

DOLORES CORPORALES

**Explicaciones y soluciones de un problema
que sólo lo comprende quien lo padece**

Ariel Joselovsky

ISBN 987-96066

Copyright de la versión original: Ariel Joselovsky, Buenos Aires, 1996.

A mis viejos

INDICE

- Prefacio
- Capítulo 1. Siglo XX problemático y doloroso
- Capítulo 2. ¿Qué es el dolor?
- Capítulo 3. Artrosis
- Capítulo 4. Dolor crónico de origen músculo articular en el hombro y la cadera.
- Capítulo 5. Dolor de cabeza
- Capítulo 6. Vértigo y mareo
- Capítulo 7. Dolor lumbar
- Capítulo 8. Escoliosis
- Capítulo 9. Dolor de cuello
- Capítulo 10. Elongación manual selectiva
- Capítulo 11. Crioterapia
- Bibliografía

PREFACIO

Este libro pretende ser útil a aquellas personas que padecen dolores en su cuerpo desde hace muchos años y no encuentran un lenguaje sencillo para hacer comprender su dolencia.

La medicina ha quedado tan atomizada en especialidades, que cuando una persona tiene más de un dolor debe pensar en más de un especialista. El paciente que sufre dolores reiterados siente soledad e incompreensión. Cansado de estudios y consultas nota que ha fracasado en su comunicación. Son tantos los padecimientos, tantos los lugares del cuerpo que sufren tantas las formas y duraciones del dolor, que en el momento de explicar qué le sucede se siente inseguro, convencido de que se lo va a confundir con una situación digna de la psiquiatría.

El cuerpo y su capacidad de movimiento son áreas de casi todas las ciencias de la salud. Pertenezco a la **kinesiología**, ciencia que por definición significa estudio del movimiento. Kinesis (del griego, movimiento) Logos (del griego estudio). Precisamente del estudio de la capacidad total de una persona para moverse y del movimiento mismo es de donde se deben comprender tantos dolores, en tantas partes del cuerpo y por tanto tiempo. Cuando alguien padece un dolor se trata de una persona dolorida afectada en su cuerpo mente. Dentro de una cultura, en particular la que vivimos hoy, caracterizada por la apología del éxito a cualquier precio, los dolores corporales son en cierta forma el precio de cómo vivimos y usamos el cuerpo.

Este trabajo se halla dividido en secciones que tratan de describir con un lenguaje sencillo, síntomas y dolores tan cotidianos como la vida misma y aproximar un entendimiento que sirva para comunicar a los profesionales lo que sentimos, sin tener que dudar de nuestras propias sensaciones.

Seguramente el lector se identificará con los ejemplos. Es sólo la interpretación de algo que le ocurre a todos los hombres y mujeres que se precian de ser contemporáneos de una sociedad vertiginosa.

A aquellos profesionales que lean este libro les digo que no se intenta explicar nada nuevo, pero sí unificar códigos que son comunes a los pacientes, pero paradójicamente, no lo son para nosotros los facultativos.

Capítulo 1

SIGLO XX PROBLEMÁTICO Y DOLOROSO

Se habla mucho acerca del estrés, pero no siempre es siempre es bien comprendido que las presiones sociales y la falta de conciencia del propio cuerpo provocan la aparición espontánea de dolores que se presentan como síntomas de que algo anda mal en una persona.

Un disgusto se puede transformar en un fuerte dolor de cuello o espalda que reemplazará al problema original y demorará la resolución de aquel. Es decir que no debe pensarse que las tensiones musculares son una simple contracción del músculo.

Es importante tener en cuenta que, en los meses de vida intrauterino el feto nunca se diferencia de la madre (esto sólo ocurre a partir de los primeros años de vida). El feto habita un mundo acuoso al que percibe a través de su cuerpo, por intermedio de la piel y los músculos. Una vez desarrollados éstos, constituyen su principal medio de comunicación y las sensaciones corporales se transforman en su forma primaria de intercambio. Esta relación se pone de manifiesto más claramente luego del nacimiento, cuando el bebé siente la división con aquella totalidad: su madre. Un ejemplo sencillo de esta situación es el hecho de que sólo se calma la angustia del recién nacido, con el contacto del cuerpo de quien consideraba su parte total; así comienza a establecerse un diálogo entre las tensiones corporales de ambos cuerpos.

Siguiendo con ejemplos sencillos, este intercambio de tensiones musculares como forma de diálogo es extensivo, en los meses siguientes, al padre y a los familiares cercanos; es común observar cómo el bebé se pensiona o llora en los brazos de un desconocido. Con el correr del tiempo se produce la comunicación visual y auditiva, y las tensiones musculares se transforman en gestos expresivos a través de la cara y los brazos, hasta desarrollar la forma más sofisticada de comunicación que tenemos los seres humanos, que es el lenguaje verbal, el que nos caracteriza como un ser superior con respecto a los demás seres vivos.

A pesar de esto, las tensiones musculares (tono), siempre estarán presentes en nuestro cuerpo como forma primitiva de comunicación. Aquí entonces, estamos en presencia del lenguaje corporal, que caracteriza a las distintas razas y más aún, a cada persona. Las expresiones del rostro de alegría o de tristeza la postura deprimida o excitada es dirigida exclusivamente con el tono muscular. Es necesario saber entonces que, todo movimiento consta de dos etapas simultáneas, una es la “tónica”, que le imprime al cuerpo un mínimo de tensión muscular que es necesaria para realizar la segunda etapa de la contracción, llamada “fásica”. Esta última consiste en el desplazamiento de los segmentos corporales apoyados en una estructura postural sostenida por el tono.

Existen expresiones que forman parte del folklore popular y están directamente ligadas a la tónica de dicha estructura, por ejemplo: “sacar pecho ante la adversidad”, “bajar la cabeza”, “el miedo le aflojó las rodillas”, “es un tipo tenso” o “necesito relajarme”. Estas expresiones populares no significan otra cosa que diferentes estados de tensión muscular. Todos los estados emocionales se expresan a través de los músculos; de manera que deberíamos considerarlos como órganos de expresión.

La acumulación de tensiones expresivas lleva a través de los años, a tallar nuestro cuerpo no sólo a nivel muscular sino también, a modificar los ejes de nuestros huesos y la consistencia de los cartílagos, y darle rigidez o flexibilidad a los ligamentos y tendones. La falta de conciencia del cuerpo se nota en la torpeza de los movimientos. Por su parte, la rigidez del cuello denota cómo ha ido perdiendo flexibilidad, y entre otras cosas la capacidad de girar e inclinarse hacia delante y hacia atrás sin esfuerzo. Pruebe usted, en este momento, llevar su mentón hacia la parte superior del pecho y observará cuánta tensión tiene su cuello. ¿Es realmente necesaria? Seguramente no, pero usted no puede dominarlo. La vida moderna cargada de presiones por la búsqueda del éxito y por el miedo al fracaso nos lleva a estar muy atentos al funcionamiento del mundo exterior y desatentos a la marcha de nuestro cuerpo.

¿Para qué es usted más hábil? ¿para agacharse en posición de cuclillas o para estacionar su automóvil?. Recordemos que la posición de cuclillas es la forma más natural de estacionar nuestro cuerpo en la tierra para reflexionar o descansar. Pero a partir del invento de la silla hemos abandonado esta posición y hoy casi nos es imposible realizarla, porque nuestros músculos ya no están adaptados a tanta flexibilidad (lo natural era la flexibilidad que daba la posición de cuclillas. Esta es la posición ideal para alargar la parte inferior de la espalda y la región de los glúteos, ya que sus músculos siempre se hallan tensos, porque cuando uno está parado o camina participan de modo importante.

Vivimos ya la revolución industrial y el estallido de la tecnología ha cambiado definitivamente la cultura de las posturas de los seres humanos. Ya no sería lógico desprendernos de la silla, pero sí es justo fabricarlas en función del cuerpo y no solamente de criterios estéticos.

Siempre estamos a tiempo de conocer las reales capacidades de movimientos de nuestro cuerpo y de tratar de mantenerlas libres de tensiones musculares para toda la vida.

Desafortunadamente no nacemos con un manual de instrucciones para aprender a mover nuestro cuerpo, pero sí existen métodos de autoconciencia de sus estructuras y de las funciones del movimiento, y a través de ejercicios y manipulaciones podemos contrarrestar la presión social y la presión de nosotros mismos sobre nuestro cuerpo. Somos el cuerpo y necesitamos conocernos.

La falta de flexibilidad corporal se mejora con ejercicios de tipo postural, pero desde el punto de vista químico no podemos eludir nuestra responsabilidad frente a la alimentación, porque si los componentes químicos del cuerpo no están en orden, difícilmente podamos corregir nuestros defectos posturales con voluntad. Una persona mal alimentada no tendrá la energía suficiente como para realizar determinados movimientos, la falta de componentes esenciales del organismo, no puede ser compensada solamente con intenciones intelectuales.

El movimiento es la expresión de la vida de un cuerpo. Mientras el músculo cardíaco bombea, y el músculo diafragmático nos haga respirar más allá de nuestra voluntad, algo es seguro: estamos vivos. Pero nadie goza de una vida plena si vive lleno de ataduras.

Los músculos tensos esconden emociones formando una coraza muscular que nos aísla del contacto con otras personas y encierra a nuestros problemas dentro del propio cuerpo. Cuando un felino se ve en riesgo, eriza el lomo; cuando una persona se ve emocionalmente comprometida ante una situación de riesgo, tensiona su musculatura espinal. De ahí que el dolor de cuello y espalda sean tan comunes en nuestros días.

Cuando el hombre primitivo se tensionaba ante el peligro, gastaba toda esa energía acumulada en los músculos, ya sea para la huida o para la lucha. Hoy los motivos que nos cargan de energía son distintos y nos es muy difícil descargarlos radicalmente de nuestro cuerpo por medio de movimientos físicos. Por lo tanto esa tensión energética queda dentro nuestro produciendo acortamientos musculares que cambian los ejes de nuestros huesos produciendo incongruencia entre las articulaciones, las que a través de los años se desgastan innecesariamente dando origen a los procesos artrósicos, que no son otra cosa que la reacción biológica del organismo.

Al aumentar la carga articular en un punto determinado, el cartílago se destruye y es reemplazado por tejido óseo, que no es flexible como el anterior, provocando una deficiencia de la movilidad en la articulación con el consecuente dolor. Esta es la explicación biológica de cómo el maltrato de nuestro cuerpo a través de un mal manejo de las emociones, termina formando una patología concreta.

Cuando alguien consulta o se pregunta por qué le duele siempre su espalda, espera alguna respuesta casi mágica donde una sola causa sea el motivo de este dolor o padecer. Como la respuesta no existe desde ese punto de vista, nunca se encuentra una solución definitiva. Son muchos los motivos que hacen que la mayoría de las personas padezcan dolor de espalda, acompañado de dolor de cabeza o de sensación de vértigo y mareos. Si bien este triángulo de síntomas puede alternarse, existe siempre predominio de uno; cuando el dolor de cabeza es más frecuente nos encontramos con un paciente con una personalidad definida, distinta a la del que padece más el dolor de espalda o a aquel que se e sometido a vértigos y mareos, por sobre los otros dos dolores. Su carácter difiere substancialmente de los otros, pero todos tienen algo en común y característico: el componente emocional.

Si bien en los próximos capítulos existe un detalle completo del aspecto psicológico, podemos comenzar desde aquí a reconocer los síntomas.

Las emociones están conformadas por sentimientos de distinto tipo; los sentimientos a su vez están conformados por distintos tipos de sensaciones que el cuerpo produce como respuesta a estímulos externos e internos. El cuerpo siempre se halla en la búsqueda del placer, a través de la satisfacción de sus necesidades, desde las más básicas como alimentarse, respirar y moverse, hasta las más sofisticadas como formar pareja, reproducirse o auto realizarse. La armonía se produce entonces con la satisfacción de estos sentimientos que se conducirán hacia el exterior, a través de emociones de satisfacción.

Pero como todos sabemos que la vida es compleja y lograr satisfacer nuestras necesidades es difícil, se producen entonces sentimientos tales como el enojo o la ira que muchas veces se observan como emociones de tristeza.

Siempre que una persona pueda manifestar su tristeza y expresarla hacia el mundo exterior, tendrá la certeza de que alguna vez también podrá expresar su alegría y felicidad, porque su personalidad está integrada con el cuerpo y éste es expresivo. Parece fácil, pero no lo es; no estamos acostumbrados a sentir en nosotros mismos ni a observar a las personas que nos rodean. Aquí comienzan a entrelazarse las tensiones musculares y los estados psicológicos. Cuando una persona va a expresarse, siempre lo hace a través de su cuerpo, no sólo con movimientos ostensibles, sino fundamentalmente con gestos, lo que se produce por estados naturales y normales de

tensión de los más de 600 músculos y envoltorios que nuestro cuerpo tiene, y que conocemos como tonicidad o tono.

El tono fundamentalmente expresa sentimientos y tal como la entonación en una palabra, da sentido. Por ejemplo: cuando un niño pregunta si está mal lo que hizo y su padre con un “no” expresado con ternura y tranquilidad lo aprueba, puede ser placentero. Pero si la pregunta es si lo quieren, un “no” fuerte y seco, puede ser una daga en sus sentimientos. La respuesta fue siempre un “no” con igual sentido, pero en función de la pregunta cambió, y con su entonación causó placer o lastimó.

En los músculos ocurre lo mismo, se mueven siempre de igual manera, pero su tono determina qué emoción descarga. Por ejemplo: en un apretón de manos, no sentimos lo mismo de una mano firme con buen tono, que de una mano floja que expresa desconfianza o rechazo.

Los músculos expresan emociones que se originan en los sentimientos, pero como sabemos, no siempre expresamos nuestros sentimientos, por lo tanto habrá tensiones musculares que impedirán a cada sentimiento expresarse libremente. Así, el sentimiento reprimido origina un conjunto de tensiones musculares alrededor del gesto que expresa sin trabas una emoción. Por ejemplo: aquel que se halla privado de decir un “no” a un superior o a una situación que no puede rechazar a pesar de sus sentimientos. Si esta posición se prolonga en el tiempo, en su cuello aparecerán dolores que se hacen crónicos. Existen muchísimos movimientos que son inhibidos en nuestro cuerpo, provocando la incapacidad de expresar emociones. Nuestra cultura actual nos obliga al cuidado de la imagen social, lo que no permite expresar abiertamente nuestros sentimientos, esto es sólo una de las causas de los padecimientos o dolores corporales, pero debe tomarse como un factor determinante.

Cuando el hombre en su antiguo estado salió del agua para convertirse en un ser terrestre, lo hizo como reptil; así su morfología era absolutamente distinta a la que conocemos hoy. Por ejemplo: su sistema muscular era mecánicamente muy primitivo, a tal punto que el cuello estaba conformado por músculos en forma de láminas que lo rodeaban, y esas láminas se han transformado hoy en músculos claramente diferenciados, con distintas secciones que pueden producir movimientos muy precisos y mucho más importantes como el de sostener la cabeza en vertical. Un ejemplo de esto es lo sofisticado que significa colocar la cara de modo frontal ante otro semejante, y mientras tanto comunicarse con gestos y desarrollar palabras articuladas con la boca y la lengua, combinar los movimientos del cuello y los ojos para apuntar la mirada en función de algún objetivo; o por ejemplo ante una complicada tarea manual, combinar la posición del cuello, la ubicación de los ojos y el movimiento de la mano.

Siempre existió para el hombre la necesidad de elevarse, y de reptil pasó a cuadrúpedo cambiando su visión sobre el mundo. Luego siguió con la posición semirrecta, es decir de parado sobre los miembros posteriores, tratando de dar libertad a los miembros anteriores; aquí comienza el principio del increíble desarrollo de su inteligencia. Cuando sus miembros anteriores se liberaron de la dura tarea de cargar el peso corporal y empezaron a servir de apoyo, quedaron libres para comenzar a crear utensilios y elementos que cambiaron la vida del ser primitivo.

Puede considerarse a las manos como verdadera expresión del cerebro. Mientras que en la actualidad el hombre puede explotar sólo el 5% de la capacidad de su cerebro, la posición erecta (la que hoy todos tenemos) es casi la consagración definitiva del esqueleto frente a la acción de la gravedad, pero aún nos faltan algunos acomodamientos que se van a producir a través de los próximos cientos de miles de años; esto explica por qué la artrosis es un elemento común en la evolución del hombre y por qué los dolores de espalda, cabeza, nuca y los mareos son de tanta vigencia.

Cuando el hombre pasó de la cuadrupedia a la bipedestación, disminuyó el consumo de energía en fines posturales, de un 40% del total a sólo un 18%. Esto significa que la optimización del consumo energético que el hombre logró durante su milenaria evolución, no es una conquista de la cual todos los hombres y mujeres saquen provecho cotidianamente en un 100%.

Cuando un individuo se pone de pie con la cabeza por delante del eje de su pecho, éste se halla hundido, la espalda curva y los hombros caídos, de modo que está consumiendo energía en un porcentaje mucho mayor que ese 18% que la especie humana supo conquistar y que se considera óptimo. La inadecuada forma de usar el cuerpo en nuestras actividades diarias lleva inexorablemente, a un desajuste de nuestros ejes corporales que, de la misma manera que si se tratase de un edificio, cuando no se corresponden parece que el derrumbe es inminente. Los seres humanos no nos derrumbamos, pero sí generamos tensiones musculares que soportan este intento de derrumbe del esqueleto (al igual que los tabiques apuntalarían a un edificio para demolición), formando contracturas y verdaderos mapas de tensiones musculares que se reflejan en dolores y en la pérdida de flexibilidad.

