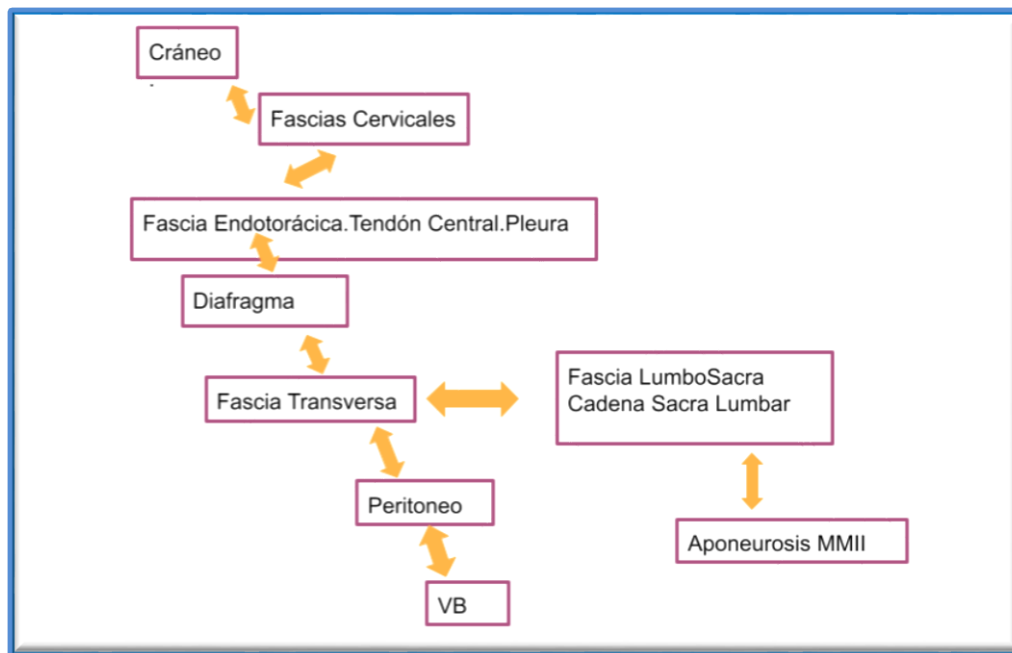


Figura 4. Posible cadena fascial. Primera sesión, paciente S.

Segunda Sesión:

La paciente refiere mejoría de puntos dolorosos tratados e indica una reagudización de síntomas como cansancio profundo, dolor y pesadez generalizada y angustia (Posterior a una situación de estrés familiar y una ingesta poco habitual). Ubica un dolor intenso en tórax posterior derecho, punto debajo del omóplato derecho que llega hasta el brazo derecho. (punto dolor reflejo de vías biliares, colecistitis) y continúan los síntomas en el oído.

Test postural, estática. Básculas de pelvis y de cintura escapular paralelas, báscula de cráneo contralateral. Cadena descendente cráneo cervical/esfeno ocular.

Test Dinámicos: Batería de test y tratamiento. Resumen 2da sesión:

Las tracciones faciales percibidas por medio de los test de escucha: global, en sedestación, tracción de MMII y escucha abdominal, llevan a la zona del ángulo hepático cólico. Durante la aplicación de la maniobra en posición de sentado visceral se reconoce como una tensión ligamentaria. En consecuencia, se trabajan los ligamentos hepatocólico y hepatofrénico con vectores en proyección. Luego, vuelve a

aparecer pto. de inh. en VB y se realiza una movilización hepática. El dolor debajo del omóplato derecho es una zona refleja de las vías biliares, y por diagnóstico diferencial se determina que el dolor de hombro es de origen visceral. En tórax, el pto. de inh. se ubica en el espacio intercostal derecho (der.) entre la 7ma y 8va costilla y se trabaja el fondo del saco anterior pleural. Los test de espinas irritativas y evaluación de movilidad articular, determinan T6 FRdSd y T2 FRdSd, trabajándose con energía muscular. El P.G. del trapecio superior derecho, con técnica de Lewit. En hioides antero superior izquierdo se trabajan músculos suprahiodeos. C1 tiene limitación bilateral, trabajada con técnica de Mitchell. C0 ESiRd se aborda estructuralmente y aunque no es bien recibida, logra mejorar la movilidad. SEB en torsión izquierda mediante técnica funcional. Temporal derecho en rotación externa (asociado a mastoiditis, presión negativa interna). Para sutura tèmpero occipital, pivot petro/basilar con toma de mariposa. En sutura tèmpero esfenoidal, pivot esfeno escamoso/esfeno petroso. Se libera el agujero rasgado posterior. Terminando la sesión con técnica de rodamiento asincrónico de temporales.

