

DISFUNCIÓN SOMÁTICA VERTEBRAL

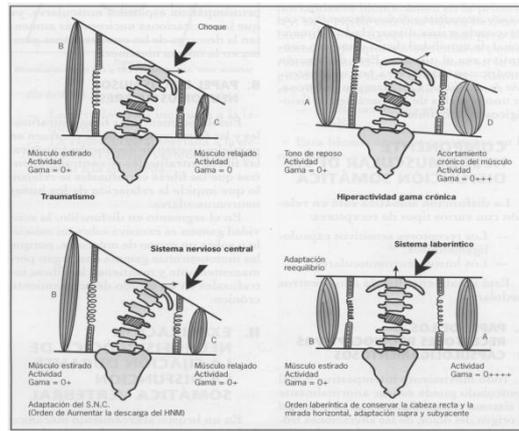
Asist. Lic. Andrés Panasiuk

Podemos definirla como una disparidad tridimensional en la movilidad de un elemento conjuntivo. Esta disfunción se caracteriza por una restricción de la movilidad en uno o varios parámetros fisiológicos de movimiento vertebral. Por otra parte M.Connell la define como una inversión o una perversión de la estructura que causa y mantiene un disfuncionamiento, ya sea por presión, por tensión o los dos al mismo tiempo.

Para la misma el componente neuromuscular cumple un papel importante. Debemos tener en cuenta que en todo movimiento intempestivo o mal controlado se puede estirar anormalmente el sistema capsuloligamentario, esto puede dar origen al dolor o de alteraciones tróficas de origen neurovascular en relación con el sistema ortosimpático, ya que las excitaciones nociceptivas aumentan la descarga de las motoneuronas gama de la metamera correspondiente a la disfunción vertebral.

A su vez, fisiológicamente las fibras intrafusales y las fibras extrafusales del huso neuromuscular se contraen en paralelo, lo que impide la relajación de los mismos, generando sobre el segmento que permanece en disfunción una actividad gamma excesiva sobre un musculo o sobre un grupo de músculos. Dado que las motoneuronas gamma descargan permanentemente y mantienen las fibras intrafusales en un estado de acortamiento crónico, se generara un espasmo muscular continuo que fijara la vertebra o grupo vertebral, creando a corto plazo una fijación articular.

La cronicidad de esta lesión se explica por la simpaticotonía local, que genera un efecto esclerógeno de los tejidos fibrosandose el tejido muscular, por lo que el musculo empieza a comportarse como un ligamento fijando la lesión. Por otra parte la lesión neurovascular asociada es responsable de una estasis vascular local, que además de una anoxia tisular y dolor favorece la degeneración tisular y la formación de edema que repercute también sobre la movilidad. Esta disminución del movimiento fisiológico en las carillas articulares posteriores, solicita un estiramiento de las capsulas articulares las cuales tenderán a retraerse y formar adherencias.



Efectos de una disfunción somática vertebral en las diferentes estructuras

REPERCUSIONES ARTICULARES Y OSEAS: la lesión osteopática provoca una restricción de movilidad local, generando una pérdida del juego articular que repercute sobre la movilidad de la articulación. Esta es compensada por los espacios supra y subyacentes que serán hipersolicitados, lo cual llevara a un trastorno biomecánico capaz de producir la degeneración de la articulación (artrosis interfascetaria).

REPERCUSIONES CAPSULOLIGAMENTOSAS: la instalación del edema y fibrosis, limitara de manera crónica la movilidad articular, llevando a una retracción capsuloligamentaria (etapa crónica).

REPERCUSIONES SOBRE LA DURAMADRE: la restricción de movilidad vertebral va a trastornar el plegamiento-desplegamiento de la duramadre espinal, favoreciendo así las agresiones físicas en las raíces nerviosas, lo que generara trastornos cráneo-sacros.

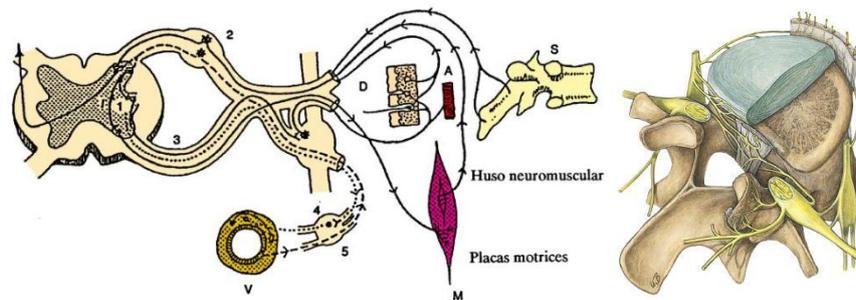
REPERCUSIONES FACIALES: las lesiones vertebrales pueden ser generadora de trastornos periféricos en el cráneo, los miembros, mediastino o abdomen. Este proceso conlleva la formación de cadenas lesionales faciales, realizando restricciones de la movilidad de los elementos densificados sobre los cuales se insertan. Son estas mismas tensiones faciales las que van a trastornar la función de las vísceras y de las diferentes glándulas por el desvío de su vascularización y de sus plexos neurovegetativos locales.

Esquema 2.

REPERCUSIONES MUSCULARES: se trata de la hiperactividad gamma supra y subyacente, así como la facilitación medular que genera un aumento del tono responsable de un espasmo que limita las amplitudes del movimiento o al contrario una hipotonía muscular. Lo cual es el punto de partida de las cadenas lesionales neuromusculares, pudiendo afectar los miembros.

El musculo en espasmo va a presentar rápidamente una isquemia y una anoxia tisular responsables de dolores referidos y de aparición de puntos gatillo miofasciales.

REPERCUSIONES NERVIOSAS: puede producir una irritación de los elementos nerviosos próximos y neuropatías responsables de raquialgias. A su vez, puede generar la facilitación de los flujos nerviosos sensitivomotores y neurovegetativos responsables de trastornos de la función visceral.



El análisis de todos los aspectos de la disfunción somática es fundamental para la completa rehabilitación de un paciente, dado que en la mayoría de los casos los fisioterapeutas nos centramos en resolver el síntoma (dolor, inflamación, etc) dejando de lado el origen de la disfunción, así como las repercusiones generadas por la misma en su etapa crónica.

Bibliografía.

- Ricard. F & Salle. J. Tratado de Osteopatía. Edit. Panamericana. 3ª Edición. p. 23-64. 2003
- Ricard. F. Tratamiento osteopático de las algias del raquis torácico. Edit. Panamericana. p. 91-110. 2007
- Ricard. F. Tratamiento osteopático de las lumbalgias y lumbociáticas por hernia de disco. Edit. Panamericana. p.45-84. 2003