

UNIVERSIDAD CAMILO JOSÉ CELA
FACULTAD DE SALUD

MÁSTER EN OSTEOPATÍA INTEGRATIVA

Curso Académico 2018 / 2020

TRABAJO FIN DE MÁSTER

**Eficacia de la osteopatía visceral en el control de los dolores
osteomusculares. Una revisión sistemática.**

Autor: Francisco Viciano Lama

Tutora: Gracia Gallego Sendarrubias

Agradecimientos

A mi familia, por mostrar siempre su apoyo incondicional, gracias a ellos este máster ha sido posible.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
OBJETIVOS	2
OBJETIVO GENERAL	2
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	2
MATERIAL Y MÉTODOS	3
FUENTE DE DATOS Y BÚSQUEDA	3
PALABRAS CLAVE (KEYWORD)	3
BASES BIBLIOGRÁFICAS	3
SELECCIÓN DE ESTUDIOS	3
CRITERIOS DE INCLUSIÓN	3
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN	3
ANÁLISIS DE LA LITERATURA	4
ESTUDIOS VALORABLES	4
RESULTADOS	5
EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS	5
EXTRACCIÓN Y SÍNTESIS DE RESULTADOS	6
TABLA DE RESUMEN DE ENSAYOS CLÍNICOS Y EVIDENCIAS	9
DISCUSIÓN	10
CONCLUSIONES	12
BIBLIOGRAFÍA	13
ANEXOS	17
GUÍA PEDRO	17
GUÍA CARE	18

RESUMEN

Introducción: Una alteración en una víscera puede desencadenar un dolor reflejado en el sistema músculo esquelético, sin estar este dañado. La osteopatía visceral trata de restablecer el desorden visceral, para así aliviar tanto sus posibles disfunciones como el dolor reflejo provocado.

Objetivos: Conocer la eficacia del tratamiento osteopático visceral para el abordaje de dolores osteo-musculares.

Material y métodos: Se realizó una revisión sistemática de la bibliografía desde el año 2010 hasta la fecha, donde se recogían los artículos que relacionasen el tratamiento osteopático visceral con algún tipo de dolencia física. Para ello se utilizaron las bases de datos Pubmed, Web of Science, Science direct y Pedro. Una vez seleccionados los artículos se utilizó la escala Pedro y la guía Care para estudiar la idoneidad de los estudios recogidos.

Resultados: La aplicación de la terapia osteopática visceral demostró tener mejoras para los dolores osteo-musculares obteniendo un resultado estadísticamente significativo en cinco de los seis artículos seleccionados para esta revisión sistemática.

Conclusiones: El tratamiento osteopático visceral tiene un potencial beneficio sobre los dolores músculo-esqueléticos. Pero dado que hay pocos análisis clínicos realizados sobre el tema, no podemos afirmar este hecho, es por ello que se precisa seguir esta línea de investigación.

Palabras clave: Osteopatía visceral, dolor músculo-esquelético, tratamiento osteopático, dolor referido.

ABSTRACT

Background: An disorder in a viscera can trigger a pain reflected in the skeletal muscle system, without being damaged. Visceral osteopathy tries to restore visceral disorder, thus alleviating both its possible dysfunctions and the reflex pain caused.

Objectives: To know the effectiveness of visceral osteopathic treatment for the approach of skeletal muscle system pains.

Material and methods: A systematic review of the literature was carried out from 2010 to date, where articles related to visceral osteopathic treatment were collected with some type of physical ailment. The Pubmed, Web of science, Science direct and Pedro databases were used for this purpose. Once the articles were selected, the Pedro scale and the Care guide were used to study the suitability of the studies collected.

Results: The application of visceral osteopathic therapy was shown to have improvements for osteo-muscular pains, obtaining a statistically significant result in five of the six studies of this systematic review.

Conclusions: Visceral osteopathic treatment has a potential benefit for musculoskeletal pains, but with the little literature on the subject we cannot say it, that is why it is necessary to follow this line of research.

Key-words: Visceral osteopathy, skeletal muscle pain, Osteopathic treatment, referred pain

INTRODUCCIÓN

La osteopatía se define como “la ciencia y el arte de diagnosticar y de tratar las disfunciones de movilidad de los tejidos del cuerpo humano, que provocan trastornos y perturban el estado de salud del organismo”⁽¹⁾. Fue fundada por Andrew Still en el año 1874 en EEUU, y en 1892 se abrió la primera escuela de osteopatía⁽²⁾. La OMS se refiere a ella como la medicina osteopática, donde el diagnóstico y tratamiento depende del contacto del terapeuta con el paciente, respetando la relación del cuerpo, la mente y el espíritu. La integridad estructural y funcional del cuerpo es su base central, buscando ayudar a conseguir la autocuración del organismo⁽¹⁾.

En la actualidad, se conoce poco del enfoque global de la osteopatía; se restringe al tratamiento estructural y se olvida el manejo de las disfunciones cráneo-sacras y viscerales. De hecho, pasaron alrededor de 100 años hasta las primeras referencias escritas sobre la aplicación de la osteopatía sobre las vísceras. Jean-Pierre Barral fue quien introdujo el término “osteopatía visceral” en una primera publicación en 1983⁽²⁾. Este autor, defendía que el normal movimiento de las vísceras imprimido por la respiración podía alterarse, al igual que se puede producir un fallo en el movimiento articular, y este, desencadenaría diversas disfunciones, que podrían ir desde problemas gastro-intestinales hasta dolores de espalda. Estos posibles fallos en el movimiento visceral pueden ser analizados por la palpación mediante un diagnóstico osteopático⁽³⁾.