El mal uso de la postura como recién hemos visto, produce un malgasto de energías, y el estar siempre cansado (con fatiga crónica), aparece casi como un estigma de nuestros tiempos. La frase “estoy cansado” “no doy más”, suenan en nuestros oídos varias veces en el día y casi siempre correspondidas por un “yo también estoy cansado”.

Es bueno saber distinguir el cansancio físico normal, del de un estado de fatiga crónica. En primer lugar el cansancio provocado por un esfuerzo físico, como por ejemplo un mudanza o simplemente un día al aire libre debe reponerse con un sueño de siete u ocho horas, dejando solamente algunas molestias de tipo muscular cuando el estado físico no es el adecuado, y que deberían desaparecer definitivamente en el término de dos o tres días. Cuando el cansancio es permanente a través de los días y no existe un esfuerzo físico que lo justifique, las causas deben buscarse en distintos órdenes. En el nivel psicofísico se puede observar que cuando se realiza una tarea que no produce satisfacción, o bien la produce y no están dadas las condiciones para disfrutarla, todos los movimientos que realizamos por pequeños que sean, se producen con un exceso de tensión muscular que lleva a un innecesario gasto de energía extra.

Por otra parte, la tensión muscular se transforma en un hábito crónico que altera el normal desempeño de las articulaciones, y no tardan mucho en llegar entonces los dolores generalizados. La normal circulación interna de los músculos se ve disminuida produciendo una mala oxigenación a nivel de cada una de las células que obliga a aumentar el esfuerzo para realizar tareas simples. Las zonas más afectadas por tensiones y dolores son el cuello y los hombros, irradiando dolores hacia la cabeza, produciendo a nivel consciente un estado de agotamiento que completa el estado crónico de la fatiga. Sin el oxígeno suficiente, la combustión metabólica es pobre y el cuerpo refleja una dinámica también pobre, fácilmente detectable.

Por el tono que rodea a la persona, desde el nivel químico puede observarse que la persona produce una micro transpiración permanente y con el correr de las horas puede llegar a un estado de semideshidratación. La pérdida de agua se observa también a nivel de sangre, la cual se halla condensada y cuya circulación se hace mucho más lenta, por lo tanto nuevamente disminuye la oxigenación del organismo. En esta transpiración permanente se pierde hasta un 70% de los minerales esenciales que logran la relajación de los músculos, concretamente el Magnesio y el Potasio. Si tenemos en cuenta que estos elementos participan a su vez en la formación y liberación de energía, es lógico entender que el estado de cansancio va a ir en aumento.

La fatiga crónica se caracteriza por una postura reconocida por la espalda curva o vencida, provocada por la falta de capacidad de sostén de los músculos espinales que junto a sus envoltorios pueden mantener vertical a la columna vertebral. En el mediano plazo se producirán dolores de cabeza, de cuello y de espalda. Ante estas posiciones vencidas que potencian todas las sintomatologías antes descritas, que a fines del siglo pasado y principios de este parecen una epidemia social, algunos de los pilares donde se sienta su recuperación son: la modificación de la predisposición a la actividad laboral, una mejora de las relaciones afectivas sumada al control postural, y el aumento de minerales en su dieta.

Los índices del ausentismo laboral aumentan a tal punto que sólo en los Estados Unidos, 90 millones de personas padecen dolor de espalda en forma aguda, por lo menos una vez al año. Si bien en nuestro país no existe una estadística precisa, los porcentuales podrían ser parecidos o quizá mayores, tratándose entonces de más del 50% de la población activa.

Las siguientes situaciones son planteos que uno se puede hacer para saber cuál es su estado de fatiga y si realmente ha llegado a la fatiga crónica. En el primer nivel a la persona le cuesta salir de la cama y enfrentar las situaciones cotidianas, siente que su cuerpo no tiene fuerza y trata de ocupar su mente con más tareas de las que realmente puede realizar. Cuando esto se profundiza se llega a un segundo nivel, donde a dichos síntomas se suman una sensación de depresión durante los fines de semana, una disminución de peso sin explicación y la aparición sistemática del dolor crónico en la cabeza o en la espalda. En el último nivel, el tercero, la persona se siente siempre enferma y no sabe qué es lo que tiene, está altamente irritable y de alguna manera se siente que su vida peligra y –sintiendo además- que nadie lo entiende. En realidad, ella no se entiende a sí misma.

El dolor de espalda o de cabeza, los mareos o la fatiga crónica, son síntomas a través de los cuales el cuerpo expresa un pedido de auxilio en esta extremadamente individualista sociedad actual. Quienes se rezagan en la loca carrera por el éxito, quedan aislados en su propio individualismo, como una expresión excesiva de su ego, el cual trata de despegarse del cuerpo como si éste fuese una carga demasiado pesada. Pero en algún lugar y en algún momento, los síntomas del dolor de cabeza y de espalda, los mareos y vértigos, nos recuerdan que nosotros somos el cuerpo. En la medida que no se satisfagan nuestras necesidades corporales, siempre tendremos molestias que nos recordarán que por más éxito material que obtengamos, no podemos ser felices.

Capítulo 2

¿QUÉ ES EL DOLOR?

Como definición clásica, el dolor es una señal de alerta o alarma (según su intensidad) para proteger el cuerpo de un daño. Por lo tanto se puede inferir que el dolor como sensación, tiene una función relacionada con la supervivencia y aparece en circunstancias límites. Puede parecer extraño hablar del dolor como algo benéfico y es lógico ya que nada es más terrible para un ser vivo que el dolor corporal. La historia trágica de la humanidad se basa en experiencias de dolor y es el síntoma inequívoco del sufrimiento. Pero la aclaración de que el dolor es un signo de alarma sirve para pensar de qué manera hay que tratarlo. Esto significa que todo tratamiento que se indique, debe solucionar las causas que producen el dolor y no solamente atacar el dolor como entidad en sí misma. Si bien el alivio de dolor es varias veces confortable para quien lo padece, no puede ser el objetivo en sí mismo del tratamiento, ya que quitar la señal de alarma no significa eliminar el peligro. Como ejemplo siempre comentamos a nuestros pacientes que, si usted viaja en su automóvil y se enciende la luz que indica la falta de combustible, usted tiene dos opciones: carga nafta o rompe la luz indicadora. En el primer caso su viaje culmina con éxito; en el segundo, sólo por un tiempo creerá que no tiene problemas.

Pero el dolor no es sólo expresión en la anatomía y fisiología del cuerpo humano, ya que lleva consigo connotaciones emocionales importantísimas. Platón (500 a.C.) afirmaba que “el dolor no sólo se presenta por estimulación periférica sino como una experiencia emocional”. 2500 años después los estudios sobre el dolor nos indican que el que el mismo se origina en los receptores periféricos de sensaciones térmicas, mecánicas o químicas estimuladas en su máxima expresión.

A la vez, es muy difícil encontrar un paciente con dolor crónico de una patología que lo justifica ampliamente, que no atraviese una crisis emocional. Sólo una mirada integral al paciente doloroso puede encontrar o aproximar una solución a su padecer. Cuando se encuentran tratamientos absolutamente biológicos, el dolor puede desaparecer, pero inevitablemente vuelve. Cuando el enfoque es absolutamente psicológico, el paciente suele aceptar la situación; su ansiedad y angustia disminuyen pero el dolor no desaparece.

Por lo visto interpretar la justa medida de los componentes biológicos y psicológicos del padecer, da resultados óptimos. Es muy importante diferenciar el dolor agudo del dolor crónico. El primero obedece a causas generalmente muy concretas como contusiones, infecciones, etc. Los dolores agudos son proporcionales al agente productor variando, desde muy leves hasta insoportables. Las apariciones son bruscas y su alivio obedece a la solución urente de su origen. En una apendicitis ya diagnosticada,

la solución no deja lugar para el análisis al igual que en una fractura. En cambio el dolor crónico, que es aquel que se prorroga en el tiempo y muchas veces dura años, obedece a causas múltiples como las que se detallan en los capítulos específicos del presente trabajo.

En el caso crónico, las causas emocionales cobran un valor significativo y se transforman en un efecto predisponente para la prolongación y el aumento del dolor. La gran diferencia entre la aparición del dolor agudo y el dolor crónico es que el primero es limitado en la intensidad y tiempo, en cuanto persiste el agente que lo estimula. En el caso del dolor crónico persiste aún cuando los estímulos no están activos. Las secciones terminales de los nervios periféricos en la región lesionada, tienen cambios mecánicos y químicos que aumentan la sensibilidad con lo cual se desencadena dolor con los más mínimos estímulos.

Existe a su vez una hiperexcitabilidad de la parte posterior de la médula (área de sensibilidad) con modificaciones neurológicas por estimulación repetitiva. Para que esto ocurra, la lesión debió permanecer activa por un tiempo suficiente. Algunos autores hablan de 3 meses o más, incluso hasta 6 meses, pero cuando supera los tiempos normales para la patología se puede hablar de dolor crónico. Las lesiones en cuello y columna lumbar son proclives a la cronificación ya que son áreas de excesivo trabajo y sacrificio mecánico.

Las líneas anteriores tratan de un solo panorama descriptivo: de que la medicina tradicional explica dos tipos de dolor, el crónico y el agudo. Pero las últimas décadas se ha instalado una suerte de creencia popular sobre el dolor psicológico. Lejos de ser una creencia, los cambios perceptivos del dolor son más que significativos.

Hasta aquí hemos hablado del dolor crónico como una forma específica de sensación, pero queda un inmenso espacio sin aclarar, que es, cómo cada persona percibe su dolor. Si pinchamos los dedos de dos personas distintas con la misma aguja y la misma fuerza: ¿les duele igual?; seguramente no, y hoy, a pesar de toda la tecnología para la evaluación física, la única oportunidad que tenemos para saber “a quién le dolió más” es preguntar a cada una qué interpreta. Entre la sensación y el pensamiento existe un paso intermedio que llamamos percepción. En esto tallan las experiencias personales de cada individuo; por lo tanto la percepción individual modificará el pensamiento y la sensación. Aquí la popular creencia del dolor psicológico se transforma en un acampo de estudio ilimitado que hoy se halla sólo en sus comienzos y las aseveraciones no son inapreciables al desafía de las ciencias de la salud.

Precisamente porque la historia de la humanidad siempre se halla ligada al dolor corporal.

¿Qué significa el dolor? La creencia del “dolor mental” cobró hoy una vigencia asombrosa. ¿Se puede hablar de un dolor físico y otro mental? Tenemos indicadores muy claros de que el dolor no es una mera creación de nuestra fisiología. Muchos pacientes con dolor crónico de espalda nos relatan que al comienzo estuvo ligado a alguna situación emocional: divorcios, fallecimientos, nacimientos, exámenes, etc. Por supuesto los recrudecimientos del dolor también se ligan a procesos emocionales.

En su libro “La cultura del dolor”, el doctor David Morris de la Universidad de Iowa, dice: “ El dolor de una herida en el pie tiene una fuente inmediata, es obvio, muy distinta del dolor de un divorcio sin remedio. No obstante, a la larga, fuentes distintas no implican necesariamente dolores distintos”.

Hoy el dolor crónico, aquel que es recurrente, está más cerca de lo desconocido que de lo científicamente comprobado.

¿Cuántos pacientes sienten dolor y sus familiares y amigos creen que lo imaginan? Por otro lado, ¿cuántos pacientes sienten dolor y los estudios más avanzados no encuentran causa que lo “justifique”?

Existen personas que han desarrollado una profesión y generan grandes espectáculos mostrando al público cómo no sienten dolor al comer clavos o al atravesar sus mejillas con agujas de tejer. En cambio, otros se desmayan ante un pequeño corte en un accidente. Entre ambos ejemplos se halla la humanidad y en cada cultura se pueden comparar los dolores relacionados al trabajo. Por ejemplo, los siglos pasados con los actuales, de modernos trabajadores, de sillón y aire acondicionado. Esto no pretende ser una comparación odiosa; por el contrario, ¿quién se atreve a decir quién está más solo con su sufrimiento? El esclavo humillado que se movilizaba por la fuerza que le daba el sentimiento de búsqueda de libertado o el hombre moderno con un gran vacío espiritual, que todo lo llena con lo material.

Podemos hablar de la espiritualidad del dolor. Se conocen casos en la guerra de Vietnam de soldados que sufrieron mutilación y estuvieron sin atención durante horas y otros que morían de pánico sin haber sido gravemente heridos. Cuando se habla de dolor se habla de una expresión de la persona toda. La suma de las distintas personalidades arma culturas. En la historia hubo pueblos fuertes y guerreros, y pueblos débiles y sometidos cuyos integrantes no soportaban el dolor. La desesperación del paciente y su médico, llevan al consumo desmedido de fármacos que alivian el dolor en forma esporádica.

Pensar en los orígenes del dolor pierde importancia cuando el dolor desaparece con la píldora mágica. Pero a veces la verdadera medicación no fue aplicada en el momento justo porque se ocultó el síntoma detrás de dicha píldora.

Capítulo 3

ARTROSIS

Es difícil determinar si la artrosis es una patología o un proceso normal de las articulaciones como consecuencia de su desgaste. Todas las personas a partir de los 40 años aproximadamente, padecen artrosis en las articulaciones que más han usado en su vida. Hoy en día no es nada extraño encontrar artrosis cervical en personas menores de 30; probablemente esto suceda porque el cuello cumple una función muy particular (este punto se detalla en los capítulos dedicados a “Dolor de cuello” y “Vértigo y mareo”). Lo concreto es que, a mayor uso mayor desgaste y por lo tanto mayor artrosis. Debo aclarar que cuando me refiero a “uso” en realidad hablo del mal uso que significa provocar la fricción entre los cartílagos articulares.

Toda articulación formada por dos huesos como mínimo; estos en su extremo se hallan revestidos por cartílago (tejido conjuntivo especializado en resistir fricciones). La fricción entre los cartílagos aumenta en la medida que éstos se aproximan entre sí por la existencia de una fuerza que disminuye el espacio articular o luz articular, común a cualquier articulación. Esta fuerza está dada por un aumento de la tensión de los músculos que participan o por la sobrecarga de peso corporal correspondiente a las masas que participan. Por supuesto que toda articulación detenta un peso máximo para soportar, incluso en casos de baja obesidad. Pero el problema está cuando se sobrepasa el 20% del peso esperado, a lo que se suma algo quizás más importante que es el tiempo que cada articulación soporta la carga. Por ejemplo: una persona que debería pesar 70 Kg. y pesa 90 Kg., ya sobrepasa en un 20% lo tolerable. Tomemos como referencia sus rodillas; si trabaja sentada y camina poco, sus rodillas se verán muy poco afectadas, no así su cintura y sistema cardíaco. En cambio si tiene como oficio el de cartero y camina varios kilómetros diarios por varios años, no debe sorprendernos que se produzca artrosis en sus rodillas desde una edad temprana. Si la misma persona pesara menos, también produciría artrosis.

Existe una estrecha relación entre la carga y el tiempo de aplicación sobre un punto determinado en la articulación. En la medida que cualquiera de las dos variables aumente también aumentarán las probabilidades de producir artrosis temprana.

Por otro lado, existe el factor tensional a través de la fuerza que produce sobre la articulación la contracción muscular sostenida. Esto se explica de la siguiente forma: por ejemplo, la columna cervical soporta poco peso, prácticamente solo el de la cabeza y obviamente que la obesidad varía muy poco en esta zona; pero todos sabemos que la artrosis cervical es de las más comunes, precisamente porque los músculos del cuello “cargan” con el estrés cotidiano (una explicación más amplia se ven los capítulos referentes a cuello y vértigos). Pero este exceso de tensión es tanto o más pernicioso que cualquier sobrepeso. Cuando la fricción entre los cartílagos aumenta, estos con el

tiempo (en este caso hablamos de años), reaccionan con desgaste y el cartílago es reemplazado. Por este proceso de osificación, las formaciones óseas reemplazan al cartílago castigado (osteofitos), e intentan repararlo, pero la reparación ósea hace una articulación inadecuada, esto significa que las carillas articulares se vuelven deformes, con lo cual se pierden los ejes mecánicos normales y causan dolor.

Dolor provocado por artrosis

Si bien cambian algunas características según la región, existen algunos indicios comunes del dolor provocado por la artrosis. Lamentablemente gran parte del proceso de desgaste del cartílago articular es asintomático o con esporádicas molestias que desaparecen en 24 o 48 horas y no retornan por varios meses. Es precisamente la falta de dolor lo que provoca que la persona reitere durante años los movimientos y excesos que generan artrosis. Una vez instalada la artrosis, los dolores son fuertes y se prolongan por grandes espacios de tiempo. EL dolor varía desde una sensación sorda y difusa que invade la articulación, hasta otra fuerte y puntual. La variación es directamente proporcional a la evolución de la patología, tornándose indefinida al inicio y finalmente concreta.