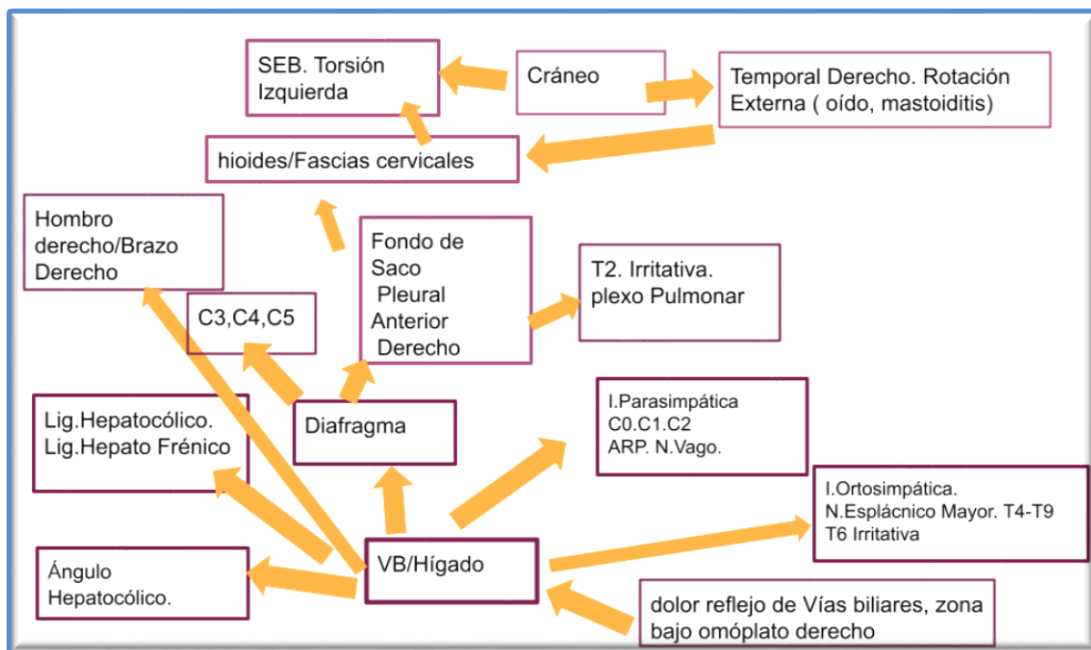


Figura 5. Posible cadena lesional. Segunda sesión, paciente S.

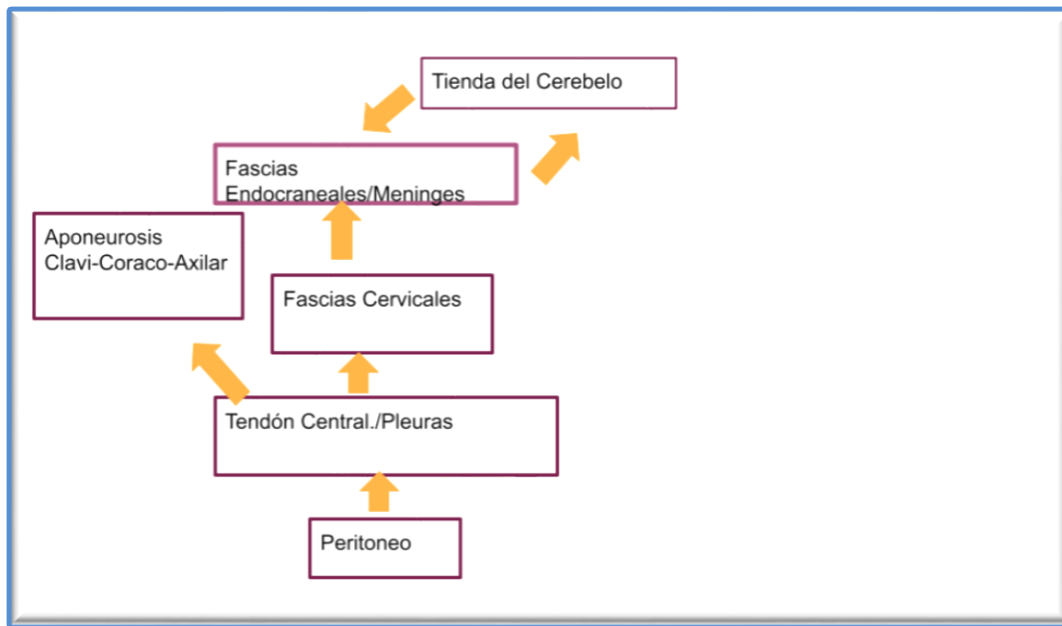


Figura 6. Posible cadena fascial. Segunda sesión, paciente S.

Tercer Sesión - Psico Integrativa

Se aplica el test termo/energético en círculos funcionales de las tres esferas, encontrando plenitud en cráneo y abdomen. En el test general termo/energético en decúbito supino se localiza una zona de plenitud a nivel abdominal en hipocondrio derecho, con punto de inhibición VB y se estima un fulcrum en zona de punto VB. Técnica de desenrollamiento fascial en miembro inf. der., tórax y cervical.

En la técnica de esternón en el circuito de las emociones, la maniobra se detuvo por pedido de la paciente ya que se sentía incómoda y ansiosa. Suspendida la maniobra entra en crisis de llanto, a la que se acompaña y da contención desde la escucha sin emitir juicios y mediante el dialogo ayudando al reconocimiento de la relación somato emocional. (sensación de abandono, desprotección). Luego la paciente se calma y expresa sentir alivio emocional y físico.