La osteopatía visceral consiste, por tanto, en el tratamiento que da movilidad a las vísceras, con el objetivo de restablecer su movimiento fisiológico y liberar las restricciones fasciales. Puede ser aplicada en diversas patologías y disfunciones, como puede ser la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn)⁽⁴⁾⁽⁵⁾, síndrome del intestino irritable⁽⁶⁾, reflujo gastroesofágico⁽⁷⁾, incluso en pacientes oncológicos para mejorar su calidad de vida⁽⁸⁾.

En este contexto, es importante conocer que uno de los síntomas de las alteraciones funcionales viscerales es el dolor osteomuscular referido, que se localiza en una zona anatómica distinta a la de la afectación⁽⁹⁾. Estos dolores o disfunciones pueden aparecer tanto en zonas distales de la estructura corporal como en zonas proximales a ellas. La patogenia de dicho dolor se relaciona con la metámera de la estructura, dado que las neuronas de segundo orden que transmiten el dolor visceral son las mismas que las que transmiten el dolor dérmico (propioceptivo). Así, al estimular las neuronas encargadas de transmitir el dolor visceral, que viajan por las mismas neuronas que transmiten la

información dolorosa del dermatoma de donde nació dicho órgano a nivel embrionario, la persona percibe una sensación dolorosa en este último⁽⁹⁾. Un ejemplo muy conocido de dolor referido es el dolor de miembro superior izquierdo en los casos de síndrome coronario agudo.

Además, por ser la transmisión nerviosa a través de fibras neuronales tipo C, lentas e inespecíficas, hace que el dolor sea difícil de identificar, de localizar y de palpar, como ocurre en un dolor ligamentoso⁽⁹⁾.

El dolor visceral obedece a diferentes etiologías, aunque normalmente se debe a un trastorno crónico. Los principales mecanismos de acción del dolor visceral son la isquemia, el espasmo visceral y la dilatación de las vísceras huecas⁽⁹⁾. Como puede ocurrir en el síndrome de intestino irritable⁽¹⁰⁾; todos ellos interactuando entre sí. La falta de riego sanguíneo puede provocar espasmos viscerales por una disminución del aporte de nutrientes que conlleva a una hipercontractilidad de la víscera. Esta situación desencadena dolores parecidos a cólicos, así como una zona de hipomovilidad y restricción fascial⁽¹¹⁾. La sintomatología mejora al aportar un mayor flujo sanguíneo, siendo este uno de los principales beneficios del tratamiento manual⁽¹²⁾.

Este trabajo se plantea para poner de manifiesto la evidencia científica disponible sobre la osteopatía visceral con relación a la eficacia del tratamiento dirigido al dolor músculo esquelético referido.

OBJETIVOS

Objetivo general

- Analizar el conocimiento actual de la eficacia del tratamiento osteopático visceral para la mejora del dolor músculo esquelético referido, mediante una revisión sistemática de la literatura.

Objetivos específicos

- Relacionar alteraciones viscerales o patologías viscerales con afectación en el sistema músculo-esquelético.
- Conocer las principales alteraciones funcionales viscerales que producen dolor músculo-esquelético referido.
- Explorar evidencias de posibles cambios en el rango de movilidad de segmentos corporales gracias al tratamiento visceral.

MATERIAL Y MÉTODOS

FUENTE DE DATOS Y BÚSQUEDA

El presente estudio es una revisión sistemática de la literatura científica, publicada desde el año 2010 hasta la actualidad, que haya versado sobre la efectividad del tratamiento osteopático visceral en relación al dolor músculo-esquelético.

PALABRAS CLAVE (KEYWORD)

Para la búsqueda se utilizaron como palabras clave: (“visceral”) and (“osteopathy”); (“visceral manipulation”) and (“pain”); (“visceral manipulation”) and (“lift manipulation”) and (“pain”) and-or “clinical trial”, tanto en inglés como en español. Dichas palabras clave, debían aparecer en el título y/o en el resumen.

BASES BIBLIOGRÁFICAS

Para las búsquedas de las publicaciones se utilizaron las bases bibliográficas: Pubmed, Web of Science, Science direct y Pedro.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Los artículos relevantes que podían dar respuesta a los objetivos de este trabajo fueron seleccionados siguiendo los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión

- Texto en inglés o español.
- Publicaciones del año 2010 en adelante.

Criterios de exclusión

- Estudios en animales.
- Revisiones sistemáticas y meta-análisis.
- Protocolos de estudio.
- Artículos sin texto completo.
- Publicaciones como comunicaciones a congresos, cartas, editoriales, comentarios y todas aquellas que no incluyeran datos originales sobre el tema.