Dado que la artrosis es una enfermedad provocada por el desgaste y los poli microtraumatismos, y no tiene características sistémicas (es decir que no tiene relación con el resto del funcionamiento del metabolismo en general), no presenta vinculación a estados febriles ni reacciones de la piel. Cuando esto sucede, debemos pensar en otro tipo de patología articular del tipo de la artritis o fiebre reumática, cuyo origen y evolución son totalmente diferentes y pone en compromiso la salud general del paciente.

En el caso de la artrosis, que cuando aparece en grados muy extremos invalida la articulación, nunca el compromiso sobrepasa estos límites.

Dadas las particularidades de la bipedestación humana, todos los efectos de la carga se asientan sobre las articulaciones de la columna, las caderas y las rodillas, dando a cada una una característica propia. En el caso de la columna, se ve en varios capítulos de este libro y en detalle según el sector. La cadera tiene su capítulo.

Tomemos entonces como ejemplo para desarrollar, a la artrosis de rodilla que es muy frecuente. A esta articulación podría considerársela como un amortiguador del miembro inferior que está vinculado a los efectos de carga y descarga del peso corporal en cada paso que damos, o cuando permanecemos de pie. Esta coyuntura, generalmente es mal usada. Existe un exceso de tensión muscular permanente cuando estamos de pie, con una tendencia a llevar hacia atrás y en extensión a las rodillas, y esa posición es casi “cruel” para la articulación. Se ejerce una gran presión sobre los cartílagos articulares, en particular en los meniscos (móviles y de forma semi oval), que se hallan dentro de la articulación, y que gracias a ellos el nivel de desgaste de la rodilla disminuye. Pero cuando se piensa en el dolor producido por una rodilla con artrosis, nunca se le da valor real a la rótula dentro de este padecimiento.

La rótula es un hueso sesamoideo (es decir que funciona en paralelo) revestido por cartílago en la parte en contacto con el fémur y la tibia. Este cartílago es el más grueso de todo el organismo, y no es casual, por el contrario es un indicador claro de la gran presión que soporta esta zona. Se calcula que una rodilla en su máxima flexión llega a soportar siete veces el peso corporal. Veamos un ejemplo: cuando una persona padece dolores en sus rodillas y por algún motivo se agacha totalmente, el dolor se incrementa al punto de no poder levantarse, e incluso se ve obligada a caer o a sentarse

en el suelo pues no puede mantener la posición en cuclillas o agachada. Aquí se produce la máxima flexión en la rodilla; muchos pacientes comentan casi con sorpresa que sus rodillas duelen más al bajar escaleras que al subirlas. Este dato es fundamental para diagnosticar artrosis patelar o de la rótula. Precisamente, al bajar, se realiza una flexión de rodilla de 65° sobre la pierna de apoyo, mientras que la otra queda en el aire buscando el escalón inferior. A esos 65° se le suma todo el peso corporal, ya que queda sobre el eje de la rodilla o por delante; entonces la actividad muscular que realiza el cuádriceps para soportar y no dejar caer el cuerpo es también de siete veces el peso corporal. En cambio al subir, el centro de gravedad queda muy por delante de la rodilla, y la fuerza que evita la caída se encuentra en la región glútea y no en la rodilla. La presión es sólo el peso corporal por dos; la confusión pararse porque subir escaleras es un ejercicio más intenso a nivel cardio-respiratorio, pero desde lo mecánico la intensidad es menor. En el conjunto común, a nivel del tendón distal del cuádriceps, todo su poder se ejerce en la rótula. La orientación de la rótula dependerá de los estados de elongación del músculo cuando este se halla acortado (situación por demás habitual). La rótula toma cierta posición oblicua y roza mucho con los demás cartílagos. Entonces, podemos concluir que la salud de la rodilla depende en gran parte, de la elongación de los músculos cuádriceps más que de la fuerza de estos, que si bien no debemos dejar de lado, en la mayoría de los casos parece ser la única preocupación de los profesionales. Inclusive en muchos casos de acortamiento muscular prolongado, además de ejercicios de elongación, habrá que aplicar maniobras manuales de elongación selectiva a nivel de la cápsula, que también se halla retraída. Asimismo, cuando se trabaja la fuerza de los cuádriceps se olvida de trabajar la musculatura posterior de la rodilla, en particular los músculos isquiotibiales. De esta forma se produce un desbalance entre las fuerzas anteriores y posteriores que repercuten en una mayor presión sobre la rótula. En conclusión, la mayoría de las artrosis de rodilla comienzan en la rótula y se pueden prevenir de la siguiente forma.

- 1) Mantener alongados los músculos cuádriceps.
- 2) Evitar pararse con las rodillas tensas.
- 3) Mantener equilibrada la fuerza entre los músculos anteriores y posteriores de la rodilla.

Para cerrar este capítulo es necesario aclarar la habitual confusión entre artritis y artrosis.

Artrosis y Artritis

Son dos patologías completamente distintas que no hallan punto en común, pero por el parecido de sus nombres, generalmente la gente las confunde. Es obvio que los profesionales saben distinguir una de otra y en definitiva, son ellos quienes diagnostican y proponen tratamiento.

De todos modos será bueno aclarar las diferencias entre ambas para proceder con celeridad a la prevención.

	ARTROSIS	ARTIRITIS
Edad de comienzo	Más de 40	cualquiera
Aparición del dolor	Por actividad	Con/sin actividad
Tipo de articulación afectada	grandes	pequeñas
Origen	mecánico	infecciosa
¿A quién afecta?	A toda la población	A un porcentaje pequeño de la población
Aparición	progresiva	repentina
Duración	crónica	Aguda-crónica
Tejidos afectados	Cartílagos óseos	Conjuntivo peri-articular
Predominio de sexo	igual	Mayoría mujeres
Característica principal	degenerativo	infeccioso
Ubicación	unilateral	bilateral
Diagnóstico principal	RX	Prueba de látex

Capítulo 4

DOLOR CRÓNICO DE ORIGEN MÚSCULO ARTICULAR EN EL HOMBRO Y LA CADERA

Aún realizando diversos tipos de tratamientos, algunos pacientes observan que su dolor no desaparece. Muchos autores consideran que si un dolor supera los tres meses debe ser considerado crónico. Otros ponen como límite seis meses, y algunos con otro criterio, señalan que el dolor debe superar el tiempo considerado estadísticamente común. Lo cierto es que muchas personas padecen el mismo dolor durante años y sólo alcanzan momentos de relativo alivio. A veces, lamentablemente, la inexactitud del diagnóstico cronifica el problema y se realizan tratamientos sin conocer el origen cierto de la patología. Esto sólo es admisible en patologías que la medicina clasifica transitoriamente (porque las investigaciones no se detienen) como idiopáticas. Podemos tomar como ejemplo, un 80% de las hipertensiones arteriales. Pero lo que hoy es idiopático, seguramente tendrá respuesta en el futuro.

A la hora de indagar en el cuerpo del paciente para detectar si el origen de su dolor es músculo articular, existe una tendencia simplista a trabajar con fórmulas terapéuticas preconcebidas, recetando analgésicos y anti-inflamatorios ante la presencia de cualquier dolor. La actividad de estos productos suelen disminuir el dolor en forma parcial y por poco tiempo; por lo tanto a períodos de relativa mejoría, sobrevienen luego los dolores y muchas veces con mayor intensidad. Por otra parte, la ingesta prologada de estos fármacos puede acarrear trastornos digestivos.

La mayoría de los dolores corporales se originan en las tensiones músculo fasciales, y es por eso que frente a dolores articulares se hace imprescindible una correcta evaluación de las cadenas musculares participantes. En el caso particular del hombro, los dolores crónicos son muy frecuentes para la particular adaptación de esta articulación en la cuadrupedia. Como todas las articulaciones del miembro superior, el hombro, originariamente se encontraba especializado en la carga del peso corporal y en la locomoción. Con la evolución que nos llevó a ser erectos, el miembro superior (que antes era anterior) sufrió cambios que le permitieron al hombre perfeccionar las partes de su cuerpo libres del trabajo de carga estática, para utilizarlas en la transformación de la naturaleza, en la construcción de armas, vivienda, etc. De esta forma los miembros superiores quedaron vinculados a la evolución inteligente y renovadora del medio.

La escápula pasó a tomar ubicación en la parte posterior del cuerpo y el húmero rotó sobre sí mismo para que las manos y antebrazos se ubicaran estratégicamente con las palmas hacia delante. La articulación del hombro quedó ubicada de tal forma que el miembro pueda alcanzar prácticamente cualquier lugar en el espacio. Los movimientos del húmero están absolutamente sincronizados, de modo tal que en cualquier movimiento del hombro, un tercio de este pertenece al desplazamiento de la escápula.

Esta se encuentra muscularmente vinculada a la columna cervical y dorsal, y también a las costillas; cualquier contractura de los músculos que la unen va a alterar la sincronía con el brazo. Cuando esto ocurre, los estratégicos músculos que rodea la articulación del hombro serán rozados por huesos, entonces cada movimiento se transformará en una irritación permanente. En consecuencia una cicatriz fibrosa en los tendones alterará más aún la mecánica articular. Esta compleja descripción se simplifica para el común de la gente con la popular explicación “al levantar el brazo siento una aguja que se clava”. Esta sensación es producto de los sucesivos roces que originan la cicatriz fibrosa que queda comprimida entre las piezas óseas. Estos bloqueos se observan en actividades cotidianas simples, por ejemplo, al peinarse la parte posterior de la cabeza, o en el caso particular de las mujeres, en la acción de abrochar el sujetador.

Existen otros dolores, por ejemplo los relacionados con los músculos del cuello y en particular con los ubicados en los laterales conocidos con el nombre de escalenos. Entre estos músculos pasan los nervios principales del plexo nervioso braquial. Cuando están tensos, sus espacios intermedios disminuyen de tamaño, por lo tanto comprimen al plexo dando una sintomatología en cualquier lugar del miembro superior. Cuando lo hace sobre el hombro, produce un característico dolor a modo de quemazón en la zona donde se ubicaría la charretera de un sargento; el dolor tiene forma de V precisamente porque la inserción del músculo deltoides tiene esa forma.

En el caso de los deportistas, los más expuestos son los que realizan actividades con elementos unilaterales. La popularización del tenis y del paddle en nuestro medio, ha llevado muchos casos a las consultas en los últimos años. En general puede observarse que primero la mayoría de las lesiones del hombro se producen por falta de preparación física; segundo, a la insuficiente preparación se suma la mala técnica de juego; tercero, existe una mala elección de raqueta o paleta; y cuarto, la fatiga es una común causante de lesiones. Podemos deducir entonces, que siempre está presente la negligencia, ya que cualquiera de los cuatro puntos pueden ser fácilmente evitados.

Dolor de hombro por caídas

Toda caída hacia el suelo lleva consigo una lógica reacción refleja, donde los brazos intentan proteger o amortiguar el impacto. Si bien el impacto se da a través de los codos o manos, la proyección cruza todo el miembro y culmina en el hombro, pudiendo producir esguinces o luxaciones. En muchos casos se produce un traumatismo poco detectable en el inicio, que luego de algunos días o quizá semanas provoca dolor intenso sobre el hombro; comúnmente no se lo relaciona con la caída y con el paso del tiempo el cuadro puede complicarse.

Una vez realizado el diagnóstico, seguramente el tratamiento incluirá analgésicos, pero es difícil que se pueda evitar un período de inmovilidad que genera un círculo vicioso por falta de irrigación, que agravará el cuadro al punto de generar gran dificultad para realizar desplazamientos normales.

Dolor de cadera

Los dolores en la cadera pueden hacerse sentir a cualquier edad pero su frecuencia es mayor en personas de alrededor de cincuenta años. El proceso de desgaste de la articulación de la cadera depende de muchas variables; las relacionadas con el factor genético, el tipo de actividad que desarrolla el paciente y sus características

alimentarias son las que encabezan la lista. La cadera es una región cuya ubicación no está suficientemente clara a nivel popular. Muchas veces se habla de cadera en referencia a la pelvis o a la cintura. Concretamente la cadera es la articulación que une la cabeza del hueso fémur correspondiente al muslo, con el cótilo o cavidad que se forma en la pelvis para articularse. Esta articulación juega un papel fundamental en el hombre de hoy, ya que sobre el enderezamiento de, ésta se produjo la bipedestación. Los músculos de ésta no sólo son voluminosos sino que también son de los más poderosos del cuerpo. Por detrás se halla el fuerte glúteo mayor y por delante el músculo psoas, el que por varios motivos es el regulador del equilibrio medio del cuerpo humano. Este músculo une el muslo a la pelvis, y a ésta a la columna lumbar; es así que su contracción plena flexiona al centro del cuerpo. El paso a la bipedestación también se consiguió en base al estiramiento de este músculo. A su vez el glúteo mayor que se encuentra en la parte posterior, debió desarrollarse para producir el estiramiento. Entonces la cadera queda rodeada de poderosos músculos que tienen que sostener el equilibrio vertical. Cuando éste se ve alterado, aquellos aumentan su tensión generando mayor presión en la coaptación de la cadera. Este incremento de la presión tiende a desgastar la articulación, más aún cuando el déficit postural no sólo es antero-posterior, sino también de izquierda a derecha o viceversa. Esta acción hace que se desgaste más una cadera que otra, es por eso que en la práctica, la artrosis de cadera se ve mayoritariamente en forma unilateral. Cuando ocurre en forma bilateral es consecuencia del desgaste previo de una de las articulaciones.

En lo genético hay una predisposición al desgaste de la articulación, mientras que en lo alimentario se observa algo que la bioquímica española Ana María La Justicia destacó en sus trabajos: “las dietas pobres en proteínas, Magnesio y vitamina C favorecen la destrucción del cartílago articular”.

Dentro de lo alimentario se debe incluir el problema del sobrepeso, dado que la palanca mecánica que sostiene al cuerpo en un solo pie, duplica la presión que realiza sobre la articulación en cada paso que damos, es decir que el exceso de peso se multiplica por dos.

Los dolores de cadera comienzan en forma progresiva: el paciente ubica el dolor en la zona de la ingle, lo que lo lleva a dudar al principio, acerca del origen de la dolencia. Cuando la sintomatología avanza y se relacionan las molestias con caminar, bajar escaleras o estar mucho tiempo parado, recién entonces el paciente sospecha del problema de cadera, pero lamentablemente, cuando esto ocurre, el cartílago ya se encuentra severamente lesionado. Por ser una articulación de gran actividad, el problema es siempre progresivo.

Así como no encuentro causa justa para cirugías de hernias discales, ni de escoliosis, debo destacar que sí se logran cirugías exitosas de cadera, con el aporte de prótesis muy desarrolladas y de excelentes cementos, sumada a la pericia del cirujano. Luego de estas intervenciones los pacientes pueden caminar en menos de 24 horas. También son muy satisfactorias aquellas operaciones para el recambio de prótesis vencidas por el tiempo, aunque hoy la vida útil de éstas superan los 10 años.

Los tratamientos kinesiológicos son efectivos en aquellos casos que se toman a tiempo, pero aún así la cirugía es una posibilidad latente. La flexibilización de los músculos de la cadera y el correcto apoyo postural sirve como prevención de la patología, pero no para aquellas personas donde la cirugía es inminente. Es fundamental llegar a dicha instancia con los músculos en el mejor estado posible, ya que favorece al éxito de la operación y posterior rehabilitación.

En lo referente al tratamiento del consultorio, las maniobras de tracción son muy efectivas para disminuir el dolor y aumentar la movilidad, mientras que las maniobras

de translación (desplazamiento articular) aumentan la movilidad. Estos tratamientos tienen por objetivo hacer menos ingratos los tiempos previos a la operación.

Siempre se intentará postergar la cirugía el mayor tiempo posible (mientras el cuadro la permita), y realizar una sola operación en la vida del paciente ya que el tiempo útil de las prótesis se ha prolongado.

Capítulo 5

DOLOR DE CABEZA

Aunque puede sorprender, muchas veces ocurre que los pacientes hablan del dolor de cabeza como si se tratara de un molesto compañero de actividades. Algunos suelen decir que la frecuencia del dolor de cabeza es tal que ya ni siquiera saben cuándo les duele y cuándo no, y casi ninguno recuerda cuando comenzaron los dolores. Los comentarios con respecto a este último punto son siempre los mismos: “creo que me dolió siempre”. Sólo se diferencia el dolor casi permanente de aquel que es tan intenso que no les permite trabajar. Si el dolor permanente pertenece a situaciones patológicas graves, es obvio que no puede pasar mucho tiempo sin que produzca daños irreparables. Es por eso que el primer paso que un paciente jaquecoso debe dar, es eliminar toda sospecha de trastornos patológicos con consecuencias irreversibles (como por ejemplo, tumores o hipertensión arterial), que si no son atendidos de inmediato podrían no tener solución.

Aquellos dolores de cabeza que se prolongan por años, que tienen cierta frecuencia y ritmo (por ejemplo una, dos y tres veces por semana, y en casos extremos casi todos los días), y que guardan relación con los estados de estrés laboral, deben ser sospechados como de origen de contracturas musculares crónicas. Las tensiones musculares crónicas son reflejo de situaciones emocionales contenidas de difícil expresión para quien las experimenta. Todo sentimiento que no es expresado a través del movimiento correspondiente, es contenido dentro del cuerpo por otro movimiento de sentido opuesto que le impide realizarse. Se origina así la contractura o estado de tensión crónico, imperceptible a primera vista, que está dado no por los elementos corporales participantes, sino por el aumento de la tensión muscular local (tono). La energía que alimenta esta tensión es proporcional al sentimiento no expresado, y su duración se hace crónica mientras no se exprese el sentimiento contenido.