Caso V. Mujer de 38 años. Motivo consulta: dolor asociado a cansancio de variable intensidad en cinturas escapulares, vértex, epigastrio, dos tercios anteriores de cresta ilíaca derecha, pubis, y en todo el trayecto de la columna vertebral se agrava cuando

atraviesa situaciones de ansiedad, exceso de ocupaciones en el hogar, (escala analógica del dolor: 8). El síntoma, dolor, se ha intensificado con el paso del tiempo y hoy se acompaña de debilidad. Síntomas digestivos: gastritis y acidez. Muchas alteraciones dentales, uso ortodoncia removible en la infancia, ortodoncia fija (brackets) hace 3 años, y realiza uso intermitente de una placa de relajación durante el descanso nocturno. Diagnosticada con fibromialgia en 2023.

Cuando realiza actividad física presenta dolor en cara interna de rodilla derecha. En la actualidad, no hace actividad física.

Realizó tratamientos con diversos especialistas médicos, que recetaron: Esogastex, Sucralmax, Euthyrox, Eudon, Clonagín, Pregabalina (consumo suspendido porque le generaba ardor de estómago), y además solicitaron la derivación a psiquiatría. Actualmente está bajo tratamiento psicológico. Se siente sin voluntad para realizar su trabajo de repostería, fatigada, angustiada, con miedo e ira (enojo).

Antecedentes médicos: cirugía estética de nariz en 2020. En 2022 le realizaron una colecistectomía. Refiere un antecedente traumático en la vía pública hace 21 años, por el cual estuvo inconsciente por minutos y recibió un golpe en cabeza y rodilla derecha, sin tratamiento posterior. Tuvo 2 abortos espontáneos y 2 cesáreas (actualmente tiene un niño de 2 años). La primera cesárea fue a consecuencia del nacimiento de su primer hijo, fallecido a los 6 días. Este acontecimiento es considerado por la paciente el desencadenante de la clínica actual, un quiebre emocional en su vida.

R.N.M. (22/03/23) de hipófisis, rodilla derecha, columna cervical y lumbar. Normal sin alteraciones.

Evaluación Postural: Planos anterior, posterior, lateral y horizontal:



Básculas pelvianas, escapulares y mastoides: elevadas a la derecha. Afección de cadena ascendente ATM oclusal.

Plano frontal posterior: Tendón de Aquiles derecho ligeramente hacia afuera. Hipotrofia muscular de los músculos gemelos derechos. Rodillas en valgo. Trocánter mayor derecho más elevado. Cresta ilíaca derecha más elevada. Desviaciones laterales de la columna vertebral: triángulo de la talla derecho de menor tamaño. Ausencia de cicatrices. Escápula izquierda abducida, y escápula derecha elevada. Cabeza con inclinación izquierda.

Plano frontal anterior: pie derecho con leve supinación y aumento del arco interno en relación al opuesto. Tuberosidad anterior de la tibia derecha orientada a la línea media. Rodillas en valgo. Rótulas en línea media. E.I.A.S. derecha más alta. Cicatrices por cesárea y colecistectomía por videolaparoscopia. El ombligo está levemente desplazado hacia la derecha. Miembro superior izquierdo separado del tronco.

Clavículas horizontales. E.C.M. izquierdo con mayor relieve. Mentón desviado hacia la derecha. Tres cuartas partes de la cabeza situada hacia la izquierda.

Planos laterales: Las vistas laterales indican un giro anterior derecho de la cabeza y el tronco. Hay disminución de las lordosis en la vista lateral derecha y una postura de escapula posterior en la vista lateral izquierda. La postura general es anterior.

Rostro: Asimetría facial. Arco superciliar izquierdo elevado, órbita izquierda de mayor tamaño. Comisura labial derecha desplazada hacia lateral. Mentón orientado hacia la derecha. Conducto auditivo izquierdo sobresaliente.

Tratamiento: primera sesión:

Los test diagnósticos y resultados obtenidos fueron: Test Estáticos: básculas pelvianas, escapular y mastoides, paralelas. En los test dinámicos en bipedestación, el test de Listening tuvo punto de inhibición en hipocondrio izquierdo, cardias. El test de flexión anterior en bipedestación fue positivo a la derecha (previa realización de los test posicionales de espinas ilíacas y maléolos internos) con diagnóstico final de pubis posterosuperior. Los test kinesiológicos de puntos fijos craneales: positivo en región craneocervical izquierda y en ATM izquierda.

En supino: el test de listening con tracción de MMII está disminuido del lado derecho. Evaluación articular de miembro inferior derecho: la cadera presenta tendencia expulsiva, la tibia está en rotación interna y la primera cuña sensible. El peroné presenta una calcificación en región proximal externa, que la paciente refiere es secundario al accidente en la vía pública en 2003. La inspección del abdomen, determina una adherencia de la cesárea en el extremo externo derecho, la escucha local tiene punto de inhibición en triángulo de la V. La escucha en estómago indica hipomovilidad hacia medial. La movilidad del esternón está reducida hacia la izqda. En la columna cervical, la vértebra C4 está en lesión en FRSii. En Cráneo y S.E.B: el hueso temporal izquierdo está en rotación posterior e interna; durante la apertura de la boca, el mentón se desvía hacia la

derecha, el movimiento de diducción está limitado en ambos lados (hace 6 días le extrajeron una muela en arcada dentaria superior izqdo.). La S.E.B. está en torsión derecha (coincide con su en rostro). El M.R.P. es simétrico, de 9 ciclos por minuto.