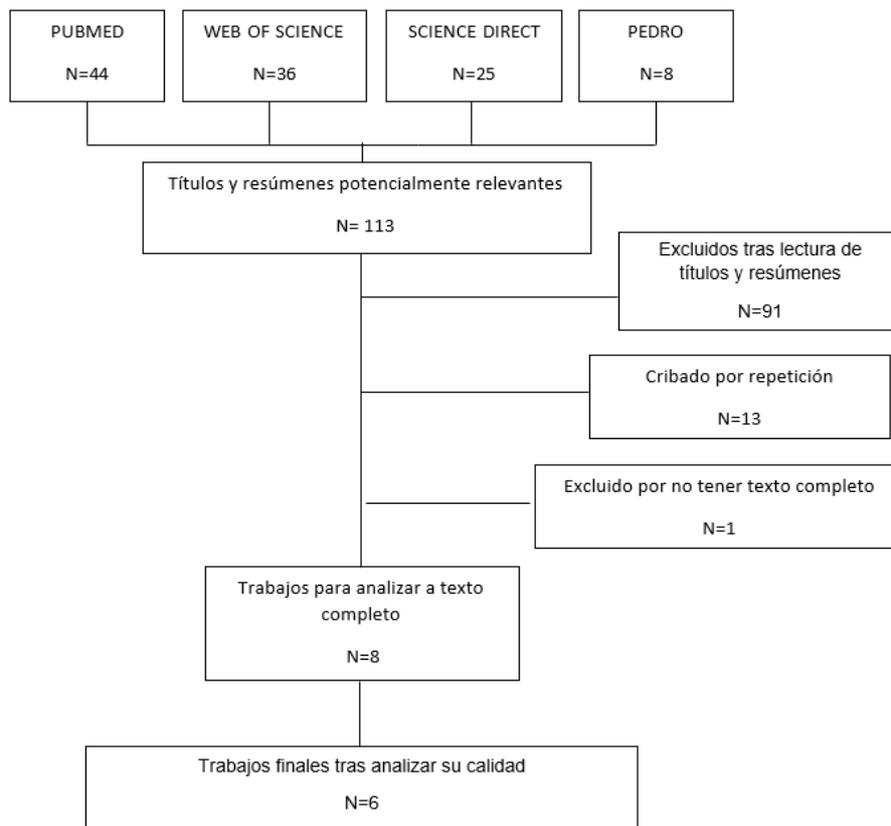
La selección de los artículos fue realizada por los propios investigadores, siguiendo los criterios anteriormente descritos.

ANÁLISIS DE LA LITERATURA

Para el análisis de las publicaciones se siguió la mayoría de las recomendaciones de la Declaración PRISMA. Tienen como objetivo establecer las normas para mejorar la calidad de las presentaciones para revisiones sistemáticas y abarcan desde identificar el título del trabajo como revisión sistemática hasta las conclusiones que proporcionan una interpretación de los resultados en el contexto de estas y otras evidencias, así como las implicaciones para la investigación futura, si las hubiera; pasando por todos los elementos que comporta una revisión sistemática⁽¹³⁾.

ESTUDIOS VALORABLES

Una vez realizada la búsqueda se encontró un total de 113 estudios potencialmente relevantes para la revisión sistemática. Para su posible utilización, se analizaron los títulos y resúmenes, buscando trabajos que estudiaran el dolor muscular mediante técnicas osteopáticas viscerales. Una vez hecho y habiendo eliminado los trabajos repetidos, se hizo una lectura crítica de los estudios para cerciorarnos del cumplimiento de los criterios de inclusión, así como de la ausencia de criterios de exclusión para esta revisión. Al final se obtuvieron ocho artículos para analizar el texto completo.



RESULTADOS

EVALUACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

Se obtuvieron seis ensayos clínicos que cumplían con los criterios para esta revisión y dos estudios de caso. Para estudiar la idoneidad de los ensayos clínicos se usó la guía Pedro⁽¹⁴⁾⁽¹⁵⁾, ésta consta de once preguntas. La primera pregunta es la propia búsqueda del artículo, por lo que siempre es positiva y se obvia, por esto la puntuación final es sobre diez, siendo un artículo válido cuando la puntuación es mayor de cinco. Las puntuaciones se expresan en la siguiente tabla:

Preguntas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Total
McSweeney, 2012 ⁽¹⁶⁾	Si	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	9
Tamer, 2017 ⁽¹⁷⁾	Si	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	9
Panagopoulos, 2015 ⁽¹⁸⁾	Si	Si	Si	Si	No	Si	Si	Si	Si	Si	Si	9
Silva, 2019 ⁽¹⁹⁾	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8
Marchuk, 2010 ⁽²⁰⁾	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	Si	Si	Si	Si	8
Villalta-Santos, 2019 ⁽²¹⁾	Si	Si	Si	Si	No	No	Si	No	Si	Si	Si	7

En la escala Pedro, los ítems que mayormente han sido negativo, corresponden a la ceguera del estudio, teniendo en cuenta que en la fisioterapia es algo más complicado cumplir este ítem, no es de extrañar. La calidad metodológica de los estudios encontrados resultó muy buena con un promedio de $8,33 \pm 0,82$.

El análisis de la calidad de los “estudios de caso” se hizo mediante la guía Care⁽²²⁾, esta consta de una serie de ítems, no tiene una puntuación establecida, si no que busca tener el mayor número de ítems favorables. En ninguno de los dos estudios, superaban al 65% de los ítems, no obteniendo puntuación en los más relevantes. Por lo que se decidió descartar ambos estudios.