Tomaré como ejemplo a una paciente a la que llamaré María. Esta paciente es real pero guardaré su identidad por razones obvias. Ella, se quejaba de padecer fuertes dolores de cabeza durante varios años, que sólo cedían con grandes cantidades de analgésicos que estaban muy de moda a principio de los años 90. Como consecuencia del uso del fármaco los dolores desaparecían, pero los trastornos gástricos pasaron a ser el nuevo problema. Cuando María hablaba de sus dolores de cabeza, no se sabía se quería expresar su molestia o el orgullo de padecerlos. Luego de trabajar manualmente su musculatura durante varias semanas, prescindió totalmente de los analgésicos. Después de unos meses, los dolores cesaron definitivamente.

En la palpación se notaba gran tensión la base del cráneo, que se correspondía con un fuerte dolor en el ángulo superior en el ángulo superior del omóplato (existe un importantísimo músculo que une ambos omóplatos con las primeras vértebras

cervicales). Los dos músculos en conjunto, el izquierdo y el derecho, cuando se contraen aumentan su tensión impidiendo que la cabeza caiga hacia delante. Esta tensión sostenida eleva ligeramente los hombros y mantiene erguida la cabeza. En el análisis postural se hacía evidente cómo María sostenía la cabeza por encima de todo; ella era muy alta y su cuello muy largo, lo que le daba un aspecto muy elegante y refinado. Había en María una correspondencia mecánica entre la tensión de sus músculos y su elegante cuello, que caracterizaba la actitud de superioridad que podía reconocerse a los pocos minutos de hablar con ella. Luego de varias sesiones, María se mostró como una buena persona, pero durante el diálogo habló mucho sobre su actividad social y no contó acerca de su vida profesional. Estaba casada con un conocido personaje público, no ejercía su profesión, pero debía estar atenta y dispuesta a los requerimientos sociales. La pobre María no podía relajarse a pesar que siempre hablaba de su cansancio y de sus ganas de abandonar sus frívolas responsabilidades.

Otro caso ilustrativo es el caso de Juan, parecía que su cabeza iba a estallar en cualquier momento. Juan había perdido inesperadamente y en forma trágica a un ser querido. Además de sentir mucho la pérdida, él había heredado toda la responsabilidad económica del grupo familiar. Los músculos de la garganta (y particularmente el esternocleidomastoideo) estaban tan tensos que parecía un físico culturista. Éstos músculos (el izquierdo y el derecho) tienen funciones antagónicas entre sí y se anulan mutuamente, por eso la cabeza no gira completamente (movimiento que impide por ejemplo decir un “no” rotundo). Estos músculos tensos comprimían la laringe y motivaban otra queja del paciente, habitualmente se atragantaba con cualquier bocado de comida. Cuando se le preguntó a Juan cuánto hacía que no lloraba, contestó que había pasado tanto tiempo que no recordaba cuándo había sucedido la última vez. Pero si lo sorprendió la pregunta, no le sorprendió que lagrimease cuando se le manipularon los músculos de la región para alinearlos, balancearlos y a la vez despegarlos de los músculos más profundos. Al preguntarle por la pérdida del ser querido, las pocas lágrimas se transformaron en un corto llanto que fue rápidamente controlado. Se observó luego una ligera relajación casi proporcional a las lágrimas que había derramado, describió que tenía la sensación que sus músculos se habían despegado ya la mismo tiempo había experimentado una sensación de desahogo. Juan tenía ahogado el llanto por la tensión crónica de los músculos esternocleidomastoideos y de otros más periféricos. Éstos en su extremo superior presionaban los nervios cervicales que rodean las primeras vértebras y daban un fuerte dolor de cabeza con sensación de estallido.

Después de aquella sesión que aparecía como el principio de la solución del problema, Juan se retiró con mucho entusiasmo, pero días más tarde se disculpó telefónicamente aduciendo que sus actividades no le dejaban tiempo para continuar con la terapia, y sorprendentemente nunca más volvió.

Ya que cada dolor de cabeza o corporal, se caracteriza por relacionarse con uno o varios episodios de tipo emocional (cada persona debe hacer su propia deducción al respecto), es bueno dejar en manos de un profesional especializado en psicología los aspectos más objetivos del conflicto emocional, y en las de un kinesiólogo el análisis biomecánico de las tensiones que están conteniendo el sentimiento.

Para comprender lo indivisible de la relación cuerpo-sentimiento y ayudar a pacientes y profesionales, la siguiente descripción es una clasificación de la mayoría de los dolores de cabeza.

Dolor de hemi cabeza

Comienza generalmente por las mañanas con un dolor localizado en la nuca y en los hombros, generalmente de un solo lado. El dolor avanza con intensidad y se instala como una fuerte presión detrás del ojo correspondiente. Con el avance de las horas aparecen dificultades en la visión de ambos ojos, expresadas por la molestia al observar o al sentir el reflejo de la luz (fotofobia). Es común observar pérdida del apetito y sensación de náuseas, motivo que lleva al paciente a creer que tiene un ataque de hígado sin que entienda su origen, ya que no ha comido nada que justifique dicho mal. La duda es lógica, porque no existe relación con la comida. Lo que sucede en realidad es que los músculos que unen la escápula con la apófisis mastoides y las primeras vértebras cervicales con el cráneo, están extremadamente tensos entre ellos. Existe una relación de espacios que son atravesados por nervios y arterias; al estar tensos los músculos estos espacios disminuyen notablemente su tamaño y a veces llegan a ser casi nulos. Se produce entonces una alteración en las funciones de cada uno de esos nervios y arterias, y fundamentalmente en un nervio conocido con el nombre de Arnold (se origina en la segunda raíz cervical con ramas de la primera y la tercera), que es el responsable de la activación del movimiento de los músculos planos y finitos que tenemos en la cabeza. Estos también entran en una fuerte tensión, provocando dolores irradiados que provocan la sintomatología que acabo de describir. De la misma forma un nervio más pequeño llamado vertebral, que no es menos importante que el anterior pero que se dirige hacia abajo y llega al estómago, cuando la tensión es extrema también es comprimido, y es aquí donde se produce esa extraña situación digestiva que se manifiesta con ganas de vomitar o náuseas, pero que son de tipo simpático y no tienen relación con lo que uno haya comido.

La causa de toda esta cadena de tensiones musculares está siempre relacionada con el enojo no expresado. La cabeza se echa hacia atrás y los hombros se elevan ligeramente; este movimiento es el que los seres humanos realizamos cuando nos preparamos para ejecutar un acto violento con los brazos o con la mandíbula, o para realizar algún tipo de grito que exprese en forma física nuestro enojo. Cuando no existe este desahogo, la tensión posterior se mantiene por varias horas e inclusive mientras dormimos; por eso es común que este dolor aparezca luego de una jornada tensa y complicada. El paciente suele justificar su contención argumentando que no encuentra a quién echar la culpa de sus problemas.

En las personas ansiosas que esperan resultados en poco tiempo, este dolor es sumamente común, pero también es frecuente encontrarlos en personas con problemas de astigmatismo visual donde el problema de acomodación de la vista no está resuelto y existe una tendencia a lateralizar la cabeza para poder enfocar mejor. En estos casos el dolor ocurre en el mismo lado que se lateraliza la cabeza.

Dolor frontal

Los pacientes relatan este dolor mientras apoyan una mano encima de los ojos, sobre la franja de 2 o 3 centímetros de ancho que pasa por la parte superior de las cejas. Este dolor se asocia con una pérdida de la calidad de la visión y la fotofobia. Al contrario de lo que se piensa, no guarda relación con problemas de miopía, pero todo esfuerzo gestual que se realiza con la cara lo desencadena. Generalmente, lo padecen personas en un permanente estado de preocupación que viven con el ceño fruncido. El segundo elemento es determinante, es el excesivo consumo de cigarrillos o en quienes

no fuman, el dolor aparece cuando en un salón, el aire se encuentra viciado por el humo del tabaco.

Es interesante también destacar como dato que, cuando uno trabaja con estos pacientes que son grandes fumadores, luego de 10 o 15 minutos de trabajo de elongación manual en los músculos del cuello, se desprende de su aliento y de su piel un fuerte olor a nicotina. Si bien este dato no pretende ser una conclusión, deja claro que existe alguna relación entre el cigarrillo y los dolores de cabeza. Tengamos en cuenta que si atribuimos el dolor de cabeza a una actividad gestual relacionada con la preocupación, es común que las personas preocupadas tengan un cigarrillo en la mano.

Dolor en la base del cráneo o de la parte más baja de la cabeza

Casi siempre se amanece con este fuerte dolor que se va incrementando durante el día. Además, va acompañado como los dolores anteriores, de fotofobia y a veces de sensaciones de náuseas. Aunque parezca gracioso, el paciente siente vergüenza al comentarlo; dice que le duele el pelo, cosa que es correcta y cierta, porque en realidad cuando uno se toca el pelo está movilizándolo el cuero cabelludo y en realidad el dolor se origina en esa zona. Este dolor se origina por la fuerte presión que se realiza con la mandíbula durante el sueño. Las personas que lo padecen –según sus compañeros de sueño- duermen con la boca tan apretada, que sus dientes rechinan y despiertan al cónyuge. Cuando se levantan a la mañana y van a lavarse los dientes, encuentran que al pasar el cepillo las encías sangran. Este es otro importante síntoma de la presión que han realizado los músculos masticadores, en particular el llamado masetero que es el músculo que desde el punto de vista biomecánico tiene el mejor ángulo de tracción, lo que lo convierte (a pesar de su pequeño tamaño), en un músculo muy poderoso que ejerce 250 kilos de presión por centímetro cuadrado. Es el que antiguamente los seres humanos utilizaban para desgarrar la carne cruda que comían de la presa que habían cazado.

Hoy en día con la modalidad de las comidas rápidas, a la carne prácticamente no hay que masticarla, creando así una tendencia a la formación de una mandíbula más chica y a un menor uso de los músculos que intervienen en dicha acción. Pero en el hombre actual, la fuerza de estos músculos es muy importante y al apretar fuertemente los dientes, producen lesión en la articulación correspondiente a la mandíbula y tensión en la nuca.

Cuando los seres humanos se dedicaban a la caza, el elemento más importante de su cuerpo para agredir a la víctima era la boca, y una ligera inclinación de la cabeza hacia atrás (para clavar los dientes superiores y luego apretar la mandíbula sobre la víctima), constituía el movimiento previo al mordiscón. Es claro que este movimiento agresivo ha quedado guardado en nuestro inconsciente y cuando vivimos jornadas de alto estrés y de competencia, toda esa agresividad quiere ser descargada. Incluso lo logramos a la noche cuando dormimos haciendo el movimiento más agresivo y primitivo que tienen los seres humanos, que es morder. Al dormir, apretamos fuertemente nuestros dientes y tensionamos los músculos posteriores que, de alguna manera pretenden darle ubicación a la cabeza para fustigar a la víctima.

Mientras no se solucione la represión de la conducta agresiva de la persona, pasará siempre sus noches con los dientes bien apretados en mayor o en menor medida, de acuerdo a su circunstancia social.

Si bien existen aparatos para colocar entre los dientes que son de uso odontológico, lo único que hacen es evitar (nada más y nada menos) que los dientes se desgasten y se terminen rompiendo, como ocurre en más de un caso; pero no modifican la situación de tensión de los músculos posteriores de la cabeza, ni de la mandíbula. Para liberar de entre ellos los primeros nervios cervicales (que son los responsables del dolor del cuero cabelludo y que el paciente refiere graciosamente como “me duele el pelo”), es necesario trabajar manualmente en forma de elongación, fundamentalmente en la base de la nuca los elementos nobles que quedan atrapados.

Cuando se le pregunta al paciente si además de dolor, encuentra que al peinarse por la mañana está perdiendo mucho pelo, se sorprende porque sí ha advertido este hecho. El cuero cabelludo y los músculos superficiales del cráneo se ponen tan tensos, que el bulbo piloso se ve muy mal irrigado y la pérdida de la calidad del pelo es inmediata.

Cuando los pacientes refieren que han iniciado algún tipo de terapia psicológica y han sido medicados con ansiolíticos, los dolores de cabeza desaparecen. Por supuesto que no niego la solución a través de los ansiolíticos, pero queda claro que cuando químicamente se anula la agresividad desaparecen los dolores de cabeza; lo ideal es seguir con la terapia y eliminar los ansiolíticos y la agresividad a través de una correcta comprensión de los problemas.

Por otra parte, el daño muscular producido por una tensión permanente se puede solucionar a través de manipulaciones de elongación manual y ejercicios de tipo postural que restablezcan la relación de la columna cervical con el aparato masticatorio.

La agresividad no sólo se canaliza con los mordiscones; la actividad física de tipo aeróbica como andar en bicicleta, nadar, caminar o correr, promueven un gasto de energía importante y ese gasto de energía hace que la persona agresiva, de alguna manera “descargue a tierra todas sus tensiones”. Muchas veces esa misma agresividad hace que una persona practique actividades físicas en exceso, y comienzan así otro tipo de problemas particulares (lesiones en rodilla, lesiones lumbares y de la columna cervical), por correr excesivamente en terrenos muy duros y/o con un mal calzado.

Una técnica muy utilizada para aliviar los músculos masticadores es la de trabajar dentro de la boca del paciente. En estos casos el kinesiólogo trabaja con guantes de cirugía a fin de poder manipular los músculos por dentro y por fuera, haciendo palanca y alineando la tensión de los poderosos maseteros. Cuando se trabaja solamente por la parte externa de los músculos se pierde más del 50% del terreno a trabajar y obviamente los resultados se obtienen a medias.

Ahora referiré el caso de un paciente que llamaré Carlos, quien en la primera visita me sorprendió por el inmenso tamaño de los músculos de su cara. La textura de su cuerpo era pequeña pero tenía la cara que parecía de un verdadero gigante. No había relación entre el formato de su mandíbula y el tamaño de su espalda. En el diálogo que mantuve con Carlos, sostuvo que la tensión de sus músculos masticadores había llegado a tal punto que había fracturado uno de sus dientes. Trabajé con este paciente durante varios meses al cabo de los cuales había disminuido notablemente la intensidad y la frecuencia del dolor de cabeza, pero nunca había desaparecido totalmente, como tampoco lo habían hecho las molestias de la región mandibular. El paciente se negaba sistemáticamente a realizar una terapia psicológica en la que pudiera analizar el por qué de tanta agresividad contenida.

El trabajo kinesiológico se había limitado en sus objetivos, a evitar daños mayores y a replegar en modo substancial la sintomatología, pero su desaparición completa pudo lograrse finalmente por medio de una terapia psicológica. El remover

todo el contenido inconsciente sobre la agresividad había aumentado los síntomas en un principio, pero con el correr de los meses desaparecieron en forma definitiva.

A pesar de pertenecer a la región cervical, voy a destacar el dolor de la nuca junto con los dolores de cabeza, porque siempre va acompañado de cualquiera de las descripciones que hice antes. El dolor de la nuca, especialmente de la parte posterior y alta, está relacionado también con las mismas tensiones emocionales que producen los dolores de cabeza y tiene que ver con la musculatura más profunda. Por mantener un eje permanente que podría traducirse como gesto (el de mantener erguida la cabeza ante cualquier situación), la musculatura se haya pegada a las vértebras (por decirlo de alguna manera). Las personas que se encuentran presionadas a sobrellevar esta actitud, enfrentan una difícil situación, no solamente como símbolo sino también desde lo físico. Los músculos paravertebrales se tensionan juntando una vértebra sobre la otra, y éstas, presionan fuertemente sobre los discos y las raíces nerviosas que ahí afloran, provocando dolor, no sólo de la nuca sino también con radiaciones hacia hombros y brazos, e incluso hacia la cabeza cuando la tensión es muy alta. En este caso el trabajo es doble, porque primero hay que trabajar los músculos superficiales de la nuca para poder acceder sin provocar dolor a la musculatura más profunda, la que encontraremos totalmente fibrosaza. Es decir, que entre las fibras musculares encontraremos gran cantidad de tejido conjuntivo dado que el cuerpo siempre busca una solución económica a sus problemas de gasto de energía, grandes bandas de tejido fibroso comienzan a reemplazar la función y mantienen la cabeza firme, pero en definitiva son un verdadero obstáculo para el movimiento ya que generan malestares y dolor.

La aplicación local de hielo es de gran efectividad en cualquiera de las patologías mencionada a lo largo de este capítulo. Es importante recordar que los resultados de la aplicación terapéutica del hielo o fría (conocida con el nombre de crioterapia), dependerán de la cantidad de temperatura a utilizar, de la duración de su aplicación y de los masajes que se realicen con una misma pieza de hielo.