En decúbito prono, presenta disfunción de L3 en lesión en ERSii y D6 y D4 en lesión en ERSdd. PG superior superficial del músculo cuadrado lumbar derecho y PG 2 del músculo trapecio superior derecho, activos.

Diagnóstico: Cadena descendente ATM oclusal izquierda, cadena de flexión cruzada (de cierre) derecha. Hay un componente visceral importante que se determina especialmente por la clínica de la paciente. En el miembro inferior derecho hay varios elementos disfuncionales que no permiten definir una cadena lesional.

Tratamiento: Las técnicas osteopáticas se detallan en el orden que fueron realizadas.

Iniciamos la terapia con T.G.O. abdominal: liberación del diafragma (ambos) y luego específicamente el hemidiafragma izquierdo. Liberación de las inserciones inferiores de los músculos abdominales, maniobra abdominal global e inducción. Liberación del píloro (bombeo). Movilización del estómago en decúbito lateral derecho, está en tensión el ligamento frenogástrico. Técnica de levantamiento esternal según Barral, se utilizó la técnica funcional hacia la facilidad. Inhibición del centro frénico, para liberar las estructuras viscerales que por él pasan y mejorar la dinámica respiratoria. Bombeo sobre el Cardias (en el posicionamiento visceral en sentado). Liberación del segmento vertebral D11 (proyección posterior del cardias) con técnica estructural. Masaje desbridante sobre la cicatriz de la cesárea y maniobra directa sobre fijaciones peritoneales y epiploicas. Técnica sobre el colon ascendente (rodamiento) y elongaciones para flexibilizar el músc. cuadrado lumbar y la fascia de Told. Corrección de la disfunción de L3 (inervación simpática de ovarios y colon) en ERSii, con técnica estructural en decúbito lateral derecho. Corrección con técnica estructural de Dog de la disfunción de D4 (vértebra pivote e inervación simpática de estómago) en ERSdd. En decúbito supino, sobre el P.G. de trapecio derecho, se realizó la técnica miofascial de Lewit. Técnica de Inhibición del músculo largo del cuello izquierdo y corrección con técnica estructural de C4 les. en FRSii (uno de los segmentos vertebrales de emergencia del nervio Frénico). Bombeo en músculos suboccipitales. Se utilizó la técnica Mitchell para C0-C1 en lesión en ESiRd (cóndilo anterior izquierdo bloqueado) para liberar la emergencia del nervio vago

(inervación parasimpática de estómago y esófago). En cráneo, rodamiento de los temporales (técnica fluídica).

En miembro inferior, la evaluación posicional de crestas ilíacas y maléolos internos, determinó que estaban niveladas, por lo tanto, se realizó una técnica articular para la limitación a la rotación externa de la rodilla.

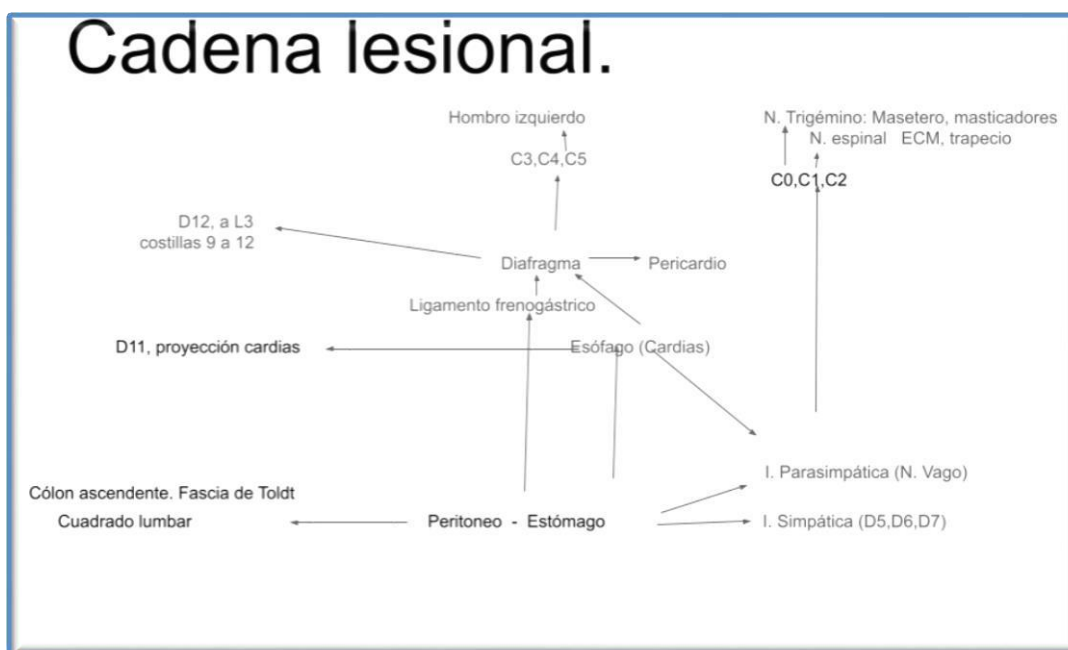


Figura 9. Posible cadenal lesional. Primera sesión, paciente V.