Estudio		Silva, 2018 ⁽²³⁾	Lalonde, 2014 ⁽²⁴⁾
1.- Título		Si	Si
2.- Palabras clave		Si	Si
3.- Resumen	3.a.- Introducción	Si	Si
	3.b. Clínica	Si	Si
	3.c. Diagnóstico	Si	Si
	3.d. Conclusión	Si	Si
4.- Introducción		Si	Si

5.- Información del paciente	5.a. Demografía	Si	Si
	5.b. Síntomas	Si	Si
	5.c. Historial	No	No
	5.d. Enfermedades concomitantes	No	No
6.- Hallazgos clínicos		No	Si
7.- Calendario		Si	No
8.- Evaluación diagnóstica	8.a. Métodos	No	No
	8.b. Problemas	No	No
	8.c. Razonamiento	No	Si
	8.d. Pronóstico	No	No
9.- Intervención terapéutica	9.a. Tipos	No	Si
	9.b. Administración	Si	Si
	9.c. Cambios	No	No
10.- Seguimiento de resultados	10.a. Resultados evaluados	Si	Si
	10.b. Resultados importantes	Si	Si
	10.c. Tolerabilidad	No	No
	10.d. Imprevistos	No	No
11.- Discusión	11.a. Puntos fuertes y limitaciones	Si	Si
	11.b. Discusión	Si	Si
	11.c. Justificación de la conclusión	Si	Si
	11.d. Lecciones extraíbles	Si	Si
12.- Perspectiva del paciente		No	No
13.- Consentimiento informado.		Si	No
Total		Si: 18 No: 12	Si: 19 No: 11

EXTRACCIÓN Y SÍNTESIS DE RESULTADOS

En el estudio de McSweeney⁽²⁵⁾, se analizó el dolor por presión a 1cm a la izquierda de la apófisis espinosa de L1 con un algómetro. Se hicieron 3 tratamientos de un minuto con 48 horas de separación. La muestra se dividió en 3 grupos, uno con tratamiento fisioterápico más tratamiento visceral, otro con tratamiento fisioterápico y un placebo del tratamiento visceral y un tercer grupo sin intervención. Los resultados fueron significativamente relevantes en el grupo con tratamiento visceral ($p < 0.0001$) mientras que en el grupo placebo ($P = 0.6479$) y no intervención ($p = 0.877$) no se demostró.

Tamer⁽¹⁷⁾, buscó la diferencia en el tratamiento osteopático tradicional frente al visceral, para el dolor de espalda de la zona lumbar. Con una muestra de 39 sujetos, hizo diez intervenciones a cada grupo, 2 semanales durante 5 semanas. El resultado final, mostró

que no habían diferencias significativas entre ambos grupos, pero sí que las mejoras eran significativamente relevantes en ambos ($p < 0.000$).

Panagopoulos⁽¹⁸⁾, nuevamente estudió la efectividad del tratamiento visceral para la mejora del dolor lumbar. La división de la terapia se hizo de la siguiente manera, los dos grupos del estudio recibieron terapia manual sobre la zona afectada, y ejercicios, ambos grupos igual, y tras esto, al grupo control, se le hizo un tratamiento visceral placebo de 5 minutos y al grupo de estudio, si se le efectuó dicho tratamiento según Barral(26). Los pacientes tuvieron 12 sesiones de tratamiento repartidas en 6 semanas. Panagopoulos, estudió los cambios sobre el dolor a las 2, 6 y 52 semanas, mediante la escala visual analógica (EVA). Los cambios fueron $p=0.362$; $p=0.858$ y $p=0.015$ respectivamente. Mostrando que los cambios son significativamente relevantes a largo plazo. Aunque el autor afirma que los cambios clínicos a corto plazo son mayores en el grupo con tratamiento visceral.

Siguiendo con los estudios relacionados con dolor de espalda, continuamos con el de Silva⁽²³⁾, en este caso, como variables principales, analiza el dolor mediante la escala EVA y la extensión del área de este dolor, que se reflejó sobre una gráfica de la zona cervical en pacientes con dispepsia funcional. Con una muestra total de 28 sujetos, divididos en dos grupos, a uno se le hizo tratamiento osteopático visceral de estómago y de hígado de 5 minutos de duración, mientras que al grupo placebo, simplemente, se les colocó la mano sobre el ombligo durante 1 minuto. El dolor cervical mostró mejoras significativamente relevantes tanto en la intensidad ($p < 0,004$), como en la extensión ($p > 0,008$).

El siguiente estudio, es el que relaciona el tratamiento visceral con la estructura más distal de esta revisión sistemática. Marchuk⁽²⁰⁾ estudia en 86 pacientes con inestabilidad de tobillo, el dolor en el punto gatillo del tibial anterior (PGTA) y en la apófisis espinosa de L5 (AEL5), mediante la escala EVA y un algómetro Wagner. Divide la muestra en dos grupos, uno de estudio, donde hace la técnica de lift para estómago y en el grupo control, un bombeo de la ATM. En ambos casos se muestra una mejora significativamente relevante en el grupo estudio, con $p < 0.000$, tanto en el dolor por presión medido con algómetro en la sensación de dolor medida con escala EVA. En el grupo control, muestra mejora significativa en el dolor por presión medido con algómetro (PGTA; $p=0.006$ y AEL5; $p=0.001$), y no hay relevancia en la escala EVA.

Con Villalta Santos⁽²¹⁾, retomamos los estudios que relacionan el tratamiento visceral con el dolor lumbar. Villalta tomó una muestra de 20 sujetos con dolor lumbar y disfunción visceral. Dividió la muestra en dos grupos, donde a ambos les hizo 5 tratamientos, uno por semana, en los que en ambos grupos se incluían 40 minutos de tratamiento fisioterápico. Después hasta llegar a los 50 minutos de tratamiento, a un grupo le hizo tratamiento visceral en 8 puntos (cardias, píloro, esfínter de Oddi, duodeno-yeyunal, válvulas ileocecales, sigmoide, el colon en sus tres porciones, global del hígado y la manipulación hemodinámica) mientras al grupo control, simplemente hizo una presión leve sobre los mismos puntos. La evaluación de los datos se recogió en tres momentos distintos; una semana pre-intervención, inmediatamente después del último tratamiento y una semana después de ésta. Aunque el autor no reflejó la proporcionalidad (P valor) de dichas variables por lo que no podemos saber si los datos fueron significativamente relevantes, sí se muestra una mejoría en el grupo de tratamiento visceral. Sin embargo, se podría afirmar que hay mejoras significativamente relevantes en cuanto al dolor en relación a la funcionalidad, tanto en la general ($p=0.019$), estudiada mediante el cuestionario de Rolland-Morrison, como la funcionalidad específica ($p=0.005$).