Frente a sistemáticos dolores de cabeza, está comprobado que cuando se aplica hielo en forma directa –sobre la región de dolor- durante aproximadamente 20 minutos, los dolores disminuyen a tal punto que algunas veces casi desaparecen o solamente dejan muy ligeras molestias. Esto ocurre porque el frío disminuye la capacidad de conducción de los nervios, que conducen a una determinada temperatura, la cual al descender anula la conducción nerviosa y por lo tanto produce anestesia local.

La aplicación local de hielo actúa en contraposición al calor en casos de inflamación, produciendo un importante alivio.

Capítulo 6

VÉRTIGO Y MAREO

Es sorprendente cómo en los últimos años aumentaron las consultas de personas que padecían vértigos y mareos. En realidad, nadie debería sorprenderse si se tiene en cuenta que el incremento se produce fundamentalmente en las grandes ciudades. Aunque no existen estadísticas ciertas, el crecimiento está relacionado con el estrés que se vive en los gigantes de cemento. En principio, el paciente se resiste a comentar lo que se siente; cuando se atreve recibe la solidaridad de la gente que lo rodea, pero cuando la situación se prolonga en el tiempo, inmediatamente podrá observarse primero el fastidio y luego la incredulidad de quienes en el comienzo lo apoyaban. Como consecuencia, el paciente se retrae y la soledad del problema empieza a ser parte de la patología. Teniendo siempre en cuenta que las emociones son la causa principal (a esto me refiero más extensamente en las próximas líneas), no sólo la soledad que vive el paciente es una parte del problema; se le suma además, la dificultad de dar con un correcto diagnóstico. Es muy común que a través del tiempo, el peregrinaje por especialistas y sofisticados estudios sean interminables, especialmente cuando en apariencia todo está muy bien y no hay ninguna patología visible, situación que lleva al paciente a la incredulidad, perdiendo el propio juicio sobre lo que sucede, manifestando que ya no entiende ni a su propio cuerpo.

Es obvio que la ansiedad va en aumento. Precisamente, y si algo caracteriza a todos los pacientes vertiginosos, es su personalidad ansiosa que por supuesto data desde antes de que se produzcan los mareos, pero frente a éstos la ansiedad llega a su máxima expresión. Tratando de unir el concepto biológico y el psicológico, nunca un síntoma como el vértigo y los mareos traducen una sensación física tan parecida a la misma situación que se vive emocionalmente. El paciente en general está atravesando una etapa de cambio emocional significativo. Por ejemplo, frente al casamiento o a la pérdida de trabajo, a la llegada de un hijo, al finalizar estudios y comenzar una carrera profesional; la inestabilidad de las nuevas situaciones transforma concretamente en una inestabilidad física expresada por su cuerpo a través de los mareos. Esto sería una explicación muy teórica si no la sustentamos con el proceso biológico subyacente. La situación descrita que refiera a “no perder la cabeza” ante una situación emocional desconocida, es precisamente la de los músculos del cuello que son los responsables de mantener el equilibrio de la cabeza. En ésta se encuentran nuestras principales fuentes de comunicación con el medio externo: la mirada y los oídos.

Los músculos del cuello son los únicos en todo el cuerpo que se conectan con el sistema regulador del equilibrio en forma doble. Todos los demás músculos poseen una conexión simple. El sistema regulador de equilibrio utiliza la información de los

músculos del cuerpo, en general para procesarla con el resto de la información proveniente de oídos y vista y conformar así la ubicación del cuerpo en el espacio.

Como una suerte de preponderancia biológica, el doble sistema de conexión de los músculos cervicales nos está marcando la importancia de éstos en la regulación del equilibrio; cuando una persona se halla emocionalmente ansiosa tiende a contraer los músculos que unen la cabeza con los hombros y tensiona toda la musculatura que va desde la nuca hasta la parte más elevada de los hombros. Esta es una clara actitud de agresividad (igual que la de algunos animales que erizan el pelo de su lomo para intimidar en forma agresiva a su posible rival), por supuesto contenida en el hombre moderno. Este gesto que hacemos los seres humanos de acercar los hombros a la cabeza y pensionar la nuca, es un resabio del gesto que usaba el hombre primitivo durante sus actos de caza. La tensión de los hombros y nuca servía en aquel entonces para dar punto de apoyo a su pedrosa mandíbula que estaba mucho más desarrollada que la que poseemos hoy que se constituía en su principal arma.

Es sabido que la memoria ancestral de la historia filogenético está guardada en la parte más primitiva de nuestro cerebro, conocida como lóbulo límbico. Seguramente, hoy son otros los motivos por los cuales una persona quisiera morder, pero afortunadamente entre los adultos eso ya no se hace y se suprime, por supuesto con mucha más tensión en la zona crítica. Pero en los niños en los cuales la educación social no ha llegado, es común ver estos mordiscos que a veces se manifiestan en forma de juego o cuando se enojan.

No hay duda que el hombre o la mujer de una ciudad moderna, que se precie de serlo, varias veces en la semana se queja de su tensión cervical y todos sabemos de la agresividad que se vive en las urbes de alta densidad poblacional. Esta tensión cervical excesiva se transforma en un incesante flujo eléctrico conducido a través de los nervios que, en el caso de los músculos cervicales es un doble sistema nervioso que lo conecta con el sistema regulador del equilibrio corporal. Este va a obtener tanta y excesiva información que las señales de corrección que va a realizar a posteriori, se traducen en sensaciones equivocadas, y aquí se producen los vértigos y los mareos. La situación se va a ver potenciada por la presión que los músculos cervicales ejercen en el cuello sobre las arterias que van hacia el cerebro, fundamentalmente las arterias vertebrales que se hallan en la región de la nuca y que son responsables del 40% de la irrigación total del cerebro, pero que además son las que esencialmente irrigan todos los elementos que participan en la regulación del equilibrio. Cuando la irrigación o el flujo sanguíneo se ve disminuido, la sintomatología de vértigos y mareos se acompaña con molestos zumbidos y una disminución de la capacidad auditiva.

Es cierto que a esta sintomatología se le agrega el dolor cervical que es otro signo que casi siempre aparece en estos cuadros, pero tampoco sería extraño que esté ausente, hecho que no invalida la existencia de mareos. Puede haber tensión cervical sin dolor pero con mareos.

Esta situación de ansiedad-tensión-mareos-ansiedad, forma un círculo vicioso que no remite con facilidad. El paciente comienza a convivir con el cuadro soportando esta situación en forma crónica a veces por años y su vida comienza a restringirse especialmente en lo social, ya que suelen ocurrir verdaderos ataques de pánico cuando un episodio sucede en público, cosa que es bastante común. El paciente refiere situaciones en las que creyó iba a perder el conocimiento o como dicen sus protagonistas: “sentí que me desmayaba”. Los lugares comunes son los centros comerciales o supermercados; estos espacios poseen excesivos estímulos sensoriales como por ejemplo, luces, sonidos y el altísimo tránsito humano en distintas direcciones que produce una verdadera irritación sensorial, Lo primero que siente es la sensación de

estar desorientado, luego sobreviene aturdimiento con sensación de inestabilidad; la persona comienza a ponerse virtualmente fóbica y produce una descarga de adrenalina que genera transpiración, palpitación, ahogo, y aumento de la frecuencia respiratoria que culmina con una insoportable sensación de claustrofobia. Si no se retirase del lugar, sin dudas, la persona entraría en pánico. Paralelamente, siente primero que su cuerpo se pone muy tenso y luego una sensación de flojedad a la que podría sobrevenir sensación de desmayo, hecho que paradójicamente casi nunca ocurre. Los aeropuertos y cines son otros lugares en los que suelen experimentar incidentes de este tipo. Es importante explicar a quien padece estos síntomas, que la tensión de los músculos cervicales a través de los mecanismos de confusión sensorial e hipo flujo sanguíneo transitorio, provocan mareos, pero los síntomas similares al desmayo que se caracteriza por la flojedad y la sensación de ahogo, son provocados en forma secundaria por el temor e inseguridad suscitados por la aparición repentina del mareo. En ese momento hay una fuerte descarga de adrenalina, sustancia que es segregada por las glándulas suprarrenales y que produce sudoración, palpitaciones y aumento de la frecuencia respiratoria preparando al cuerpo para un estado de alerta o gran estrés. Inmediatamente sobreviene una descarga de otra hormona conocida como noradrenalina, que es segregada por la misma glándula pero con el efecto contrario; es vasodilatadora y tiende a disminuir toda la tensión provocada antes, y aquí es donde aparece esa sensación de flojedad o desmayo, El malestar subsiguiente o sea, la sensación de desmayo, confunde el diagnóstico ya que la persona, atemorizada, hace su consulta médica sobre la base de un desmayo o una baja de presión que ocurrió varias veces en un período muy corto. Cuando el paciente entra en esta etapa de gran miedo tiende a no salir de su casa y prefiere estar siempre en la cama, pues la considera un lugar seguro. Si sale a la calle suele hacerlo acompañado, pero a pesar de esto se halla temeroso, esto es mucho más común de lo que uno cree pero no tan conocido, ya que tanto el paciente como la familia tienden a no divulgar esta penosa situación. La depresión suele acompañar inmediatamente a esta sintomatología, y es precisamente a partir de aquella donde comienzan a aflorar los verdaderos y profundos síntomas emocionales que habían generado tanta ansiedad. Cuando la depresión se hace más intensa el paciente siente que su cuerpo ya no responde con las energías suficientes. Existe un virtual estado de desconexión entre la intención y el cuerpo; la persona aumenta entonces su preocupación ya que no puede cumplir con sus demandas laborales y hogareñas. La ayuda psicológica es imprescindible para superar este estado.

Desde el enfoque kinesiológico, la solución a nivel músculo-fascial está basada primero en la disminución de la tensión muscular, luego en la limpieza del tejido fibroso que se produce entre los músculos y por último en la alineación de los ejes de la columna cervical y de ésta con respecto al resto de los segmentos corporales. La técnica de elongación manual selectiva da importantes resultados en las primeras semanas con una fuerte disminución de la sintomatología.

Todos sabemos que tenemos un ojo dominante sobre otro; esto significa que un ojo hace foco y el otro se acomoda, pero cuando esto se dificulta se produce una patología conocida como astigmatismo. Concretamente, los problemas en la acomodación visual frente a un punto determinado del campo visual, es común que el paciente vertiginoso sufra de astigmatismo con anterioridad a la aparición de los síntomas. Recordemos que los músculos cervicales toman como referencia para acomodar la cabeza en el plano vertical, que la mirada tenga un plano horizontal paralelo al suelo, por lo que cualquier alteración en el campo visual, y fundamentalmente en la acomodación, será compensada con ajustes de los músculos del cuello. De ninguna manera se debe esperar de aquél que sufre vértigos, tenga

necesariamente problemas de acomodación visual, pero sí es un dato para tener en cuenta.

Otro elemento a considerar desde el punto de vista biológico, es la tensión de los músculos que se ve aumentada cuando sentimos frío en forma intensa y particularmente con los primeros fríos del año, cuando aún el cuerpo no se haya adaptado a las bajas temperaturas. Y si bienestar circunstancias provocan un aumento de la sintomatología es imposible que produzcan vértigos por sí solas.

Las líneas precedentes tratan de dar una explicación biológica y psicológica, pero nos falta aún acomodar toda esta sintomatología en un contexto social que fue en realidad con lo que habíamos empezado este capítulo.

Desde el punto de vista de la transmisión cultural, la idea de bajar la cabeza significa humillación o humildad, mientras que la idea de levantarla comunica dignidad. Todas las religiones proponen bajar la cabeza ante Dios como muestra de humildad y así reconocerlo como un ser superior. Desde que el poder existe entre los hombres, bajar la cabeza ante el que lo sustenta, ha sido un signo de dominio y humillación; por el contrario, mantener la cabeza firme y erguida como los soldados en su formación, es un signo de dignidad. “Esconder la cabeza” o “llevar la frente bien alta” son dos conceptos que han tenido un claro sentido y vigencia desde siempre.

Sin querer, la cultura popular ha dado un trabajo extra a los músculos cervicales y fundamentalmente a los de la nuca. En nuestros días, donde priva el individualismo, un cuello rígido a pesar de ser causante de dolor, es un símbolo de éxito, y una cabeza caída es una expresión de fracaso. Claro que esto no es casualidad; los primeros músculos que aprendemos a mover en forma voluntaria son precisamente los músculos del cuello, y esto ocurre generalmente en los tres primeros meses de vida. Pero ya de adultos siguen siendo los músculos del cuello los responsables de mostrar nuestra voluntad ante la sociedad.

El vértigo y el mareo se definen como sensaciones subjetivas donde la persona siente que los objetos se mueven a pesar de tener conciencia de que esto no ocurre; por lo tanto es un problema de percepción. La percepción es precisamente un paso intermedio entre las sensaciones y el pensamiento, y como hemos visto, son muchos los elementos que se pueden influir en este paso intermedio. Siempre desde la subjetividad, pero en forma concreta existe el malestar, y de la misma forma se debería actuar frente a él.

Características de los episodios de vértigo

Nivel 1:

Fuerte sensación de inestabilidad en corta duración, apenas unos segundos, lo origina alguna emoción fuerte o un cambio brusco de la posición de la cabeza. Se refiere con frases como: “sentí que se me movía el piso”, “sentí que me movieron la cabeza”.

Nivel 2:

Sensación de inestabilidad prolongada que dura casi un minuto, seguido de sudoración y palpitaciones por una fuerte descarga de adrenalina (producto del susto y no de la tensión cervical que es el origen del mareo). Suele ocurrir en lugares muy concurridos (centros comerciales, supermercados). Desaparece saliendo de estos lugares y deja una desagradable sensación similar a una baja de presión.

Nivel 3:

Inestabilidad casi permanente; desaparece sólo en la cama, hay estado de aturdimiento y gran temor. El paciente refiere “que camina sobre algodones” o “estoy en la nubes”. Percibe el entorno con una extraña sensación de irrealidad que contrasta con que nunca hay pérdida de la conciencia ni de la lógica.

Nivel 4:

El paciente vive en un estado de ansiedad permanente ya aprendió a vivir con los episodios, la contractura cervical no le parece motivo suficiente como para padecer esto episodios. Este equívoco desorienta al tratamiento y la situación se vuelve crónica. Existen pacientes que conviven con ella durante años con ciertos períodos de calma.

Capítulo 7

DOLOR LUMBAR

Las estadísticas apuntan al dolor lumbar como el primer factor de ausentismo por enfermedad en el mundo industrializado. Son casi infinitos los factores a los que se atribuye el origen de este tristemente célebre dolor popular. Sedentarismo, exceso de ejercicios, obesidad, delgadez extrema, tacones altos, zapatos sin tacones, etc.; si bien todos estos motivos parecen contradictorios, en realidad no lo son y podrían citarse muchos más ejemplos de este tipo. La realidad es que todos los seres humanos son proclives al dolor lumbar y que cada cuerpo con su morfología será víctima de factores distintos y específicos para despertar el dolor. Entonces, ¿cuál es el punto común entre todos los seres humanos? Desde el día en que el hombre decidió abandonar su postura cuadrúpeda para llegar a ser erecto, la región lumbo-sacra comenzó a realizar varios cambios en su morfología para adaptarse a la nueva carga que comenzó a soportar y a la cual no estaba acostumbrada. Esta adaptación que lleva miles de años aún no ha culminado. Sólo en los últimos cincuenta años la incursión de la tecnología que tanto ha beneficiado a la humanidad y que en un período tan corto produjo más efectos que en el resto de su historia, en lo que refiere a la postura corporal, no nos ha beneficiado sino que en realidad podríamos atribuirle un gran perjuicio. La industrialización mundial se hizo en un principio a expensas del movimiento corporal. Se creó lo que hoy conocemos como línea de producción en la que cada obrero ocupa un lugar, donde su movimiento será repetitivo y mecánico durante todo su prolongado horario. Entonces esta suerte de readaptación sobre la adaptación histórica que el hombre venía haciendo, con el devenir de los años, producirá en cada individuo un exceso de carga extra y característico de acuerdo a su función en la región lumbo-sacra.

La línea de producción ha ido cambiando obreros por máquinas y éstas están manejadas por técnicos especializados que seguramente lo hacen desde posiciones más cómodas, pero basada en que ellos estén sentados apretando botones. Sin duda esto va a mejorar la producción porque evita la lógica fatiga humana, pero no mejora la situación para la región lumbo-sacra, ya que ahora la posición de sentado sostenida durante horas, será igual a la de millones y millones de empleados y trabajadores administrativos en los que el sedentarismo produce los mismos estragos en la región lumbar que cualquier otra línea de producción. Desde luego las condiciones contemporáneas de producción y trabajo aún están al servicio de la excelencia del producto, pero las condiciones posturales son poco contempladas. Digo poco, porque en varios países se observan algunas mejorías; hay un mejor manejo de los períodos trabajo-descanso y se intercalan clases de gimnasia o mejor dicho, de movimiento corporal para aliviar las tensiones producidas por el trabajo mismo. A su vez ha mejorado en forma paulatina la anatomía de los mobiliarios utilizados durante las jornadas laborales, pero éstos siguen estado

más al servicio de la estética de la arquitectura que de las funciones del cuerpo. Debe tomarse conciencia que la mejora de las posturas favorece el rendimiento de los trabajadores y a través de éstos se evitan los errores de producción. Esot hace que los cambios sean cada vez más frecuentes.

