



**D. Fco. BAUTISTA Aguirre C.O**

Fisioterapeuta por la Universidad de Valencia  
Osteópata C.O por la Escuela de Osteopatía de Madrid  
Profesor de la Escuela de Osteopatía de Madrid  
Profesor de estancias clínicas de fisioterapia de la Universidad de Valencia  
Profesor de estancias clínicas de fisioterapia de la Universidad Cardenal Herrera CEU Valencia  
Ex-fisioterapeuta del Hospital Quirón Valencia y del Hospital Valencia al Mar

Av. Dos de Mayo 6 bajo. – 46960 Aldaia (VALENCIA) – Telf/Fax 961578060 (Consulta previa petición de cita)

## **TRATAMIENTO OSTEOPÁTICO DE LAS HERNIAS DISCALES**

### **HERNIAS SUBLIGAMENTARIAS:**

- • Simples (media o interna).
- • Migradas caudalmente o cefalicamente (medial o interna).

### **HERNIAS TRANSLIGAMENTARIAS:**

- • No fragmentadas (media o interna).
- • Fragmentadas (Ratón articular discal con /sin calcificación de la hernia).

### **¿Qué es el disco intervertebral?**

El disco es una estructura anatómica situada entre las vértebras, de aquí el nombre de disco intervertebral (DIV).

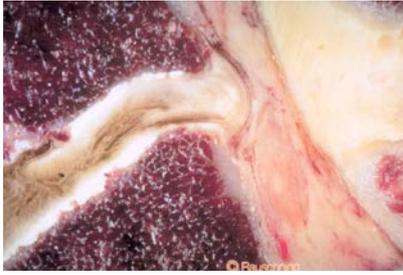
El DIV se compone de dos partes: un anillo fibroso exterior conocido como anillo fibroso y un centro gelatinoso, el núcleo pulposo.

### ***Funciones del disco intervertebral***

El DIV tiene como función separar las vértebras, pero es sobre todo un amortiguador de presión. Su misión es absorber las presiones asociadas al peso del tronco, con el fin de proteger las apófisis articulares posteriores de la vértebra.

### **¿Qué es una hernia discal?**

Con el transcurso de los años el disco pierde líquido y sobrevienen pequeñas fisuras sobre la pared exterior. El movimiento de los discos deteriorados provoca dolores, ya que en su parte posterior existe una inervación muy abundante.



Como están desprovistos de vascularización, no pueden cicatrizar. Después de un esfuerzo o de un falso movimiento, el núcleo central puede verse desplazado hacia atrás, poniendo de esta manera en tensión los ligamentos de la parte posterior del disco que, como hemos visto, es muy sensible.

Durante los movimientos del tronco, la hernia discal irrita la raíz nerviosa: inconscientemente el cuerpo se inclina hacia el lado opuesto a la ciática.

Según esté la saliente discal posterior comprime los ligamentos o las raíces del nervio, obtendremos un cuadro de lumbago o de ciática.

Existen varios tipos de hernias discales por lo cual la IRM es indispensable para el diagnóstico, visto que cada tipo de hernia discal tiene su protocolo de tratamiento.

#### **HERNIA DISCAL EXCLUIDA:**

- • Medial o central.
- • Posterolateral o interna.
- • Foraminal.
- • Extraforaminal o externa.

#### **NÓDULO DISCO-OSTEOFÍTICO:**

- • Asociación de una hernia discal y una artrosis lumbar del mismo nivel.