Los principales resultados se resumen en la siguiente tabla de evidencia.

TABLA de RESUMEN de Ensayos CLÍNICOS y EVIDENCIAS

Autores	Objetivo	Variable	Nº	Grupos	Variables	Resultados	Conclusión del autor
McSweeney, 2012	Si tratamiento visceral (TV) versus intervención (Int) cambia umbrales del dolor lumbar	Dolor a la presión	16	G.1: Int+ TV G.2: Int+ placebo G3: no – Int	Dolor: Algómetro Wagner FPX 25	Grupo 1: p < 0.0001 Grupo 2: p 0.647 Grupo 3: p 0.877	Existe un efecto inmediato en el cambio de dolor tras tto visceral. Son necesarios más estudios.
Tamer, 2017	TV versus TO (osteopático) cambios dolor, calidad de vida y función, si dolor lumbar	Dolor, calidad de vida y función	39	G. TV. n=20 G. TO. n=19	Dolor: escala de evaluación numérica 0-10	Dolor post tratamiento: TV > TO p= 0.000	El efecto positivo TV sobre calidad de vida. La TO mostró que pueden ser útiles
Panagopoulos, 2015	Si terapia manual (TM), ejercicio y masaje, versus añadir TV. Estudiar cambios.	Dolor a 6 semanas.	64	G. TV, n=32 G. TM, n=32	Dolor: escala de evaluación numérica 0-10	Dolor tras: TV vs TM 2 semanas: p 0'362 6 semanas: p 0'858 52 semanas: p <0'05	No diferencia a corto y medio plazo, (dolor, discapacidad y función). Al año, el dolor es menor con TV.
Silva, 2019	Si tras TV las mejoras de dolor y área dolorosa, Cambios en ROM y EMG en región cervical	Intensidad de dolor y área de este.	28	TV: 14 (estómago hígado) Control=14 (mano-ombigo)	Dolor: escala numérica 0-10 Área del dolor: gráfica	Dolor: p< 0,004 Disminución del área de dolor p> 0,008	Mejoras significativas inmediatas y a los 7 días, en grupo placebo a los 7 días no y no mejora rom
Marchuk,2010	Si "lift" de vejiga produce modificación en dolor del PGTA y de la AEL5.	Dolor en punto gatillo del tibial anterior y en apófisis espinosa de L5	86	Lift estomago N=43 Placebo N=43 bombeo atm	Dolor: escala numérica 0-10 Umbral dolor: Algómetro digital Wagner	Dolor: p0,000 Dolor a la presión: p0,000	Modificaciones dolor del PGTA y de la AEL5 inmediato. Relación entre el músculo TA, la AEL5 vértebra L5 y la vejiga, (metámera)
Villalta-Santos, 2019	Eficacia TV frente a convencional, en dolor lumbar disfunción visceral, movilidad y función	intensidad del dolor en relación a la funcionalidad	20	TV; N=10I Control N=10	Dolor: escala numérica 0-10	Relación del dolor y función: General P a .019 Específica P - .005	TV y fisioterapia mostró diferencias a lo largo del tiempo para movilidad y funcionalidad específica columna lumbar

DISCUSIÓN

A pesar de conocer la fisiopatología del dolor referido⁽²⁷⁾⁽⁹⁾, en la que cabe pensar que, con la terapia manual puede mejorar su sintomatología, solo seis estudios mostraron ser los adecuados y de suficiente calidad en cuanto a su consistencia y evidencia para su inclusión.

Además, en la literatura científica publicada existen discrepancias con relación a la eficacia del tratamiento osteopático visceral. Por ello, esta revisión sistemática expone de forma agregada, los distintos puntos de vista para extraer una conclusión sobre el tema a tratar, la efectividad de la osteopatía visceral.

Una vez revisados los estudios incluidos en la revisión sistemática, se puede afirmar que el dolor músculo-esquelético se reduce gracias al tratamiento osteopático visceral. Esta afirmación se basa en el total de los registros analizados, donde se constata una mejoría en la mayoría de ellos de forma estadísticamente significativa.

En el único artículo en el que no se encuentra una diferencia significativa con respecto al grupo control, es en el estudio de Tamer⁽¹⁷⁾, donde estudia las diferencias entre el tratamiento osteopático tradicional frente al visceral para las lumbalgias, donde previamente se conocía que el tratamiento osteopático es efectivo para dicho problema de salud⁽²⁸⁾. Esto avala nuestra hipótesis de que el tratamiento visceral es también efectivo para los dolores físicos músculo-esqueléticos.

Los estudios incluidos en la presente revisión sistemática tienen metodologías distintas y analizan diferentes aspectos relacionados con el dolor físico músculo-esquelético, lo que hace más compleja su comparación, pero uno de los aspectos comunes que se repite en algunos de ellos es la mejora en la función en pacientes con dolor lumbar, analizado mediante la escala Oswestry⁽²⁹⁾, con resultado favorable en todos los que lo utilizaron. Esta deducción es un elemento relevante a tener en cuenta, ya que una persona puede sufrir dolor y tener poca repercusión funcional para realizar una actividad habitual normal, pero cuando se ve afectada dicha función, se inicia una secuencia de limitaciones, que repercuten en una menor calidad de vida y peor percepción de salud de la persona.