Una persona que pesa 70 kg. carga todo el peso sobre su región lumbar cuando está de pie; la curva lumbar conocida como lordosis funciona verdaderamente de amortiguador. Pero cuando una persona se sienta el peso se triplica, esta curva se invierte y desaparece en su totalidad, por lo tanto una persona como la mencionada carga sobre sus discos 210 Kg. Si lo multiplicamos por las horas que permanece sentada en una jornada habitual de trabajo, la cifra va a llegar a más de una tonelada y media por día de trabajo. La interrupción de estos períodos de carga, aunque tan sólo sea por pocos minutos, sirve para prevenir el desgaste de los tejidos afectados. Una caminata de apenas tres minutos por cada hora u hora y media, repone la hidratación de los discos intervertebrales y esto favorece la capacidad para soportar el peso.

Los discos intervertebrales son verdaderos amortiguadores hidráulicos que se hallan ubicados entre nuestras vértebras y con ellas forman una unidad funcional junto a los ligamentos que las sostienen y los músculos que las mueven. Los discos se nutren hasta aproximadamente los 18 años por intermedio de una arteria. Luego de esta edad comienza a ocurrir un proceso fisiológico y normal en un simple cordón que ya no aporta ningún tipo de nutrientes a los discos. El acceso de nutrientes y agua al disco se hará a partir de entonces, por un proceso mecánico de compresión y descompresión que sólo es provocado por movimientos rítmicos moderados. Por ejemplo: cuando caminamos se produce a nivel lumbar movimientos rítmicos que llevan desplazamientos perfectos de las vértebras como producto de los músculos que se contraen y descuenten con la marcha. Estos movimientos logran compresiones y descompresiones moderadas de los discos al igual que una esponja, a la cual al comprimirla expulsa agua y al soltarla vuelve a succionar; de esta manera se nutren los discos incorporando líquidos, agua y nutrientes, y eliminando desechos metabólicos.

Cuando los movimientos rítmicos disminuyen son reemplazados por movimientos bruscos y de sobrecarga. La calidad de vida del disco se ve deteriorada por su mala nutrición y fundamentalmente por la falta de eliminación de desechos metabólicos locales. Comienza así un acelerado proceso de envejecimiento.

La problemática de la nutrición del disco por falta de movimientos es coherente con los hábitos de la sociedad actual, donde pasamos demasiado tiempo inactivos, pretendiendo solucionarlo en dos o tres horas semanales de movimiento, que no compensan el deterioro anterior sino que por el contrario podría potenciar la situación.

La práctica deportiva como forma de esparcimiento es muy útil a la hora de descargar estrés, pero lamentablemente los deportes en boga en los últimos años como el paddle, tenis, y fútbol 5, se caracterizan por la furia competitiva, y quienes lo practican por una falta de entrenamiento básico que ha dejado más lesiones que satisfacciones en sus practicantes. De hecho estas actividades nunca pasan de ser moda y no llegan a lograr el hábito permanente de quien las realiza.

Volviendo al movimiento rítmico moderado que necesitan los discos para mantener su calidad de vida, es fácil observar cómo en los últimos años la caminata en sus distintas formas ha desplazado la masiva práctica del aerobismo. Esta tendencia se ve en todo el mundo. Si bien el aerobismo es absolutamente beneficioso para el sistema cardiorrespiratorio, en tanto y en cuanto sea realizado bajo supervisión profesional, deja ciertas dudas a la hora de pensar en los beneficios al sistema osteo-articular, ya que los impactos del cuerpo con el suelo en forma repetitiva producen lesiones en las rodillas, caderas y columna lumbar. Esto se explica de la siguiente manera: cuando una persona

camina, desplaza la mitad de su peso corporal desde un pie hasta el otro pie, pero en cambio cuando una persona trota o corre, se produce una sucesión de saltos donde el cuerpo por breves instantes queda completamente suspendido en el aire. Por lo tanto, cada paso soportará la totalidad del peso que se ha trasladado desde el paso anterior. A su vez, por el efecto de la velocidad y características del trote, se suma la aceleración donde la descarga de peso puede ser aún mayor al 100% del peso corporal. En una caminata nunca se soporta más de la mitad del peso sobre cada miembro y el impacto se dirige así hacia la columna. Durante el trote o la carrera, se soporta en una persona de 70 Kg., de 70 a 90 Kg. en cada impacto; en solo una cuadra esto haría una diferencia de 3.500 Kg. de carga sobre el cuerpo.

Si bien el organismo está preparado para soportar la carrera y el trote, en la mayoría de las personas esta capacidad tiene ciertos límites. De hecho, los maratonistas son excepcionales y el término cabe para una pequeña elite biológica. Si a esto le agregamos kilos de sobrepeso corporal, malos suelos y mala elección del calzado, resulta que las cifras de impacto se vuelven seriamente peligrosas para la salud de las articulaciones, de los músculos y de sus envoltorios. Correr es maravilloso en tanto y en cuanto el cuerpo esté preparado adecuada y sistemáticamente. En cambio caminar es el ejercicio por excelencia de los seres humanos y requiere de mínimos recaudos para ser saludable: la correcta elección de calzado, un circuito oxigenado y suelos relativamente blandos son más que suficientes.

Como vimos anteriormente, los movimientos de compresión y descompresión facilitan la nutrición de disco.

Los músculos lumbares son sumamente poderosos ya que de su contracción depende el retorno del torso. Cuando éste se halla volcado hacia adelante, el movimiento de retornar al torso se combina con la acción de los músculos glúteos. Se podrá levantar no solamente el peso del torso sino también la carga que haya incorporado en sus brazos o en su espalda. Este conjunto muscular haya inserción en la región lumbo-sacra.

Por otro lado, cuando sentimos temor o nos irritamos, tenemos una natural tendencia a contraer levemente en forma sostenida los músculos espinales y los glúteos. Esto se detecta en los animales cuando por miedo, colocan el rabo entre las patas, y cuando por furia erizan el pelo del lomo. Una extraña mezcla de ira y temor podría ser el sentimiento que se confunde en una persona estresada. Esto implica tensión permanente de los músculos de la masa común. Esa tensión permanente disminuye el espacio entre las vértebras a expensas de la disminución de la altura de los discos intervertebrales; a esto se suma un aumento de la curva fisiológica que ya conocemos como lordosis y que cuando se transforma en patológica llamamos hiperlordosis. Esta curva de concavidad posterior, eleva las nalgas produciendo una disminución despareja de los discos, siendo mayor en la parte posterior del anillo fibroso. Este sector de la columna lumbar es el que envejece más rápidamente, y es común que sus fibras lleguen a romperse en el centro del disco, más precisamente en la unión de los dos tercios anteriores con el tercio posterior, donde se halla lo que llamamos el núcleo del disco cuya conformación es gelatinosa y densa, de características similares al mercurio. El núcleo sirve para dar apoyo a los movimientos de extensión y flexión del disco. Cuando comienza a deteriorarse el anillo por las causas expresadas, la parte posterior comienza a figurarse. A través de estas fisuras comienza a filtrarse el núcleo con su material gelatinoso; cuanto más deteriorado esté el disco, más grande será la filtración que llegará hasta el extremo del límite posterior, y cuando éste comienza a romperse protuye hacia afuera formando una saliente. Estamos así en presencia de la popular hernia de disco.

Dentro de la medicina actual, la hernia de disco generalmente ha sido mal explicada y se convirtiéndose en un mito. Junto con la escoliosis, ambas, son las operaciones más complicadas de columna vertebral. Los accidentes producidos durante esta cirugía ocupan un porcentaje significativo de alrededor del 10%. Estas cirugías suelen generar muchísimos más problemas que soluciones. Por otro lado aquellos pacientes con cirugías exitosas en hernia de disco, luego de dos a cuatro años vuelven a tener la misma sintomatología dolorosa del inicio, a la que suele justificarse con una clásica respuesta que atribuye al paciente una falta de cuidado, causante de una nueva hernia. A esto me refería cuando expresaba que esta patología ha sido mal explicada.

Ocurre que la falta de conocimiento deja a los pacientes expuestos a tomar decisiones bajo la presión censurante de algunos profesionales. Si bien la hernia de disco puede ser dolorosa, la mayoría de éstas pasan años sin ser descubiertas por la ausencia de dolor. Hoy la ciencia ha avanzado mucho en la tecnología del diagnóstico por imágenes; la vieja radiografía ha sido desplazada por la tomografía computada y ésta ya está siendo reemplazada o suplementada con la resonancia magnética nuclear. Ambas, a la hora del diagnóstico no dejan dudas sobre si existe o no, o qué forma tiene una hernia de disco. Pero sí quedan dudas acerca de dónde viene el dolor, ya que habiendo entrado en el siglo XXI no se ha logrado medir la cantidad y ubicación exacta del dolor. Como se dice en el lenguaje popular, el dolorímetro aún no existe.

Cuando un paciente dice “me duele mucho” o “poco” no hay profesional que sepa distinguir si mucho es poco, o poco es mucho. Por lo tanto la detección de una hernia de disco no puede ser por sí sola la causa del dolor de la región lumbo-sacra, más aún cuando las maniobras clínicas de diagnóstico detectan en la palpación, dolor en otras articulaciones periféricas alejadas de la hernia de disco. Es fundamental entender entonces que una hernia de disco es una lesión más, en un conjunto de varios sistemas articulares que se hallan averiados.

Por lo descrito a principios de este capítulo, las hernias de disco son una expresión anatómica de lo mal que usamos el cuerpo y cómo éste responde al desgaste. Las hernias de disco compresivas de tejido medular o raíces nerviosas, que no solamente producen dolor sino que también causan atrofia muscular ostensible, pueden ser consideradas para su operación. Entonces surge una lógica pregunta: ¿si yo tengo una hernia de disco y también dolor, de dónde proviene ese dolor sino de la hernia?. Sacroileítis, es la respuesta a la inmensa mayoría de los casos.

¿Qué es la sacroileítis?. Por definición es la inflamación en la articulación sacroilíaca, que une al hueso sacro al resto del anillo de la pelvis.

La pelvis es un gran anillo óseo formado por tres huesos, los ilíacos derecho e izquierdo y el hueso sacro que se halla en el centro. El sacro es la fusión de cinco vértebras y en su conjunto forma una sola pieza que se halla en el centro de la parte posterior del anillo. Esta pieza queda colocada y apoyada sobre el espacio que forman ambos ilion. Este espacio está tomado por el sacro que tiene forma de doble cuña de adelante hacia atrás y de arriba hacia abajo, por lo tanto tiene un sólido apoyo mecánico reforzado por los ligamentos que ocupan el espacio entre las caras articulares de los huesos mencionados. A lo largo del sacro varios centímetros están acompañados por los ligamentos sacroilíacos que son sumamente fuertes, pero a su vez, son sumamente flexibles como para poder acomodarse a los movimientos pélvicos tan básicos que realiza el ser humano como por ejemplo, en la defecación y en los embarazos en el caso particular de las mujeres. El sacro es solidario de los movimientos de la columna ya que es la prolongación final de ésta. Los ilíacos a través de sus extremos inferiores llamados isquion, dan lugar a la inserción de los poderosos músculos isquiotibiales que los hacen solidarios del movimiento de las piernas. Cuando los músculos espinales se tensan el

sacro tiende a movilizarse hacia arriba, pero cuando los glúteos y los isquiotibiales también aumentan su tensión tienden a desplazar hacia abajo a los ilíacos en sentido contrario del sacro. Se produce entonces, un punto de gran tensión que ocurre precisamente en el ligamento sacroilíaco, el cual, si bien es flexible, cuando la tensión se hace permanente y crónica como por ejemplo en el estrés, provoca primero inflamación de este ligamento y luego producción de nódulos fibrosos. Estos nódulos son amorfos y de características inextensibles; por lo tanto obstaculizan el correcto encaje entre los huesos y privan de libertad de movimiento al anillo pélvico. El proceso inflamatorio suele durar varios meses, mientras que el fibroso dura años. El aumento de tamaño de ligamentos que se produce entonces, ya es palpable a través de la piel en los bordes laterales del sacro, en cada una de las articulaciones. La hábil palpación despierta un dolor igual al que el paciente refiere cuando tiene una hernia de disco. Si logramos despertar dolor en la articulación sacroilíaca y el paciente a su vez padece de hernia de disco, nos puede servir como diagnóstico diferencial en forma irrefutable ya que hemos encontrado el dolor que el paciente refiere en la mayoría de los casos, y de acuerdo a la anatomía de las personas, a una distancia de entre 5 y 10 cm. de donde habitualmente se encontraría una hernia.

Los nódulos fibrosos y el ligamento inflamado suelen comprimir las raíces del nervio ciático. Por lo tanto es común encontrar que la sacroileítis no sólo da dolor lumbar, sino también ciatalgia, que pudo haberse confundido con el diagnóstico de hernia de disco.

Por delante del muslo se encuentra un músculo llamado recto anterior que forma parte un músculo mucho más grande y conocido, el cuádriceps. Éste une por delante al ileon con la rodilla, más precisamente con la rótula, y produce una fuerza en sentido opuesto a los isquiotibiales e igual a la que producen los espinales para movilizar el sacro. Lamentablemente, favorece entonces la situación de tensión antes descrita. Pero cuando este músculo también se halla tensionado es muy común que sea en una sola pierna, por el hábito de pararnos recargando el peso sobre la pierna derecha o izquierda. Encontramos entonces además del dolor lumbar, dolor en la rodilla correspondiente. El tratamiento consiste en la aplicación sistemática de hielo conocida como crioterapia, con la combinación de técnicas manuales para la disolución del tejido fibroso. Partiendo de un correcto diagnóstico diferencial, en un 100% de los casos se obtienen buenos resultados.

Toda la región lumbar se haya recubierta por una gran capa de tejido conjuntivo de aproximadamente medio centímetro de grosor, conformado por fibras entrelazadas entre sí en todas las direcciones posibles. Éstas son solidarias de todos los movimientos que se pueden realizar entre la pelvis y el tórax. Ese gran manto de tejido conjuntivo es conocido con el nombre de fascia lumbosacra. La fascia está altamente invadida por terminaciones nerviosas en forma de corpúsculos, los cuales captan movimientos de presión. Cuando éstos son extremos, envían estímulos correspondientes a la detección de dolor; el aumento de la tensión de los músculos que forman los pilares lumbares, produce un desplazamiento tensionante de la fascia que envía estímulos de dolor difuso. Esta es una de las sensaciones más comunes que refiere el paciente, y junto al característico dolor de bloqueo (por el cual la persona ya no puede realizar movimientos), generan la sacroileítis. El malestar de dolor difuso disminuye con ejercicios terapéuticos de postura que elongan en forma selectiva, primero los pilares lumbares y luego la capa conjuntiva. Al disminuir la tensión también desaparece el dolor. Si esto no ocurre se debe apelar a maniobras realizadas con la técnica de elongación manual que sirven para producir una dilatación más específica de esta membrana. No pocos cómicos, han aprovechado la situación del bloqueo doloroso para

representar la situación de agacharse y quedarse como congelados tomándose la espalda cuando intentan levantarse; esto que suele despertar risas en realidad suelta lágrimas, y durante mucho tiempo fue considerado condición inherente de la vejez. Hoy sabemos que le ocurre a cualquier persona ya sea en la adolescencia, por todo lo explicado anteriormente, cuando una persona se encuentra en una etapa de una labor muy estresante, el punto culminante precisamente suele ser la aparición del dolor bloqueante. El dolor suele ser difícil de ubicar para la persona que lo padece, ya que es tan intenso que suele doler toda la espalda y toda la zona glútea; al mismo tiempo se corta la respiración y en algunos casos suele aparecer un descenso brusco de la presión arterial.

La sincronización de la acción muscular es clave para evitar la producción de lesiones en las articulaciones, pero el proceso de acortamiento muscular producido en la mayoría de las personas por los estados de tensión muscular crónica, provoca como primer efecto un corte de la sincronía de las acciones articulares. Cuando movilizamos el torso en cualquier dirección la pelvis debe estar estabilizada. El movimiento de estos dos grandes segmentos depende de la sincronización efectiva de los músculos que los movilizan. Cuando nos agachamos sin flexionar las rodillas colocamos a los músculos de la región posterior del muslo en tensión (fundamentalmente en la parte más elevada que se inserta en la pelvis), que fija a la pelvis cuando se intenta elevar el torso que se halla volcado hacia adelante y ha invertido la lordosis o curva fisiológica lumbar. El paso siguiente debería ser la rotación pélvica. Como la pelvis se halla fijada, sobreviene la curvatura exagerada o la hiperlordosis. Se ha roto así la sincronía de la cadena de los movimientos, y se produce a nivel de la articulación sacroilíaca una tensión tal que culmina con un esguince que produce el bloqueo doloroso tan característico.

Todo esto se evitaría simplemente flexionando las rodillas al agacharse. Pero los cuerpos se hallan muy acortados y sus músculos con poca fuerza, de modo que el flexionar las rodillas se percibe como si fuera un movimiento insuficiente para sostener el cuerpo. En el momento en que uno se agacha el problema de la percepción corporal es tal que las personas suelen olvidar movimientos que en realidad, resultan obvios y primarios de realizar.