Segunda sesión: Test estáticos: Evaluación de básculas pelvianas y escapulares, paralelas y niveladas. Báscula mastoides, ascendida del lado derecho.

Test dinámicos en bipedestación: test de Listening, se va hacia anterior con una corta inclinación hacia la izquierda y un final abrupto. Punto de inhibición en tórax superior sobre la zona supraclavicular en primera costilla. El test kinesiológico craneal da positivo en ATM izquierda. Test cervicales C3 y C4 en les. en ERSdd, puntos gatillos en oblicuo superior derecho y en rectos posteriores bilaterales.

En decúbito supino, el test de Listening con mayor tensión a la tracción del miembro superior izquierdo. Durante la escucha en tórax, la mano se va hacia superior y se detiene

abruptamente en la clavícula. El esternón presenta restricción al movimiento hacia caudal y la clavícula con dificultad a la compresión. Hay sensibilidad dolorosa a la palpación de las articulaciones condrocostales de 2º, 3º, 4º, 5º costillas izquierdas. D1 en lesión en ERSii. D6 en lesión en ERSdd. En 4º y 5º costillas hay retracción dolorosa del pectoral mayor izquierdo (fibras esternales y costales), E.C.M. (fascículo esternal con PG superior y medio activo), trapecio superior izquierdo y derecho (PG 1 y 2 activos, en ambos).

Los músculos suboccipitales tienen tensión bilateral, sobretodo el oblicuo menor derecho y los rectos posteriores bilaterales. Apertura de la boca con desviación de la mandíbula a la derecha. Dificultad para realizar el movimiento de diducción izquierda. No hay ruidos articulares durante la ejecución de los movimientos. Hay incongruencia dentaria izquierda. Sensibilidad de los músculos temporal derecho (fibras posteriores), temporal izquierdo (fibras anteriores, dolor en la sien) y maseteros bilaterales, especialmente el izquierdo.

Tratamiento: segunda sesión: las técnicas osteopáticas se detallan en el orden que fueron realizadas. Liberación de diafragma (bilateral), liberación de diafragma izqdo. Corrección de D6 en lesión en ERSdd con técnica estructural de Dog, corrección de D1 en lesión en ERSii (técnica estructura indirecta)⁷. Levantamiento esternal según Barral. En el mismo se realizó la terapia funcional. Terapia para facilitar la compresión intraósea de la clavícula izquierda. Movilización de los ligamentos pericárdicos, beneficiando la respiración y la movilidad del tendón central. Técnica miofascial de Lewitt, sobre pectoral mayor izquierdo en decúbito supino. Técnica de compresión isquémica (toma en pinza), de fibras esternales del E.C.M. izquierdo y estiramiento. Técnica de Myers para la fascia cervical superficial, con la cooperación del paciente. Técnica miofascial sobre el trapecio superior izquierdo (técnica de Jones modificada).

Bombeo de músculos suboccipitales (bilaterales). Técnica fluídica para rodamiento de los temporales (evaluación y tratamiento), liberación del agujero rasgado posterior trabajando la sutura temporo occipital izquierda, pivot petroyugular y pivot petrobasilar. Liberación de la sutura occipito mastoidea izquierda, pivot escamo mastoideo, técnica

⁷ En la charnela C7-D1, está el ganglio estrellado, agrupación de fibras simpáticas que provienen desde los centros medulares hasta D8-D9. Su liberación es necesaria para mejorar la vasomotricidad e inervación de las estructuras comprendidas.

indirecta. Masaje fascial en la sien, zona de tensión del músculo temporal izquierdo (fibras anteriores) y del músculo pterigoideo lateral izquierdo. Técnica de inhibición del músculo pterigoideo lateral izquierdo.

Movilización de la articulación ténporo cigomática izquierda (flexible). Terapia fascial en los P.G. de los músculos maseteros bilaterales, compresión isquémica (intraoral), masaje fascial en mejillas, abertura de la boca (acompañando el movimiento con la mano en mentón). Es posible éste estiramiento porque no hay lesión discal en las ATM. Técnica fluídica de liberación de la hoz del cerebro. Inducción del M.R.P. No es posible ingresar dentro de la boca para mejorar la movilidad de la ATM izquierda debido a que aún está en progreso la cicatrización de la muela extraída. La paciente manifiesta sentir fatiga y mucho sueño, otro de los motivos porque se finaliza la sesión.