Otro resultado favorable es el beneficio del tratamiento visceral en la ganancia de la fuerza muscular y del ROM comparando con el resultado del tratamiento osteopático tradicional, donde se tiende a utilizar en exceso las técnicas manipulativas donde la efectividad y los riesgos de estas ya son conocidos⁽³⁰⁾⁽³¹⁾, algo que se tiende a usar en exceso en clínica. Gracias al estudio de Silva⁽²³⁾, podemos afirmar que el tratamiento osteopático visceral, muestra estos mismos beneficios, en su caso, el la ganancia de fuerza en el Trapecio y mejora del ROM de la zona cervical.

La mayoría de los estudios utilizados se centran en diferentes problemas de la columna vertebral, lo que puede llevar al error de pensar que el tratamiento visceral solo es útil para esta zona, pero esto lo único que nos refleja es que la mayoría de los estudios de tratamiento visceral osteopático están realizados sobre la columna vertebral y se podría extrapolar razonablemente a otras partes del cuerpo, aplicando la fisiopatología de este tipo de trastornos. De hecho, ya se mencionó en la introducción que al tratar la víscera se actúa sobre el viscerotoma al mismo tiempo que sobre la metámera⁽⁹⁾⁽³²⁾. Así, se entiende que el tratamiento osteopático visceral no solo mejora el síntoma a nivel proximal, también a nivel distal, como nos aclara Marchuk⁽²⁰⁾, quien con esta modalidad de terapia demuestra que se mejora el dolor por presión del punto gatillo miofascial del músculo tibial anterior.

A pesar de todo lo anterior, con la metodología y resultados de los estudios analizados, no se puede afirmar que el tratamiento visceral por sí solo sea suficiente, aunque sí es una herramienta adicional al tratamiento osteopático estructural muy útil, tanto como para mejoras gastrointestinales⁽⁶⁾, como para alivio del dolor músculo-esquelético, para mejorar la función, mejorar ROM e incluso ganar fuerza de nuestro paciente. Son necesarios más estudios bien diseñados que comparen los resultados de la osteopatía tradicional con la osteopatía visceral, que permitan conocer con precisión los efectos del tratamiento osteopático visceral, ya sea de forma aislada o complementaria de los tratamientos tradicionales.

En cualquier caso, los resultados obtenidos en esta revisión sistemática son esperanzadores y quiero hacerlo llegar al resto de mis compañeros osteópatas para que se utilicen más estas técnicas en la práctica clínica habitual.

CONCLUSIONES

- El número de estudios que relacionan el tratamiento osteopático visceral con el dolor músculo-esquelético es escaso y, además, muy dispares, por lo que no se puede afirmar la efectividad de dicho tratamiento. Cabe destacar que los resultados apuntan a que la osteopatía visceral es útil como complemento a la terapia osteopática y fisioterápica común.
- Dada la fisiopatología del dolor visceral referido, se puede relacionar una disfunción con el dolor físico, ya que, con la osteopatía visceral, la sintomatología de los pacientes mejora.
- Las principales alteraciones encontradas están relacionadas con dolor de espalda, en concreto con el dolor lumbar, siendo este uno de los motivos más frecuentes de consulta hoy día.
- Es necesario seguir investigando para ampliar el conocimiento en este amplio campo de acción.

BIBLIOGRAFÍA

1. Benchmarks for training in traditional / complementary and alternative medicine
Benchmarks for Training in Osteopathy. 2010.
2. Autobiography of Andrew T. Still, with a history of the discovery and development
of the science of osteopathy, together with an account of the founding of the
American school of osteopathy : Still, A. T. (Andrew Taylor), 1828-1917 : Free
Download, Borrow, and Streaming : Internet Archive [Internet]. [cited 2020 Apr
13]. Available from:
<https://archive.org/details/autobiographyand00stilia/page/n9/mode/2up>
3. Barral JP, Croibier A. Visceral Vascular Manipulations. Visceral Vascular
Manipulations. Elsevier Ltd; 2011. 1–269 p.
4. Espí-López G V., Inglés M, Soliva-Cazabán I, Serra-Añó P. Effect of the soft-
tissue techniques in the quality of life in patients with Crohn's disease: A
randomized controlled trial. Med (United States) [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2020
Apr 11];97(51):e13811. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30572544>
5. Piche T, Pishvaie D, Tirouvaziam D, Filippi J, Dainese R, Tonohouhan M, et al.
Osteopathy decreases the severity of IBS-like symptoms associated with Crohn's
disease in patients in remission. Eur J Gastroenterol Hepatol [Internet]. 2014 Dec
[cited 2020 Apr 11];26(12):1392–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25357218>
6. Attali T Van, Bouchoucha M, Benamouzig R. Treatment of refractory irritable
bowel syndrome with visceral osteopathy: Short-term and long-term results of a
randomized trial. J Dig Dis [Internet]. 2013 Dec [cited 2020 Apr 11];14(12):654–
61. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23981319>
7. Snider KT, Schneider RP, Snider EJ, Danto JB, Lehnardt CW, Ngo CS, et al.
Correlation of somatic dysfunction with gastrointestinal endoscopic findings: An
observational study. J Am Osteopath Assoc [Internet]. 2016 Jun 1 [cited 2020 Mar
30];116(6):358–69. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27214772>
8. Lagrange A, Decoux D, Briot N, Hennequin A, Coudert B, Desmoulins I, et al.
Visceral osteopathic manipulative treatment reduces patient reported digestive
toxicities induced by adjuvant chemotherapy in breast cancer: A randomized