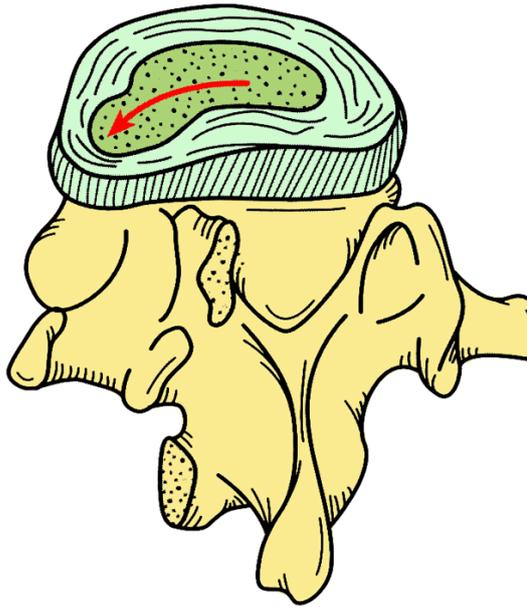
#### **HERNIAS CALCIFICADAS.**

#### **QUISTE DISCAL:**

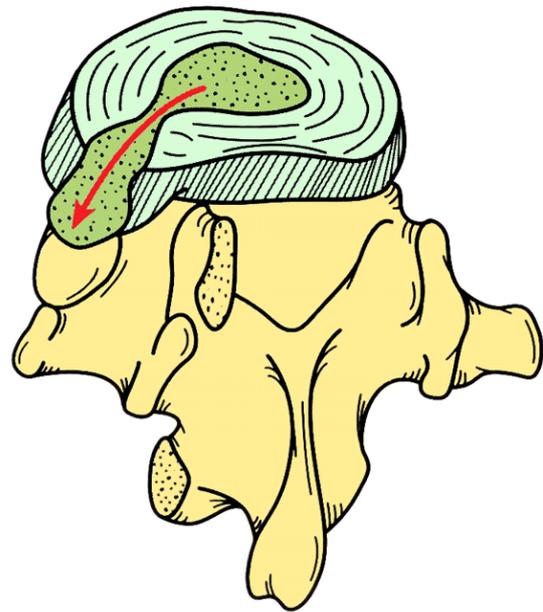
Falsa hernia discal de pronóstico muy favorable.

#### **¿Qué es un lumbago?**

El lumbago agudo se caracteriza por un dolor lumbar muy intenso, que sigue a un esfuerzo de levantamiento o a una torsión del tronco. El dolor aumenta con la tos o los estornudos.



Protrusión discal



Hernia discal

En estos casos, la cirugía no es el primer tratamiento de elección: el reposo y el tratamiento osteopático son los métodos a elegir, pudiendo eventualmente asociarse con la utilización de analgésicos y antiinflamatorios.

Sólo en caso de que el paciente tenga que realizar trabajos duros o violentos, se aplicará una faja para favorecer la función muscular.

Las manipulaciones osteopáticas aportan un alivio rápido del 100% de los casos.

Protrusión discal. Hernia discal.

### ¿Cuál es la diferencia entre hernia discal y protrusión discal?

En la protrusión discal hay rotura de las fibras internas y el núcleo se desplaza hacia la fisura discal protruyendo el disco.

En la hernia discal hay rotura de las fibras más externas del anillo y extrusión del núcleo.

### ¿Qué es una ciática?

Generalmente vienen provocadas por un disco intervertebral que comprime la raíz nerviosa en su emergencia por el canal raquídeo.

El sujeto presenta violentos dolores en la espalda y en el miembro inferior. Estos dolores le impiden sentarse, mantenerse de pie, caminar, etc. Existen varias posibles trayectorias de dolor en la pierna, según el disco afectado:

- - En las ciáticas L5 el dolor pasa por la mitad del glúteo, la parte externa del muslo o de la pantorrilla, para terminar en la cara dorsal del pie y del dedo gordo del pie.
- - En las ciáticas S1 , el dolor desciende a lo largo de la parte posterior de la pierna hasta el talón, para terminar en la planta del pie y en el 5º dedo del pie.

De hecho, el dolor de la ciática es consecuencia de un proceso inflamatorio local y reversible, que incluye un edema y una congestión de los tejidos del agujero raquídeo, por donde sale el nervio de la columna vertebral.

### **¿Cuáles son realmente los resultados de la cirugía?**

En caso de que el tratamiento médico falle, es frecuente proponer una intervención en la espalda que sea ejecutada por un cirujano ortopédico. Esta operación tiene como finalidad quitar la parte posterior de la vértebra, donde está la compresión. También puede recurrirse a una nucleólisis mecánica o por láser.

Los americanos, en un estudio realizado a partir de 7.391 operaciones, han demostrado que en el transcurso de un año el 500 % de los pacientes seguían presentando los mismos síntomas que antes del tratamiento. Esto es lógico, ya que incluso si suprimimos la hernia discal, no podemos restaurar la función del disco sano; éste sigue sin poder absorber las fuerzas excesivas sobre las articulaciones de la vértebra y, todavía no se han inventado los discos artificiales.