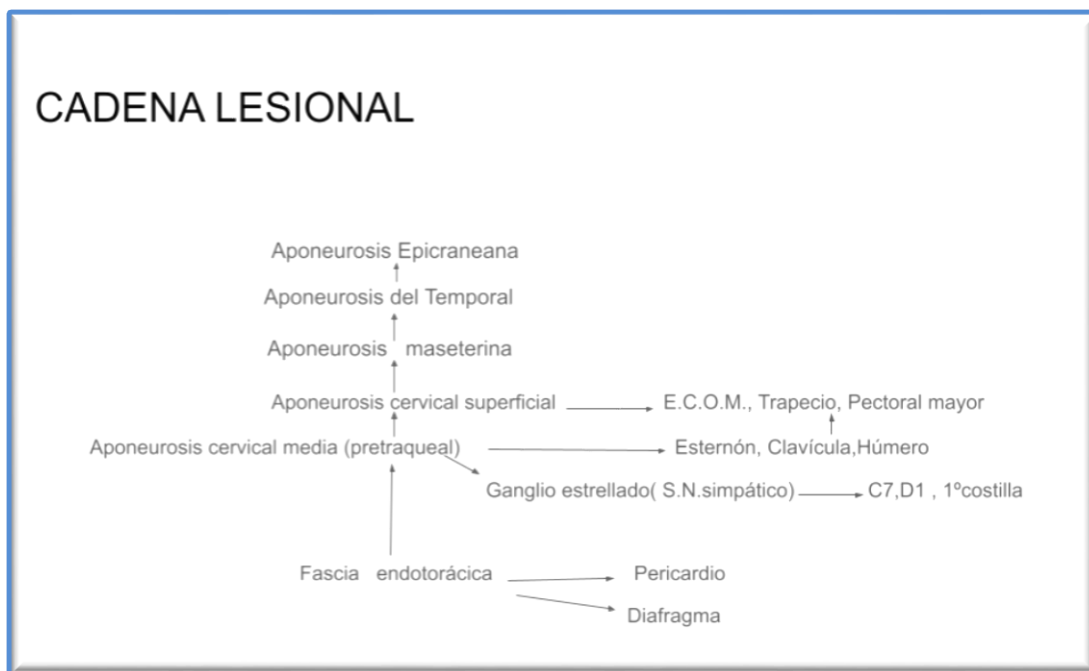


Figura 10. Posible cadena lesional. Segunda sesión, paciente V.

Resultados del tratamiento: La paciente manifiesta sentir bienestar en su abdomen y MMII, “dice que la movilización articular de la columna lumbar le hizo muy bien” e inicio caminatas a paso lento. Después de la segunda sesión, la movilidad del cuello mejoró. Hay leve reducción del PG 2 del músculo trapecio superior derecho. La paciente manifestó sentir una gran relajación y sueño.

Se determinó la necesidad de retomar un tratamiento odontológico con placa de contención o relajación.

Resultados:

En cuanto la identificación de los puntos diagnósticos del síndrome de fibromialgia, la Paciente S tiene 16 positivos y la Paciente V 15 positivos, (fig. 1 y 7). La mitad aproximadamente coinciden con los puntos o zonas referenciados en su autopercepción (fig. 2 y 8).

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD .OMS		
Durantes las últimas dos semanas:	Caso S	CasoV.
Cual ha sido la actividad física que pudo realizar durante al menos 2 minutos?	1er S 3 moderada 2da S 3 3er S 3	4 ligera 4
¿En qué medida le han molestado los problemas emocionales tales como sentimiento de ansiedad, depresión irritabilidad, tristeza o desánimo?	1er S 5 intensamente 2da S 4 bastante 3er S 2 un poco	3 moderadamente 2 un poco
¿Cuánta dificultad ha tenido al hacer sus actividades o tareas habituales,tanto dentro, como fuera de la casa, a causa de la salud física o problemas emocionales?	1er S 3 moderada 2da S 3 3er S 2 un poco	3 moderada 3
¿Su salud física y estado emocional ha limitado sus actividades sociales con la familia, amigos, vecinos o grupos?	1er S 4 bastante 2da S 3 3er S 1 no	3 moderadamente 2 ligeramente

Figura 11. Resultados encuesta de calidad de vida relacionada a la salud según la OMS. Dimensiones físicas, sentimientos, actividades cotidianas y actividad social.

ENCUESTA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD .OMS		
¿Cómo califica su estado de salud en comparación con el de hace dos semanas?	<p>Caso S</p> <p>1er S 2 un poco mejor</p> <p>2da S 2</p> <p>3er S 2</p>	<p>Caso V</p> <p>2</p> <p>2</p>
¿cómo califica su estado de salud en general ?	<p>1er S 3 buena</p> <p>2da S 3</p> <p>3er S 3</p>	<p>4 regular</p> <p>3</p>
¿cuánto dolor ha sentido?	<p>1er S 5 intenso</p> <p>2da S 4 moderado</p> <p>3er S 2 muy leve</p>	<p>4</p> <p>3 ligero</p>

Figura 12. Resultados encuesta de calidad de vida relacionada a la salud según la OMS. Dimensiones cambio de salud, estado de salud y dolor.

En cuanto a la autopercepción de su estado de salud en general, la paciente S ha calificado como “buena” en las tres sesiones. Sin embargo, en la primera sesión ha marcado su estado emocional con 5 (intensamente) y en dolor sentido 5 (intenso). Luego en sesiones posteriores bajo 3 y luego a 2. No se corresponde su percepción de salud con su estado emocional, ni tampoco en relación al dolor.

En el ítem de actividad física (ha podido realizar al menos dos minutos), la paciente V marca en ambas sesiones con un 4 (ligera), y en actividades diarias un 3 (moderada). En su salud física evolucionó de moderado a ligeramente, pareciendo también haber una disonancia en su percepción en relación a la salud y su capacidad de realizar movimiento.