- controlled clinical study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2020 Apr 11];241:49–55. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31430616>
9. Guyton y Hall. *Tratado de fisiología médica - 9788491130246* | Elsevier España [Internet]. [cited 2020 Apr 12]. Available from: <https://tienda.elsevier.es/guyton-y-hall-tratado-de-fisiologia-medica-9788491130246.html>
 10. Canavan C, West J, Card T. The epidemiology of irritable bowel syndrome. Vol. 6, *Clinical Epidemiology*. 2014. p. 71–80.
 11. Bordoni B, Simonelli M, Morabito B. The Other Side of the Fascia: Visceral Fascia, Part 2. *Cureus* [Internet]. 2019 May 10 [cited 2020 Apr 11];11(5):e4632. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31312558>
 12. BASES FISIOLÓGICAS DE LA TERAPIA MANUAL Y DE LA OSTEOPATÍA - Marcel Bienfait - Google Libros [Internet]. [cited 2020 Apr 15]. Available from: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=YNY36wCqzQEC&oi=fnd&pg=PA9&dq=terapia+manual+sangre&ots=vlr-v-rs-MR&sig=5XTOQaiAObMZRQqkM-YXx45ay88#v=onepage&q=terapia manual sangre&f=false>
 13. Urrútia G, Bonfill X. PRISMA declaration: A proposal to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses. *Med Clin (Barc)*. 2010 Oct 9;135(11):507–11.
 14. Cardoso Ribeiro C, Gómez-Conesa A, Hidalgo Montesinos MD. Metodología para la adaptación de instrumentos de evaluación. Vol. 32, *Fisioterapia*. 2010. p. 264–70.
 15. Escala PEDro (Español) [Internet]. [cited 2020 Apr 13]. Available from: <https://www.pedro.org.au/spanish/downloads/pedro-scale/>
 16. McSweeney TP, Thomson OP, Johnston R. The immediate effects of sigmoid colon manipulation on pressure pain thresholds in the lumbar spine. *J Bodyw Mov Ther*. 2012 Oct;16(4):416–23.
 17. Tamer S, Öz M, Ülger Ö. The effect of visceral osteopathic manual therapy applications on pain, quality of life and function in patients with chronic nonspecific low back pain. *J Back Musculoskelet Rehabil*. 2017;30(3):419–25.
 18. Panagopoulos J, Hancock MJ, Ferreira P, Hush J, Petocz P. Does the addition of visceral manipulation alter outcomes for patients with low back pain? A randomized placebo controlled trial. *Eur J Pain (United Kingdom)* [Internet]. 2015

- Aug 1 [cited 2020 Mar 27];19(7):899–907. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25378096>
19. Silva ACO, Oliveira CS, Biasotto-Gonzalez DA, Fumagalli MA, Politti F. Visceral Manipulation Decreases Pain, Increases Cervical Mobility and Electromyographic Activity of the Upper Trapezius Muscle in Non-Specific Neck Pain Subjects with Functional Dyspepsia: Two Case Reports. *Int J Ther Massage Bodywork* [Internet]. 2019 Jun [cited 2020 Mar 27];12(2):25–30. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31191786>
 20. Marchuk C, Legal L. Repercusión de la maniobra lift de vejiga sobre el punto gatillo miofascial del músculo tibial anterior y de la apófisis espinosa de lumbar 5. *Osteopat Cient*. 2010 May 1;5(2):56–63.
 21. Villalta Santos L, Lisboa Córdoba L, Benite Palma Lopes J, Santos Oliveira C, André Collange Grecco L, Bovi Nunes Andrade AC, et al. Active Visceral Manipulation Associated With Conventional Physiotherapy in People With Chronic Low Back Pain and Visceral Dysfunction: A Preliminary, Randomized, Controlled, Double-Blind Clinical Trial. *J Chiropr Med* [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2020 Mar 24];18(2):79–89. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31372099>
 22. Pautas de CARE para informes de casos: explicación y documento de elaboración. - PubMed - NCBI [Internet]. [cited 2020 Apr 13]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28529185>
 23. Silva ACDO, Biasotto-Gonzalez DA, Oliveira FHM, Andrade AO, Gomes CAFDP, Lanza FDC, et al. Effect of Osteopathic Visceral Manipulation on Pain, Cervical Range of Motion, and Upper Trapezius Muscle Activity in Patients with Chronic Nonspecific Neck Pain and Functional Dyspepsia: A Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled Pilot Study. *Evidence-based Complement Altern Med*. 2018;2018.
 24. Lalonde F. The runner's kidney: A case report. *Int J Osteopath Med*. 2014 Sep 1;17(3):206–10.
 25. McSweeney TP, Thomson OP, Johnston R. The immediate effects of sigmoid colon manipulation on pressure pain thresholds in the lumbar spine. *J Bodyw Mov Ther*. 2012 Oct;16(4):416–23.
 26. Barral JP, Mercier P. *Visceral manipulation*. Eastland Press; 2005. 214 p.
 27. López P, Freijeiro M, Torres D, Baluja A, Vidal I, Álvarez J. Avances en el