He hecho mucho hincapié en cómo la articulación sacroilíaca sufre permanentemente estados de tensión y en cómo movimientos cotidianos pueden llegar a provocarle un esguince como si hubiera tenido un fuerte accidente. Para los franceses esto no es novedad, ellos llaman a ese estado de tensión de las cadenas musculares mal manejadas que generan tensión en la articulación sacroilíaca “surmenage-sacroilíaco”. Es bastante correcto pensarlo así, ya que esta articulación llega a tal estado virtual de agotamiento, que movimientos sacroilíacos cotidianos producen en ella lesiones que suelen invalidar por varios días a quienes lo padecen.

El elemento principal de la articulación sacroilíaca es la posición del sacro. Podríamos hacer un paralelo donde el cuerpo humano es una brújula y el sacro es la aguja que nos marca el norte. Nuestra evolución desde la cuadrupedia hasta la posición bípeda y erecta actual, fue marcada precisamente por el hueso sacro (del griego, vida); de su cuidado depende mucho la posición para obtener así la salud correspondiente de la columna vertebral.

Capítulo 8

ESCOLIOSIS

En la medicina no existe un registro claro del momento en que se presentaron los primeros casos de escoliosis. Seguramente, desde que el hombre se transformó en un animal bípedo, aparecieron los primeros casos, ya que la escoliosis es la desviación lateral de la columna vertebral y eso sólo ocurre cuando ésta se encuentra perpendicular al suelo. En los animales cuadrúpedos esta patología no existe.

La escoliosis puede ser desde leve (podríamos decir que casi todos tenemos algún grado de desviación), hasta con desviaciones laterales muy marcadas a las que además se suma la rotación de las vértebras. Cuando la rotación es dorsal están implicadas las costillas correspondientes, que en conjunto forman la popularmente conocida “joroba” o en lenguaje técnico “giba”. El célebre personaje Cuasimodo de la popular novela de Víctor Hugo “El jorobado de Notre Dame”, tiene ni más ni menos que una intensísima escoliosis. Pero a no asustarse que no todas las escoliosis son motivo de joroba. A mediados de la década del 70, los más importantes tenistas de nivel mundial padecían escoliosis como producto de uso excesivo de un solo brazo. Las actuales escuelas de tenis contemplan esta problemática y trabajan el otro brazo con ejercicios de resistencia. Es obvio que entre Cuasimodo y los grandes tenistas de los años 70 existe un abismo, pero estas menciones nos sirven para darnos una idea de los diferentes estadios de una misma afección.

¿Se puede considerar a una escoliosis una patología invalidante?, ¿se justifica realizar cirugías que modifiquen las curvas con barras que inmovilizan de por vida 4 o 5 vértebras?

El argumento para realizar semejantes cirugías suele ser las supuestas complicaciones cardiorrespiratorias. ¿En algún congreso médico se presentaron casos concretos que justifiquen la intervención quirúrgica más allá de la proyección teórica?. Lamentablemente no existen estadísticas de los accidentes quirúrgicos ni de las reoperaciones por rechazo, ya que siempre estos casos se ocultan detrás de la mala suerte del paciente y no de la aventura de quien realiza la cirugía.

La otra alternativa es el uso del corsé, elemento que para tener efectividad debe ser usado 23 horas por día, por varios años. La angustia de los padres ante tal decisión es algo que no desearía a nadie, son víctimas de una situación culposa obligados a decidir entre la espada y la pared: corsé o cirugía.

Lo cierto es que el 2% de la población adulta camina por las calles con su escoliosis auestas. Esto no significa que la escoliosis no produce problemas, pero deben encuadrarse en el plano del dolor y la deformidad estética.

El Dr. René Calliett de la Universidad del Sur de California, célebre por su experiencia en el tema por varias décadas, escribe en su obra “Escoliosis” (1975): “Los

efectos de la escoliosis en el niño y su persistencia durante la edad adulta son primordialmente estéticos”.

Casi 20 años más tarde siendo profesor emérito de la Escuela de Rehabilitación del Sur de California, precisamente en 1993, en su obra “Mecanismos del Dolor”, escribe: “Es el momento en que ortopedistas y neurocirujanos admitan con franqueza que salvo unas pocas y raras excepciones, dichas intervenciones son poco juiciosas cuando llega el momento de tratar pacientes con síndromes dolorosos crónicos”.

Los resultados del uso del corsé no suelen ser alentadores. Cuando el corsé se quita se observa que el aumento de la curva es mínimo, pero la deformidad persiste y la atrofia muscular es notable. No es necesario que un adolescente crezca y desarrolle su personalidad dentro de un corsé, que a pesar del esfuerzo de sus diseñadores nunca le quitarán el mal aspecto. Claro que de no existir alternativas, el corsé es preferible a la cirugía, a la que sólo se debería recurrir si se considera que de no hacerlo, los dolores que provocaría la escoliosis en el futuro fuesen de importancia.

Afortunadamente existen alternativas terapéuticas flexibles que pueden evitar un 100% las cirugías y en un alto porcentaje el uso de corsé. Si tomamos la desviación idiopática (término que se utiliza en medicina cuando se desconoce el origen de la patología), como una forma de adaptación que sin duda busca mantener la columna vertebral en forma vertical, surge que la mayoría de las escoliosis se compensan en forma natural con excepción de aquellas donde el origen es conocido, por ejemplo vértebras deformadas por problemas genéticos o infecciosos, etc.

De la mayoría se desconoce su origen pero podemos interpretar una lógica; es que las cadenas miofasciales buscan compensar el déficit postural. Sin duda las compensaciones suelen ser desmedidas, y la exageración y reducción de éstas son motivo de tratamiento. Las vértebras se hallan en unión con huesos estratégicos que son en la parte alta las escápulas, en la media las 12 costillas y en la parte baja la cresta de la pelvis. Los músculos que los unen producen tensiones musculares excesivas que con el correr del tiempo dejan huellas, sobre todo en su elasticidad mecánica, produciendo verdaderos acortamientos que son imposibles de revertir a voluntad. La elongación específica en los músculos se efectúan en forma manual, y consiste en fijar los puntos de inserción, con los dedos del terapeuta se busca elastizar la proteína muscular que se halla acortada. A su vez, es necesario intentar disolver el tejido fibroso que se halla entre las cadenas musculares. Por otro lado, los músculos se “pegan unos sobre otros”; los dedos del terapeuta deben ser lo suficientemente hábiles para llegar a los espacios reducidos y despegar las cadenas musculares.

Todos los músculos están recubiertos por un tejido conjuntivo de diferente densidad según su ubicación, esta capa conjuntiva lleva el nombre de aponeurosis y penetra en el interior del músculo formando los subgrupos del mismo músculo. Por su otro extremo, la aponeurosis se une a los tendones y esta continuidad forma una gran cadena de tejido conjuntivo. En realidad es aún más amplia porque existen grandes envoltorios conjuntivos que envuelven las regiones como por ejemplo muslo, hombro, etc. Estas grandes cadenas se llaman fascias, pero para ser justos deberíamos llamarlas cadenas miofasciales, pues es casi imposible separar la actividad de los músculos de las fascias. Las tensiones y acortamientos en las cadenas miofasciales gobiernan la postura corporal. Toda compensación adaptativa lleva consigo un reajuste de todo el cuerpo. Cuando se libera la unión de dos o más cadenas miofasciales se produce un auténtico reajuste postural. Las cadenas funcionan unas sobre otras y debiera haber un correcto deslizamiento; pero por distintas causas basadas en la falta de movimiento, ocurre lo que llamamos proceso fibroso, algo así como el “óxido” de los músculos. Primero se apoyan entre las fascias de los músculos y por acumulación de impurezas de los

desechos metabólicos se forman adherencias fibrosas. Éstas crean una suerte de unión con la consecuente pérdida de movimiento y retracción de la cadena o cadenas correspondientes.

En el caso particular de las escoliosis ocurren adherencias características, por ejemplo, la de los músculos paravertebrales en casi toda su longitud con gran asiento en la zona de las curvas patológicas. Precisamente es en la curva lumbar donde se ubica el ángulo formado por la primera vértebra lumbar y la 12^a costilla, allí se forma por adherencias una complicada intersección de músculos de la región lumbar, los paravertebrales y el diafragma. Cuando se trabaja en la liberación de esta zona se obtiene un importante resultado en la corrección de la asimetría de la escoliosis en la zona lumbar. Otro punto característico de las adherencias y acortamientos se presenta en los músculos que unen la escápula con toda la columna y las costillas. Cuando se trabaja sobre las adherencias que limitan las cadenas escapulares, se obtiene la flexibilización de la zona dorsal de la columna y una marcada igualdad a la altura de los hombros (actuando sobre la giba posterior). Los ejercicios de tipo postural son los indicados para mantener los logros obtenidos en los trabajos de limpieza de adherencias y reestructuración de las cadenas miofasciales.

Los siguientes puntos pueden servir de referencia a los padres para detectar precozmente principios de escoliosis:

- 1- Si bien se detectan casos severos de escoliosis que comienzan entre los 7 u 8 años, el pico más común para el comienzo es entre los 11 y 12 años.
- 2- Por cada varón que padece escoliosis, nueve niñas la tienen. Para algunos autores la diferencia es de siete a uno y hasta cinco a uno. Cualquiera sea la tabla tomada, la desventaja femenina es abrumadora. Si bien la ciencia aún no explica este dato, está fuera de discusión que ocurre y por lo tanto las niñas deberán ser especialmente observadas.
- 3- La altura de un hombro y otro difiere más de 1cm, es motivo de consulta.
- 4- También deber realizarse una consulta por dolores de cabeza y espalda en época escolar.
- 5- Para observar la oblicuidad de la pelvis, sirve como referencia la posición de los cinturones elásticos de las faldas o ropa interior.
- 6- Es importante observar los tacones del calzado; por efecto de la escoliosis se desgastan de manera desigual.
- 7- Cuando un adolescente comienza la práctica de un deporte unilateral (tenis, paddle, etc.) es necesario observar la compensación en sus entrenamientos.
- 8- Tomar radiografías de columna ante cualquier duda.

Capítulo 9

DOLOR DE CUELLO

Cuando una jornada de trabajo está por terminar, el dolor de cuello suele ser parte integrante de ese momento. No importa si el trabajo se hizo de pie o sentado, el cuello molesta. La civilización actual basa su actividad fundamentalmente en la comunicación entre los hombres, y si bien todo el cuerpo participa de la comunicación, en la cabeza se encuentran los oídos, los ojos y la boca; los tres elementos fundamentales de la comunicación humana.

La cabeza está formada principalmente por huesos sin movimientos entre sí. Para poder mover los ojos existen músculos muy pequeños y precisos, pero la cabeza también hace ajustes para dar un buen plano a la mirada. Lo mismo ocurre cuando direccionamos la voz y los oídos, son los músculos del cuello los encargados del ajuste. También la expresión en los músculos de la cara son indicadores de comunicación; los gestos producidos por la cara suelen traicionar la palabra falsa y a veces la cara dice más la cara dice más que la palabra.

El conjunto de tensiones musculares crónicas de la cara moldea la fisionomía del rostro. Es fácil detectar viejas angustias en las cicatrices del rostro producidas por años y años de tensión muscular crónica que arrugan la piel. Pero no sólo se ve la tristeza; también la simple sonrisa del éxito que no necesariamente indica felicidad. Quizás el más claro indicador de este anhelado sentimiento tiene que ver con el brillo de los ojos y la limpieza de la mirada. Sea cual sea el sentimiento, con el correr de las horas los músculos trabajan y se cansan produciendo desagradables sensaciones.

Desde el punto de vista mecánico, la cabeza se articula con las vértebras de tal forma que los dos tercios anteriores de la cabeza quedan por delante del eje articular. Por lo tanto la cabeza tiene una tendencia natural a caer hacia adelante por su propio peso, cosa que es corroborable en una persona que se duerme o en los bebés en los primeros meses cuando su gran desafío es poder levantar la cabeza. Es fácil poder observar cómo los músculos posteriores son mucho más desarrollados que los anteriores, pero sobre todo observamos mayor tonicidad muscular en los de la nuca que son los que luchan contra la gravedad cuando nuestra columna se halla vertical. A diferencia de lo que se cree, no es el tono neurológico el que debe mantener la posición de la cabeza en vertical, sino el tono mecánico. Este es producto de la elasticidad en los ligamentos, fascias y proteínas musculares. Si la postura corporal es equilibrada, la cabeza está en la misma línea que une los hombros. Sólo con la elasticidad de los elementos mencionados es suficiente para mantener la cabeza erguida, pero como por lo general los hombros se hallan adelantados por el encorvamiento dorsal, la cabeza queda obligada a mirar hacia abajo. Es entonces cuando aparece el aumento del tono neurológico para compensar la palanca. Precisamente para graficar mejor la articulación

de la cabeza con las cervicales, ésta se comporta como una palanca de primer género donde el peso es la cabeza misma, el apoyo las cervicales, y la resistencia los músculos de la nuca. Por lo tanto cuanto más adelantada está la cabeza con respecto al cuello, y cabeza y cuello con respecto al tórax, mayor será el trabajo en los músculos de la nuca. Claro que como se mencionó antes, dos tercios anteriores tienden a volcar la cabeza hacia delante, por eso se compensa con la elasticidad de los tejidos musculofasciales de la nuca. Cualquier desbalance en este delicado equilibrio será pagado con acortamiento en los músculos de la nuca.

Hasta aquí todo parece indicar que el problema cervical se asienta en la nuca, pero mucho también ocurre en la parte anterior del cuello, obviamente en la garganta, zona que a simple vista se observa más noble y débil. Sus músculos cuya lucha contra la gravedad es casi nula, son de un tono más débil, pero esto no significa que sean menos importantes. La garganta es atravesada en forma diagonal de atrás hacia adelante, tanto por derecha como por izquierda, por un poderoso músculo, el ECOM, que es el responsable de la rotación de la cabeza y de mantener su equilibrio anterior, posterior y lateral. El fisiólogo americano Basmajian demostró a través de sus estudios electromiográficos, que el movimiento de los ojos provoca aumento de la tensión muscular. Cuando realizamos movimientos oculares precisos, el ECOM acompaña a otros músculos, por lo tanto las actividades laborales que requieren fijación de la vista provocan tensión, en particular en la parte superior. Éste cruza el eje longitudinal del cuello y termina en la base del cráneo, junto a la inserción de los músculos de la nuca. Por lo tanto hacen fuerza en la zona baja del cráneo (siempre dolorosa a la palpación). El ECOM, en la escala evolutiva formó un solo músculo junto al gran músculo trapecio, el principal de la nuca y espalda alta.

Vemos aquí entonces una vinculación anatómica y funcional entre la garganta y la nuca, desde el punto de vista del control de los movimientos provocados por los sentimientos. En la garganta se origina en particular, la particular salida del llanto.

Si bien la fisiología describe con gran precisión el funcionamiento del cuerpo humano, poco se ha dedicado a la explicación de fenómenos tan cotidianos como el llanto y la risa. Todos alguna vez hemos experimentado estos sentimientos y sabemos cómo modifican nuestro sentir corporal. En particular, el llanto estalla frente a grandes emociones se comporta como una fuga de energía que se vuelve intolerable.

Antes de producirse el llanto, nuestro cuerpo se halla en una gran tensión muscular. Lamentablemente nuestra cultura no permite el llanto, especialmente en los hombres, ya que llorar es visto como un símbolo de debilidad.

La mujer de hoy que incursiona en la vida laboral con gran intensidad, tampoco acostumbra llorar ante una contrariedad laboral. Estamos acostumbrados a ver llorar a hombres y mujeres en circunstancias sociales permitidas, por ejemplo, frente a la muerte o enfermedades, pero no frente a conflictos cotidianos tal como todos lo hicimos cuando éramos niños. Precisamente el dejar de llorar, se considera un paso a la adultez; la frase “llora como un niño” se utiliza para ridiculizar a un adulto. Lo cierto es que lloramos menos de lo que necesitamos y para lograrlo debemos frenar los movimientos del llanto; éste se origina por fuertes contracciones del diafragma, no olvidemos que el llanto es una forma de respiración brusca y espasmódica. El conocido “nudo en el estómago” no es más que un diafragma conteniendo llantos de angustia a través de un estado de semicontracción, que eleva su centro y lo coloca en un lugar que popularmente lo llamamos “boca del estómago”. Cuando la angustia es muy intensa, busca salida a través del llanto y por las vías respiratorias altas de la garganta, segundo lugar que opera como válvula de contención. Los músculos ECOM, junto a los periféricos de la laringe, se contraen para presionar sobre ésta y ahogar el llanto a ese nivel. Cuando el

profesional palpa esta zona, observa cómo los ECOM se hallan tensos y adheridos a los planos subyacentes. La tensión de la garganta se une con la de la nuca formando un verdadero anillo o collar de tensión en todo el cuello.

Muchas veces pregunto a mis pacientes cuándo fue la última vez que lloró con intensidad; en general nadie lo recuerda, salvo si ocurrió un fallecimiento. Contener el llanto es tan común que la contracción inicial se automatiza. Luego se observa tensión muscular, pero las personas ya no pueden relacionarse con su angustia contenida (aunque saben que la tienen) y no reconocen su incapacidad muscular para llorar.