Es significativo y positivo que ambas pacientes hayan registrado una mejoría en su estado de salud en relación a dos semanas atrás.

Hay un componente de muchísimo estrés en el origen de la sintomatología, por situaciones consideradas de las más estresoras, como la pérdida de un ser querido/duelo y la separación/divorcio. Céspedes (2017).

Hay componentes viscerales asociados. Los órganos digestivos afectados se relacionan desde las medicinas milenarias con los sentimientos de ira, bronca, enojo. La dupla hígado-vesícula biliar.

El abordaje podría hacerse desde PG exclusivamente, ya que es la manifestación más importante generalizada y continua. Además, el tratamiento visceral es fundamental, junto al cráneo sacro. No se encuentra relación de la patología a una cadena postural determinada.

Necesitan un abordaje desde la empatía y compasión, que se considere su dolor como real, sin emitir juicios y con gran necesidad de conversar. Ambas están de acuerdo y piensan que es beneficioso el tratamiento osteopático. Están también bajo tratamiento psicológico. La sintomatología aumenta con las situaciones emocionalmente estresantes.

En ambos “casos”, nos encontramos con “personas sufrientes”, portadoras de un dolor entramado en sus fascias, que han tenido como disparador, una situación de gran impacto emocional. Un Estresor que ha desorganizado la capacidad física-simbólico emocional, quedando totalmente alterada su facultad de gestión y reparación, generando bucles de cronicidad y dolor.

Se emplearon variabilidad de técnicas, las de mayor aprobación en las pacientes, fueron las fluídicas.

Ninguna recibe el tratamiento indicado por su médico.

Paciente S: Con más tiempo de diagnóstico de este síndrome, adhiere a medicinas tradicionales milenarias o alternativas y hace actividad física del recreativa. No tolera las técnicas estructurales y responde con un quejido. La presencia de cálculos biliares interfiere en la liberación de la fascia visceral.

Paciente V: Adhiere a tratamiento alopático convencional, aunque no toma la medicación recetada (pregabalina) porque la ingesta le genera malestar. Poco tiempo de diagnóstico de fibromialgia. Responde bien a todo tipo de técnicas. Persistió la retracción de las fascias craneales por la necesidad de la intervención odontológica

Discusión:

En cuanto a su etiología, encontramos varios modelos explicativos, cada uno aporta una mirada, pero vemos que no dejan de ser parciales. En la actualidad se define a la fibromialgia como un síndrome, eso indica que no se conoce la causa y su descripción es un conjunto de signos y síntomas. Esa situación da lugar a diagnósticos imprecisos y dudosos, generando una estigmatización del paciente. Como no existe prueba alguna de lo que le está pasando, el paciente comienza una búsqueda laberíntica, que además puede generar o aumentar alteraciones psiquiátricas, y por parte del terapeuta, frustración y rechazo. Rivera (2004).

¿Será necesario un *cambio de paradigma* para lograr pensar de forma creativa que acontece en esa complejidad que somos? Lograr ver el “todo” del sujeto biológico subjetivo y emocional social. ¿Estamos preparados para un paradigma holístico, o estaremos frente a una crisis tal como la definía Thomas Kuhn, el padre del concepto de paradigmas? “La *crisis*, es un momento no sólo de búsqueda de nuevos conocimientos sino de cambios de puntos de vista y rupturas con el conocimiento establecido”. La asimilación de un “nuevo tipo de hecho exige un ajuste de teoría que no se limita a ser un añadido” y requiere que el científico “haya aprendido a ver la naturaleza de un modo distinto”. (Tarcila Briceño. 2009, p. 285-296.).

El aporte desde la osteopatía como abordaje complementario al paradigma hegemónico de la medicina alopática, comienza con el armado de la historia clínica osteopática, que consiste en el armado de “la historia del cuerpo”, repasando cada sistema, aunque solo como estrategia, concibiendo que la totalidad es más que la suma de cada uno. Preguntando por la historia de lo vivido y lo sentido. En su abordaje de tratamiento, escuchando con las manos al tejido como prioridad y verdad intrínseca del individuo. La osteopatía conoce cómo funciona la fisiología, puede acompañar a esa trama de fascias, procurando su autocuración. Desde el lugar de terapeuta osteopático, es fundamental saber y tener presente lo conflictivo del origen del dolor para poder abordar a estos pacientes con inmensa paciencia, superando la frustración, y acompañando procesos largos y a veces pesados.

En ambos casos de síndrome de fibromialgia, se han logrado avances con tratamiento osteopático y psicológico como base y otras terapias como la acupuntura, sin necesidad de medicación recetada (alopatía actual). Con las técnicas osteopáticas, el síntoma puede ir modulándose, bajando de intensidad, hasta a veces desaparecer y dejar así un nuevo registro corporal más relacionado a lo placentero, dándole la posibilidad de actualizar esa información de dolor y sufrimiento. Teniendo en cuenta que cada paciente puede sentirse más cómodo con algún tipo de técnica y respetando esta situación. Las técnicas de tipo estructurales pueden generar ‘miedo’ en algunos pacientes. Vemos que existe una correlación entre la reagudización de los síntomas característicos, con el tiempo con el que el paciente padece el síndrome. Quizás haya un componente agravante de respuesta fascial y emocional.