- tratamiento del dolor. Aplicaciones clínicas. Med. 2016 Dec 1;12(23):1350–8.
28. Licciardone JC, Brimhall AK, King LN. Osteopathic manipulative treatment for low back pain: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. BMC Musculoskelet Disord [Internet]. 2005 Aug 4 [cited 2020 Jun 21];6(1):43. Available from: <http://bmcmusculoskeletdisord.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2474-6-43>
 29. Alcántara-Bumbiedro S, Flórez-García MT, Echávarri-Pérez C, García-Pérez F. Oswestry low back pain disability questionnaire. Rehabilitacion. 2006 May 1;40(3):150–8.
 30. Anderst WJ, Gale T, LeVasseur C, Raj S, Gongaware K, Schneider M. Intervertebral kinematics of the cervical spine before, during, and after high-velocity low-amplitude manipulation. Spine J. 2018 Dec 1;18(12):2333–42.
 31. Holt K, Niazi IK, Nedergaard RW, Duehr J, Amjad I, Shafique M, et al. The effects of a single session of chiropractic care on strength, cortical drive, and spinal excitability in stroke patients. Sci Rep. 2019 Dec 1;9(1).
 32. Wardavoir H. Terapias manuales reflejas. EMC - Kinesiterapia - Med Física. 2020 Feb 1;41(1):1–24.

ANEXOS

GUÍA PEDRO

1. Los criterios de elección fueron especificados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
2. Los sujetos fueron asignados al azar a los grupos (en un estudio cruzado, los sujetos fueron distribuidos aleatoriamente a medida que recibían los tratamientos)	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
3. La asignación fue oculta	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
4. Los grupos fueron similares al inicio en relación a los indicadores de pronóstico más importantes	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
5. Todos los sujetos fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
6. Todos los terapeutas que administraron la terapia fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
7. Todos los evaluadores que midieron al menos un resultado clave fueron cegados	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
8. Las medidas de al menos uno de los resultados clave fueron obtenidas de más del 85% de los sujetos inicialmente asignados a los grupos	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
9. Se presentaron resultados de todos los sujetos que recibieron tratamiento o fueron asignados al grupo control, o cuando esto no pudo ser, los datos para al menos un resultado clave fueron analizados por "intención de tratar"	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
10. Los resultados de comparaciones estadísticas entre grupos fueron informados para al menos un resultado clave	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:
11. El estudio proporciona medidas puntuales y de variabilidad para al menos un resultado clave	no <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> donde:

GUÍA CARE



Lista de comprobación CARE (2013) de la información a incluir al Redactar un informe de caso



Asunto	Elemento	Descripción del elemento de la lista de comprobación	Informado en la página
Titulo	1	Las palabras "informe de caso" deben aparecer en el título junto con lo más interesante de este caso.	_____
	2	Los elementos clave de este caso en 2 - 5 palabras clave.	_____
Palabras clave	3a	Introducción— ¿Qué es único en este caso? ¿Qué aporta de nuevo a la literatura médica?	_____
	3b	Los principales síntomas del paciente y los hallazgos clínicos importantes.	_____
	3c	Los principales diagnósticos, intervenciones terapéuticas y resultados.	_____
	3d	Conclusión— ¿Cuáles son las principales lecciones que se pueden extraer de este caso?	_____
Introducción	4	Breve resumen de los antecedentes de este caso haciendo referencia a la literatura médica pertinente.	_____
	5a	Información demográfica (como edad, sexo, origen étnico, profesión).	_____
Información del paciente	5b	Principales síntomas de paciente (sus principales molestias).	_____
	5c	Historial médico, familiar y psicosocial que incluya la dieta, el estilo de vida y la información genética pertinente.	_____
	5d	Enfermedades concomitantes pertinentes, incluyendo intervenciones anteriores y sus resultados.	_____
Hallazgos clínicos	6	Describir los hallazgos pertinentes de la exploración física (EF).	_____
	7	Describe hitos importantes relacionados con sus diagnósticos e intervenciones (tabla o figura).	_____
Calendario Evaluación diagnóstica	8a	Métodos diagnósticos (como la EF, analíticas, técnicas de obtención de imágenes, cuestionarios).	_____
	8b	Problemas para el diagnóstico (como económicos, lingüísticos o culturales).	_____
	8c	Razonamiento diagnóstico, incluidos otros posibles diagnósticos tenidos en cuenta.	_____
	8d	Características de pronóstico (como los estadios en oncología) cuando proceda.	_____
Intervención terapéutica	9a	Tipos de intervención (como farmacológica, quirúrgica, preventiva, autocuidados).	_____
	9b	Administración de la intervención (como dosis, concentración, duración).	_____
	9c	Cambios en la intervención (con justificación).	_____
Seguimiento y resultados	10a	Resultados evaluados por el médico y por el paciente.	_____
	10b	Resultados importantes de la prueba de seguimiento.	_____
	10c	Observancia de la intervención y tolerabilidad a la misma (¿cómo se ha evaluado?).	_____
	10d	Acontecimientos adversos e imprevistos.	_____
Discusión	11a	Puntos fuertes y limitaciones en el manejo de este caso.	_____
	11b	Discusión de la literatura médica pertinente.	_____
	11c	Justificación de las conclusiones (incluida la evaluación de las posibles causas).	_____
	11d	Las principales lecciones que se pueden extraer de este informe de caso.	_____
Perspectiva del paciente Consentimiento informado	12	¿Comunicó el paciente su perspectiva o experiencia? (Incluir siempre que sea posible).	_____
	13	¿Dio su consentimiento informado el paciente? Facilítelo si se le solicita.	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>