La recidiva de la hernia discal en el nivel operado es muy frecuente, por no decir sistemática.

Nuestra conclusión es que demasiadas ciáticas son operadas inútilmente y demasiado pronto: la cirugía debe reservarse exclusivamente para los casos hiperálgicos o con signos de parálisis.

En toda Europa se operan cada vez menos las hernias discales.

### **¿Cómo funciona la osteopatía en caso de hernia discal?**

El osteópata concentra sus esfuerzos sobre el restablecimiento mecánico de las vértebras perturbadas con la finalidad de evitar una posible hospitalización costosa, una intervención quirúrgica innecesaria y también dolores importantes.

Con las manipulaciones vertebrales, el osteópata modifica la posición del disco, alejándolo de la raíz nerviosa, lo que disminuye el espasmo muscular y el dolor.

Algunos pacientes necesitan más tiempo que otros para recuperarse, pero en todos los casos, si desaparece el dolor se necesitan varios meses para estabilizar el problema.

### **¿Cuáles son los resultados de la osteopatía en caso de hernia discal?**

Los resultados del tratamiento son excelentes entre cuatro y diez sesiones. Son

incontables los pacientes a los que se les ha evitado la cirugía. Los buenos resultados según un estudio realizado sobre 694 pacientes se estiman en torno al 91,32%.

El tratamiento de las hernias discales por medio de manipulaciones es eficaz. Por otro lado existen numerosas ciáticas que no resultan de una lesión discal; sólo el osteópata debe realizar la valoración diferencial con su consiguiente tratamiento, que puede ser útil, inclusive cuando el paciente ya ha sido operado.

### **¿El tratamiento osteopático es peligroso en caso de hernia discal?**

Es necesario romper con los malos tópicos de la manipulación. Se trata de un acto benigno, siempre y cuando se realice correctamente. No existe peligro alguno, si la manipulación la efectúa un osteópata competente que respete siempre la regla del "no dolor".

El tratamiento quirúrgico es muchísimo más peligroso que las manipulaciones.

No existen riesgos de agravar una hernia discal, todo lo contrario según estudios científicos realizados por Maigne y Guillon en Francia.

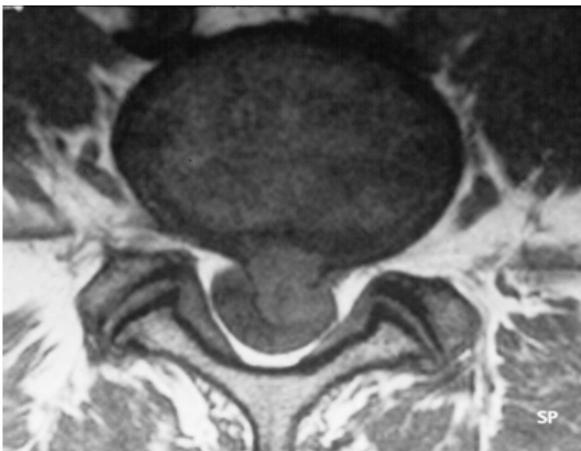
### **¿Qué puedo esperar del tratamiento osteopático?**

La osteopatía no hace milagros, la espalda sigue frágil y el paciente debe tener una buena higiene de espalda y postural.

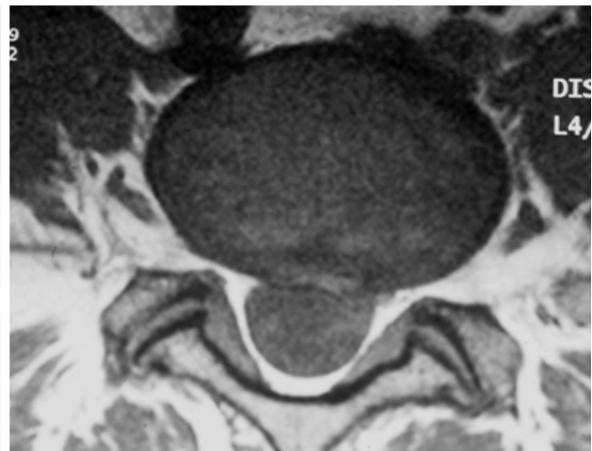
Pero se puede esperar una calidad de vida normal con algunas restricciones:

- 1) No coger pesos importantes.
- 2) Evitar los deportes de riesgo para la espalda. 3) Evitar las malas posturas de la espalda.