Retomando la pregunta de la página 6. ¿La patología determina al paciente, o es el paciente que padece fibromialgia quien determina qué hacer con la patología? Posiblemente otro aporte de la osteopatía, desde un paradigma holístico y basándonos en los principios osteopáticos, podría ser el de hacer foco en la capacidad de autocuración del paciente, en lugar del tratamiento sintomático paliativo del paradigma dominante.

Se plantea como interrogante a futuras investigaciones; ¿Puede la hiperventilación, como parte de un sistema psicofisiológico (bioquímica- mecánica respiratoria), ser el origen de una disfunción diafragmática bilateral, como significante emocional?

Bibliografía:

Briceño, Tarcila. (2009). *El paradigma científico y su fundamento en la obra de Thomas Kuhn*. Tiempo y Espacio, vol.19 n.52, 285-296. http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-94962009000200006

Bustamante Betancur Jairo (2017) *Neuroanatomía funcional*, Editorial Celsu.

Cardona Sebastián Giraldo. (2020). *Revisión sistemática del tratamiento de la fibromialgia con osteopatía*. Tesis. Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Medicina Maestría en Medicina Alternativa. Bogotá, Colombia.

<https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/78252/75102382.2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Céspedes Francisco. (2017). *Las situaciones más estresantes a las que nos enfrentamos*.

psicologia-online.com

<https://www.psicologia-online.com/las-situaciones-mas-estresantes-a-las-que-nos-enfrentamos-55.html>

Gándara Marcela, Muñoz Germania. (2017). Día Mundial de la Fibromialgia y el Síndrome de Fatiga Crónica. AEMPPI Ecuador. Elsevier.

<https://www.elsevier.com/es-es/connect/actualidad-sanitaria/dia-mundial-de-la-fibromialgia-y-el-sindrome-de-fatiga-cronica>

Liptan GL. (2010). Fascia: *A missing link in our understanding of the pathology of fibromyalgia*. Vol.14. 2010.p3-11 [https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592\(09\)00094-1/fulltext](https://www.bodyworkmovementtherapies.com/article/S1360-8592(09)00094-1/fulltext)

Lopez Espino, Manuel y Mingote Adan, José Carlos. *Fibromialgia. Clínica y Salud* [online].

(2008) vol.19, n.3, pp.343-358. ISSN 2174-0550

https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742008000300005&script=sci_abstract

Llamazares Ana María. (2012). *Epistemología holística: una herramienta para ampliar la conciencia*. vol.9. p.46.

CONICET. Fundación desde América. Argentina <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/21108?show=full>

Melzack y Wall, 1965. En Rocha Andrés, Juárez Ángel, Ferretiz Giancarlo. (2019). *De la compuerta a la neuromatriz y neuromodulación*, Vol. 48 Núm. 4 pp. 288-297. Revista Chilena de Anestesia.

<https://revistachilenadeanestesia.cl/de-la-compuerta-a-la-neuromatriz-y-neuromodulacion/>

Rivera J. (2004). *Controversias en el diagnóstico de fibromialgia*. Vol.31. Num.9. p. 501-

506. Rev. De Reumatología.

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-controversias-el-diagnostico-fibromialgia-13068511>

Rodriguez, H, Espinoza-Navarro, O, Silva, I, Quiroz, P, Arriaza, C, Sanchez, C, Vallejos, R, Castro, M. E, Arias, M, Jimenez, L, & Fernandez, E. (2011). Histological Description of the Interaction Between Muscle Fibers and Connective Tissue of the Fascia of the Human Trapezius Muscle. *International Journal of Morphology*, 29(1), 29

Ruy J. Henríquez Garrido. (2017). *Fibromialgia una Aproximación Psicoanalítica*. Psicoanálisis y Psicoterapia al alcance de todos. s/p. <https://www.ruyhenriquez.com/D/post/fibromialgia-una-aproximacion-psicoanalitica/>

Sociedad Argentina de Reumatología. 2023. *Fibromialgia*. s/p.
https://www.reumatologia.org.ar/enfermedades_reumaticas_detalle.php?IdEnfermedad=33

Still Andrew Taylor. En Chahab Matías (2019). “*Filosofía de la osteopatía*”. Tomo II.
T.B.A. Ediciones.p.26-132-133

Still Andrew Taylor. En Chahab Matías (2019). Definiciones. Autobiografía. T.B.A.Ediciones. P.9.

Valeria Sabater. (2023). *Pensamiento Divergente que es y cómo desarrollarlo*. La mentees Maravillosa. Neurociencias, Procesos Psicológicos Básicos. <https://lamenteesmaravillosa.com/pensamiento-divergente-desarrollarlo/>

Vidal Fuentes Javier. (2020). *Versión actualizada de la definición de dolor de la IASP: un paso adelante o un paso atrás*. Revista Sociedad Española del Dolor vol.27. pág.232-233.
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-80462020000400003

Xavier B. Poyato (2015). *Sensibilización de la Respuesta Emocional Y Neuroendocrina al Estrés*. Tesis Doctoral. Institut de neurociencies. Universitat Autònoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/tesis/2016/hdl_10803_384230/xbp1de1.p