Siguiendo con sentimientos contenidos (como se explica para profundizar en el capítulo *Vértigos y mareos*), la expresión en la agresividad está vinculada con los movimientos en la mandíbula que posee la virtud del movimiento. Antiguamente era el arma principal del hombre y su potencia servía para desgarrar la carne. Con los años y la evolución filogenético, nuestra mandíbula retrocedió en posición y tamaño pero sigue siendo poderosa.

Apretar nuestro dientes frente a la adversidad, es una actitud excesivamente común en nuestra sociedad. Cuando los poderosos músculos maseteros se contraen para “apretar la mandíbula”, se acompaña con gran tensión de los músculos cervicales que intentan estabilizar la cabeza para el accionar de la mandíbula. Evidentemente los sentimientos y el estrés toman al cuello como punto clave para asentarse. Precisamente es el estrés una de las causas principales de la deficiente incorporación del Magnesio, y a su vez facilita la rápida pérdida de este mineral produciendo un severo déficit. Si tenemos en cuenta que el Magnesio entre otras funciones, opera como relajante muscular, la situación descrita se complica aún más. Por lo tanto estrés y tensión muscular crónica van de la mano.

En los capítulos referidos a dolor de cabeza y a vértigos y mareos, se hace una descripción de muchos síntomas de origen cervical que están relacionados con los motivos antes descritos. En lo referente al cuello específicamente existen síntomas dolorosos muy puntuales. Muchas veces ocurre de repente, que no podemos girar el cuello hacia alguno de los lados, ya sea izquierda o derecha; esto se conoce con el nombre de tortícolis. Si bien la aparición es brusca y suele comenzar luego de dormir o terminar alguna tarea física intensa, la gestación del dolor ocurre con anterioridad y pasa inadvertida hasta encontrar algún factor desencadenante.

El origen está en el músculo angular del omóplato. Éste une las cuatro primeras vértebras cervicales con el ángulo superior de la escápula u omóplato, conocida popularmente como paleta. En el ángulo de la escápula, reside el pivote de muchos movimientos que se realizan con el brazo, y a su vez, el músculo es un sostén semi-pasivo del hombro que por delante se sostiene con la clavícula que por ser un hueso su actividad es absolutamente pasiva. Pero por detrás no existe tal pieza ósea y el angular es el principal sostén junto a otros músculos (trapecio, serrato anterior). Esta tracción permanente se traslada en forma de fuerza tirante hacia arriba, logrando que las primeras vértebras cervicales reduzcan su natural espacio entre ellas. Como la inserción es lateral, la compresión se hace sobre la emergencia de las raíces nerviosas cervicales. Esto lleva con el tiempo, a la irritación de los nervios, que en algún momento producen una lesión característica en su tejido con alteración de la conducción nerviosa, que se traduce en un fuerte dolor y en un espasmo muscular que bloquea el movimiento. Cuando se palpa la inserción inferior sobre el omóplato se encuentra gran cantidad de tejido fibroso. La eliminación a través de la aplicación metódica de frío más masaje terapéutico, suele liberar al espasmo en una primera sesión; luego se deben realizar ejercicios y maniobras de elongación del músculo afectado.

Existe una relación, aunque solamente estadística, entre el excesivo consumo de café y la aparición de este síndrome. De ninguna manera debe pensarse que el café puede producir semejante cuadro, pero sí recordar que es un excitante de la actividad muscular y favorece el estado de alerta. Aquellas personas estresadas que descansan poco y mantienen su vigilia con café, deben estar atentos. Sí es común, que esto ocurra en aquellas personas que por distintos motivos no durmieron una noche (padres con bebés, cuidado de enfermos, etc) o lo hicieron en forma incompleta varias noches. Esto se adjudica a la función semi-pasiva de sostén que sólo se relaja absolutamente durante el sueño. Y si el sueño no es correcto, la actividad se sustenta por la fatiga; primero aumenta el trabajo muscular y por último se lesiona.

La permanente tensión muscular lleva a través de los años al desgaste de los cartílagos articulares cervicales, los que primero producen pequeñas fisuras y luego degeneran en elevaciones óseas denominadas osteofitos o conocidas popularmente como picos de loro (por su similitud en la imagen que resulta en las radiografías). A este proceso se lo conoce con el nombre de artrosis; sólo ocurre a partir de los 40 años y provoca dolor por sí solo dada la incongruencia articular.

La movilidad la flexibilización permanente de cuello son una eficaz solución para este problema.

Capítulo 10

TÉCNICAS DE ELONGACIÓN MANUAL SELECTIVA Y POSTURAL

A través de más de 20 años de experiencia se puede describir una técnica de trabajo en kinesiología que se realiza exclusivamente con las manos del terapeuta. Son muchos los pacientes que llegan a la consulta con la expectativa de recibir un tratamiento kinesiológico tradicional, entendiendo como tal la vieja fórmula de onda corta, ultrasonido y unos pocos minutos de masajes clásicos.

Las fisioterapias mencionadas se usan ya hace varias décadas aplicadas de manera despersonalizada; sólo consiguen cierto alivio luego de diez o más sesiones, las que se realizan en un período aproximado de 3 semanas. En este lapso muchos de los dolores agudos disminuyen solos sin ningún tipo de terapia, de modo que estas antiguas técnicas dejan grandes dudas sobre sus resultados.

La aplicación fisioterapéutica de onda corta, ultrasonido y hasta el actual láser, actúan como analgésicos que disminuyen el dolor, pero no atacan las causas. Si pensamos que en el cuerpo el 40% de su peso pertenece a 608 músculos organizados en cadenas de movimientos, y que éstos se hallan alterados por acortamientos o se interrumpen entre sí por formaciones de adherencias que llevan a desajustes posturales crónicos y progresivos, se entiende que la intervención directa de las manos terapéuticas obtengan resultados rápidos y concretos en el restablecimiento del orden natural de la mecánica corporal.

Los músculos se expresan mediante el tono, al cual se define como estado de semicontracción permanente que prepara al músculo para el movimiento. Esta explicación clásica de los libros de anatomía y fisiología, pertenece al fisiólogo inglés Sherrington (finales del Siglo XIX), y resultó genial para su época. Sin embargo, 100 años más tarde, resulta cierta pero incompleta. En la actualidad, después de los grandes avances de la comunidad científica, podemos decir que ese estado de semicontracción debido a la actividad eléctrica del sistema nervioso central (SNC), sólo actúa en determinadas circunstancias. A ellas me referiré con mayor detalle en las próximas líneas.

El estado de tensión normal que palpamos en un músculo y por ende en todo el cuerpo, se debe a la tensión propia de las proteínas musculares y al de sus inseparables envoltorios, las fascias. La acción de la gravedad es siempre el estímulo principal que provoca modificaciones en el tono de los músculos (ya sea a nivel mecánico o neurológico). Si bien el hombre comparte este estímulo con todos los animales, en su caso particular, la evolución filogenético está marcada por su modificación postural (salió de agua, luego fue reptil, más tarde cuadrúpedo semirrecto, hasta ser erecto como lo es hoy, y seguramente deberá aún evolucionar).

La acción de la gravedad atrae el cuerpo hacia la tierra, por lo tanto este debe reequilibrar el desequilibrio constante que esta situación genera; por lo tanto tomamos la acción de la gravedad como un estímulo y no como un impedimento.

El equilibrio fijo pertenece a las estructuras rígidas como la de los edificios, y aún así tales masas guardan cierta flexibilidad (las oscilaciones en los edificios torres o estadios), que logran leves desplazamientos para evitar fisuras en sus estructuras. Si cada hueso guarda su eje paralelo a la gravedad y se corresponde con el eje de su segmento, y los segmentos son congruentes entre sí, sólo la tensión de los ligamentos y grandes fascias son suficientes para que una persona se mantenga recta sin la participación de los músculos posturales. Cuando este equilibrio se pierde, comienzan las contracciones musculares originadas por impulsos eléctricos provenientes del Sistema Nervioso Central, en respuesta a la sensación de desequilibrio.. Esta última información la brindan los ligamentos y las fascias a través de impulsos sensitivos. Es aquí donde se produce el verdadero tono neurológico, que no está formado sólo por impulsos de corrección postural sino también por estímulos provenientes de distintos sectores del cerebro que imprimen a estos sentimientos (lóbulo límbico), estado de vigilia-sueño (sustancia reticular) y estímulos excesivos provenientes del tálamo (luz, sonido, etc) y conjuntamente proporcionan la tensión o tono neurológico.

La técnica de elongación manual, actúa primero reduciendo la hipertonia neurológica a través de suaves movimientos en los segmentos corporales (en especial en la cabeza), a fin de “sintonizar”la estimulación. Una vez conseguida la disminución de la hipertonia, los dedos del terapeuta penetran dentro de los músculos y entre ellos, con el fin de liberar adherencias. Luego continúa maniobrando el estiramiento selectivo de los músculos profundos que son los responsables de la postura estática global. Quizás uno de los interrogantes más comunes para todos aquellos que se interesan por el cuerpo, es saber qué es una buena postura. Claro que antes es necesario saber qué es la postura, más allá de ser buena o mala.

La definición más tradicional de postura dice: es la relación del cuerpo con su medio externo, y la relación de las partes del cuerpo entre sí. Es tan clara como global, por eso deja abiertos muchos interrogantes. Es solamente un punto de vista matemático basado en cómo actúan las leyes de la física sobre nuestro cuerpo.

Pero, ¿puede la postura corporal expresar el estado psicofísico de una persona?

Entre la definición y la pregunta se encuentran los las verdaderas cuestiones que se involucran al hablar de postura.

De acuerdo a las leyes físicas que gobiernan al cuerpo, el estado fisiológico y los estados de ánimo producen la postura en una persona en un momento dado, y cambiará tantas veces como esas variables se modifiquen. Las variables sujetas a tantos cambios en función de una larga sucesión de años, caracterizan al ser humano desde su aparición en la vida de este planeta. Su recorrido desde la posición de reptil hasta la erecta, lo ha erigido como el ser más evolucionado del reino animal. Por lo tanto podemos redefinir a la postura como el estado dinámico del cuerpo y de cada una de sus partes (sometidas a las leyes físicas del lugar en que se encuentre), de acuerdo al estado de ánimo y a su funcionamiento orgánico.

Con esta definición podemos desglosar la postura actual y encontrar cierto patrón común en lo hombres contemporáneo. Y se ah hablado del característico reflejo que tenemos al tensar los músculos de la espalda, al inclinar la cabeza hacia atrás y al apretar nuestra mandíbula ante situaciones que nos tensan, cuya expresión más común sería el estrés. Este reflejo es el resabio de la actitud de ataque de nuestros antepasados más lejanos en los momentos de caza, que tenía como objetivo dar buena apoyatura a la

mandíbula para aplicar una mortal mordida. Actualmente dicho reflejo se destaca a diario en cualquier actividad que nos provoca agresividad.

Para terminar con la parte posterior, observamos otro resabio convertido en lo que fue también una actitud frente al peligro, llevar los hombros hacia arriba. La escápula funciona como escudo de protección ante una agresión, y por eso torcemos nuestros hombros ante situaciones de temor o de peligro inminente. Cuando un perro se ve amenazado huye con su pelvis flexionada y el rabo entre sus patas protegiendo sus genitales y ano; los hombres también tuvimos cola o rabo y es lo que hoy conocemos como hueso coxis o popularmente “hueso dulce”. Es común que ante el peligro o una situación de estrés tendamos a tensar los poderosos glúteos y las rodillas.

La suma de estos estados estereotipados de tensión muscular son observables en cualquier calle de una gran ciudad. Todos los días podemos ver personas tensas que en realidad están asustadas y preparadas para agredir. Esta tendencia a la rigidez hace que la postura funcione como si los hombros fueran una percha de la que vivimos colgados. Sentimos muy poco nuestros verdaderos apoyos que son los pies y las piernas, que al estar sumamente rígidas provocan inestabilidad al cuerpo. Nos apoyamos sólo en los talones, y muy poco o nada, en la parte delantera de nuestros pies que es donde realmente debería caer el peso corporal.

Se han realizado muchos estudios para saber cuáles son los puntos de referencia para una postura óptima. Sí es sabido que cuanto menor sea el gasto de energía que experimentan los músculos, mejor será la postura. Por lo tanto si tirásemos por el cuerpo una plomada imaginaria, debería pasar por el lóbulo de la oreja (mastoides), el vértice del hombro (acromion), en la cadera centro o detrás, por delante o centro en las rodillas, para pasar luego cómodamente por delante del tobillo y caer en la parte media del pie.

Es difícil que tanto en hombres como en mujeres se cumpla este paradigma de la buena postura. Entre los defectos más comunes, encontramos como dijimos en líneas anteriores el problema de los hombros.

El psiquiatra Alexander Lowen dice: “vivimos colgados de una percha que nos eleva en la fantasía y nos quita los pies del piso, que son nuestro contacto con la realidad”. Los hechos indican que esta deducción psiquiátrica, encuentra un correlato anatómico funcional que lo justifica ampliamente: los hombros elevados y tensos, parecen ser el apoyo de un cuello rígido que da sostén a la cabeza. Sólo el ver caminar a la gente por la calle con gran tensión en sus pelvis y piernas, nos da la sensación de que cuelgan de una estructura rígida superior.

A nivel dorsal, el cuerpo se quiebra hacia delante atraído por la acción de la gravedad (y por qué no, empujado por las responsabilidades cotidianas de la espalda), y particularmente los hombros no sólo se elevan sino que también se adelantan.

En la técnica de elongación manual selectiva, se trabaja con todos los músculos del cuerpo, pero se hace hincapié en el restablecimiento de las tensiones musculares de la escápula (principal hueso del hombro), por su fundamental participación en la reestructuración postural. Por su parte, la gran fascia lumbar es trabajada de múltiples formas dado que cumple un rol relevante en el mantenimiento de la postura erecta (este tema se profundiza en el capítulo de dolor lumbar).

Capítulo 11

CRIOTERAPIA

Si bien el calor ha sido protagonista durante décadas de casi todos los tratamientos fisioterapéuticos, ya sea en forma de infrarrojo, onda corta, horno de Bier, etc., los resultados son motivos de dudas en muchos casos.

La aplicación terapéutica del frío no es antagónica con la del calor aunque en nuestra experiencia personal no lo hemos combinado y desconocemos sus resultados.

En cuanto al uso del frío podemos relatar una experiencia de muchísimos años en las más diversas patologías articulares. En principio el uso del frío se basa en que los nervios conducen sus impulsos a una temperatura similar a los 36° C que es la del cuerpo humano, cuando ésta disminuye notablemente, el flujo eléctrico se ve interrumpido por lo que se produce primero analgesia y luego anestesia. En el primer caso el dolor disminuye por disminución de la conducción del estímulo doloroso; si el frío persiste y desciende aún más la temperatura, se produce anestesia, supresión total de la sensación por interrupción total del flujo de conducción. La pérdida de sensibilidad por el frío es algo que todos experimentamos durante los días más duros de invierno, por ejemplo citaremos los casos de “pie de trinchera” o “pie de andinista” que casi siempre culminan en amputación del miembro por congelamiento. La pérdida inicial de la sensibilidad en una situación de este tipo, es el precio que trae aparejado el congelamiento ya que anula los mecanismos preventivos del dolor. Este ejemplo está muy lejos de ser terapéutico pero es una situación exagerada que grafica cómo el frío puede anular el dolor.

Cuando se pretende aplicar técnicas manuales sobre zonas irritadas con dolor, se hace necesario llegar con los dedos del terapeuta. Para por ejemplo, disolver un nódulo fibroso que produce dolor, se utiliza hielo en forma directa por espacios intermitentes de 2 a 5 minutos hasta producir la analgesia y por último la anestesia necesaria para trabajar sin producir dolor. El otro efecto simultáneo es la eliminación del calor producido por la inflamación. Al eliminar este elemento, la inflamación disminuye ya que el calor es vasodilatador, lo cual aumenta el edema local. Por lo tanto la vaso constricción que produce el frío es antiinflamatoria.

Por otro lado, el frío disminuye el metabolismo local determinando sustancias producidas por el dolor. El frío sostenido tiene otra actividad benéfica sobre los músculos contraídos ya que disminuye su espasmo. La combinación de técnicas manuales y masajes sistemáticos con hielo son altamente efectivos en lumbalgias por sacroileítis y en espasmos cervicales causados por migrañas y cefaleas. Cuando sólo se pretende disminuir el dolor sin otra intervención manual, se aplica frío e forma directa por espacios de 15 a 20 minutos.

BIBLIOGRAFÍA

- Lenguaje del cuerpo- Alexander Lowen
- Cuerpo y depresión – Alexander Lowen
- La experiencia del placer – Alexander Lowen
- La traición al cuerpo – Alexander Lowen
- Rolfing – Ida Rolf
- Imagen y apariencia del cuerpo humano – Paul Schilder
- Dolor, mecanismo y manejo – Rene Calliet
- Dorso – Rene Calliet
- Escoliosis – Rene Calliet
- Rodilla – Rene Calliet
- Aspectos de la espasticidad muscular – A. Biek Mayer
- Autoconciencia por el movimiento – Moshe Feldenkrais
- Cabeza y cuello – Rocabado Seaton
- Patología (Tomos I y II) – Anderson
- Sistema vestibular y trastornos óculo motores – Brunas y Marelli