La reducción del tamaño de la hernia discal no es sistemática, pero no excepcional. En aproximadamente un 10 % de los casos se reduce el tamaño de la hernia discal. El resultado está en completa relación con la confianza que dará el paciente al Osteópata.



Corte transverso antes del tratamiento



Corte transverso después de 8 meses de tratamiento

### **¿Qué deporte puedo practicar?**

Ciertos deportes, que suponen un riesgo para la columna vertebral, deben evitarse si padecemos trastornos raquídeos.

Estos son los deportes que comprimen los discos intervertebrales: la halterofilia, el paracaidismo, la equitación.

Los deportes violentos son: el esquí alpino, el MotoCross, la vela, la danza.

Los deportes con menor riesgo que sin embargo requieren torsiones de los discos como el tenis o el golf (cuidado la posición de flexión de tronco).

### **¿Qué es lo que se debe evitar cuando hay una hernia discal?**

Las malas posturas al sentarnos, las camas muy blandas, las posturas inadecuadas en la cocina, en la habitación o en el lugar de trabajo, van a provocar una llamada de atención.

La repetición de malos gestos posturales va a generar igualmente actitudes nocivas:

a) en el trabajo: repetición de gestos profesionales

b) en el deporte: esfuerzos violentos pueden desgarrar el disco.

c) en la vida cotidiana: una cama poco adecuada que impone malas posturas a nuestra columna vertebral.

Dejarse asesorar por un osteópata por un problema de espalda está muy bien, pero si el paciente no cambia las causas profundas o las actitudes viciadas que han provocado su problema, conseguirá únicamente un tratamiento de confort y no un tratamiento de fondo, debiendo ser este último el principal objetivo. Por lo tanto, es necesario después de una normalización osteopática, enseñar al paciente: a corregir sus gestos y sus malas posturas para evitar que los problemas reaparezcan.

### **¿Cuántas sesiones de tratamiento son necesarias?**

Según el estudio realizado (Ver supra) 7 a 10 tratamientos son necesarios en total.

Raramente la mejoría ocurre antes de la 3ª sesión, por esta razón se realizan las 3 primeras sesiones en el mes, las otras sesiones se realizan con un espacio variable de 3 semanas a varios meses según la evolución del paciente.

### **¿Por qué a veces existen dolores post-manipulativos?**

Se trata de síntomas pasajeros, que son susceptibles de aparecer después de cualquier manipulación, incluso si ésta ha sido perfectamente realizada (aumento ligero y temporal de los síntomas).

Son reacciones difíciles de prever, que se manifiestan sobre todo en personas con fuertes problemas neurovegetativos y es a menudo una reacción psicológica.



Corte sagital antes del tratamiento



Corte sagital después del tratamiento

### **¿Cuál es la duración de una sesión?**

La duración de una sesión de osteopatía variará según el caso clínico con el que nos enfrentemos.

Durante la primera visita, la duración de la sesión siempre es más larga debido al cuestionario, que permite conocer al paciente de una manera global. A continuación pasaremos a la inspección y palpación del paciente.

El tratamiento osteopático puede durar entre 30 y 40 minutos, según las patologías.

Si se trata únicamente de un problema mecánico, basta con 15 ó 30 minutos para tratar correctamente al paciente.

Pero puede ser que el paciente presente problemas viscerales o craneales asociados, lo que obligará al osteópata a tratar también dichos problemas. En ese caso la sesión será más larga, pudiendo durar hasta 45 minutos.

La fase más larga no es necesariamente la del tratamiento (que puede durar relativamente poco) sino, más bien, la fase que se emplea para emitir un examen diferencial apropiado, que permita confirmar:

- 1) Si el tratamiento es competencia del osteópata
- 2) El tipo de lesión (articular, muscular, ligamentaria o craneal) 3) La restricción exacta de movilidad

### **¿En qué consiste el diagnóstico osteopático?**

El Osteópata realizará un diagnóstico en 3 etapas:

- 1) Examen ortopédico y neurológico para evaluar las repercusiones de la hernia discal, su nivel y si es realmente responsable de los trastornos del paciente.
- 2) Examen físico para estudiar la postura del paciente, las disfunciones mecánicas y sus relaciones con los síntomas del paciente.
- 3) Examen radiológico y de las IRM son indispensables para elegir el tratamiento.

**NO BASTA VER UNA IMAGEN DE HERNIA DISCAL SOBRE UNA IRM, HACE FALTA QUE EL EXAMEN CLÍNICO CORROBORE LA EXISTENCIA DE UNA RELACIÓN DIRECTA ENTRE IRM Y SÍNTOMAS.**

**LA REGLA FUNDAMENTAL ES QUE SE DEBE EVITAR TODA ACTIVIDAD QUE PROVOQUE EL DOLOR**

**EVITAR:**

- - Coger pesos
- - Inclinarsse hacia adelante
- - Movimientos de torsión

### **TÉCNICA DE FLEXIÓN-DISTRACCIÓN**

El objetivo general de la técnica de flexión – distracción es realizar un bombeo discal facilitando la reducción de la hernia , aumentando la hidratación del disco y luchando contra el edema discal y la isquemia de la raíz nerviosa. Para conseguir esto , la tecnica se basa en el principio de la pinza de Sohier , ya que con esto se dice que se desplaza el núcleo anteriormente y se disminuye la presión intraabdominal e intradiscal. Por otro lado , se ve favorecida la reabsorción del material discal por la fuerza de gravedad , ya que al estar el paciente en prono , el LVCP tiende a empujar el material herniado y no herniado hacia la parte anterior del disco.

Los efectos beneficiosos que se le atribuyen a esta tecnica son:

-aumento de la altura posterior del disco.

- disminuir la protusión y la estenosis.
- abrir carillas articulares , reduce la tension posterior del disco y aumenta los trasportes de metabolitos al disco.
- disminuye presión intradiscal.
- apertura de los agujeros de conjunción.

François Ricard aplica un técnica de flexión – distracción muy parecida a las anteriormente descritas. Para realizar la tecnica se coloca al paciente en prono. En esta posición se inclina el drop para poder aumentar la lordosis lumbar del paciente. A partir de aquí la tecnica se realiza en 3 tiempos , combinando movimientos de flexion – extensión y lateroflexion de raquis lumbar por palanca inferior , siempre a partir de una posición de flexion inicial.

François Ricard realizó un trabajo con 690 pacientes con hernia discal, al cual les aplicó un protocolo de tratamiento osteopático en el cual se incluye la flexión – distracción. Se obtuvieron resultados buenos o muy buenos.

Este tipo de camillas, hoy en día son utilizadas por osteópatas y quiroprácticos, son de gran eficacia para ciertas patologías, sobre todo en hernias y protusiones discales, evitan esfuerzos a los terapeutas y garantizan la seguridad de las manipulaciones.

### **Se diferencias dos sistemas.**

#### **1- El sistema de flexión-distracción.**

Este sistema utiliza la fuerza generada por un motor para mover la parte inferior de la camilla. Antes de aplicar el tratamiento, hay que determinar en que postura se trata que dependerá de la patología de base, (drops lumbar en flexión o en extensión).



#### **2- Sistema de drops.**

Es un mecanismo por el cual, todos los segmentos de la camilla están sujetos a un sistema de resorte, para poder ejercer una fuerza determinada sin hacer daños al paciente. Para “armar “el drop, y levantarlo, antes hay que ajustar la fuerza de resistencia al peso del paciente.

## Los comienzos de la técnica de flexión-distracción.

Fue el osteópata Mc Manis D.O. a principios del siglo XX quién desarrolló esta camilla, de una forma básica, donde el sistema de flexión distracción era de forma manual, mas adelante fue J.M. Cox quiropráctico americano quién evolucionó la técnica incorporando entre otras cosas un motor para facilitar el trabajo.

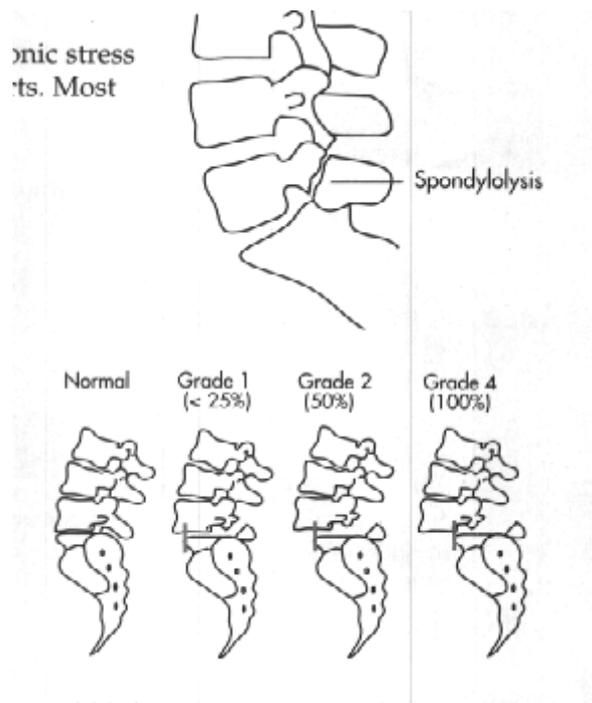


Camilla desarrollada por Mc. Manis. D.O. (1909)

## Aplicaciones de la técnica de flexión-distracción.

El trabajo realizado por estas camillas es de una eficacia contrastada para el tratamiento de las patologías discales de la columna vertebral. Las principales aplicaciones son las siguientes.

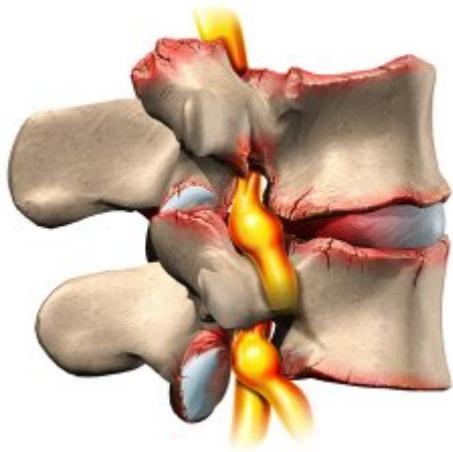
- **Hernias discales, protusiones discales y ciáticas:** son las principales patologías tratadas con el sistema de flexión-distracción, las manipulaciones directas, sobre todo del sacro con el sistema de drops es de gran utilidad para evita posturas más forzadas, como en rotación o lumbar roll. La presión negativa o efecto de succión, que se ejerce en el disco intervertebral afecto, con el sistema de flexión-distracción, es de gran ayuda para recuperar el segmento vertebral, y poder evitar episodios de lumbalgias o lumbociáticas.
- **Listesis de la columna vertebral lumbar,** tanto en anterolistesis, como retrolistesis, hay que revisar minuciosamente las resonancias magnéticas como las radiografías, para descartar la lisis vertebral, que es la ruptura de parte del arco posterior de la vertebra.



· **Lumbalgias mecánicas e inespecíficas**, el hecho de poder movilizar de forma global, como de forma analítica todos los segmentos vertebrales, hacen que esta técnica sea de elección para la resolución de estas patologías.



· **Artrosis y osteoporosis**, ambos sistemas son de gran utilidad, ya que aseguran un tratamiento sin riesgos de fracturas y aplastamientos vertebrales. La movilización continua es la técnica de elección para la artrosis y de gran utilidad para aliviar o disminuir el dolor producido por el desgaste u el choque óseo.



### **Contraindicaciones**

No existen contraindicaciones específicas para este tipo de camillas y de tratamientos más allá de las clásicas aplicables para la terapia manual osteopática, como son patologías oncológicas enfermedades severas del sistema nervioso, estados inflamatorios e infecciosos mayores, fracturas recientes, malformaciones congénitas severas, vértigos por insuficiencia vertebrobasilar.

### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS OSTEOPÁTICAS**

RICARD F. *Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernias discales*. PANAMERICANA 2003.

RICARD F. *Resultados comparativos del tratamiento conservador por osteopatía de las hernias discales lumbares*. Revista científica de terapia manual y osteopatía N°7:1998. 20/33.