

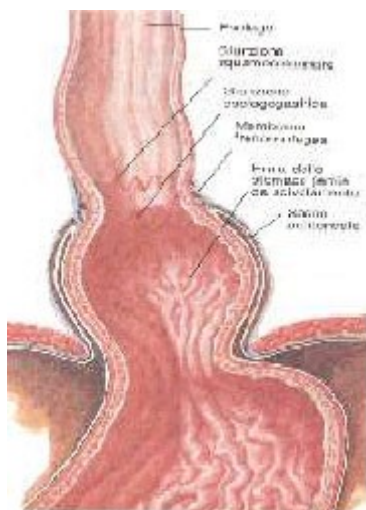
## Tratamiento de un sujeto con Hernia Hiatal con el Método de Reeducción postural “ Las Tres Escuadras “ F.T. Andrea Santero

El Objetivo de este trabajo, que retoma las enseñanzas de los fisioterapeutas Nicole Verkimpe-Morellí y Ugo Morelli docentes del Método de Reeducción Postural “ Las Tres Escuadras “, ha sido el de evidenciar la relación existente entre postura, sus alteraciones y la patología hernia hiatal. La hernia hiatal por deslizamiento, como se ve en la figura 1, es concéntrica e implica el desplazamiento del esfínter esofágico inferior ( EEI ), por encima del hiato diafragmático que es el orificio a través del cual el esófago pasa desde el tórax hasta el abdomen

Esta condición influye sobre el contenido del ácido gástrico que más fácilmente refluye en el interior del lumen esofágico

El diafragma es el músculo respiratorio más importante dispuesto para separar la cavidad torácica de la abdominal. La contracción de sus fibras, además de asegurar la respiración, tiene también el fin de aumentar el tono del LES

El aumento del tono es directamente proporcional a la intensidad de la inspiración y permite resistir al empuje de presión infero-superior determinada por la compresión de las visceras abdominales. La hernia hiatal no constituye casi nunca un problema para los pacientes, pero se transforma cuando se asocia a patología de reflujo gastro-esofágico ( GERD )



En algunos sujetos el diafragma está fijado de manera estable en posición inspiratoria con un aumento de la presión abdominal. Observando el raquis dorso lumbar (foto n°1-2), a nivel de las últimas vértebras dorsales y de las primeras lumbares (D11-D12-L1-L2 ) se observa una neta lordosis, donde se debería detectar la parte final de la cifosis dorsal y el inicio de la lordosis lumbar. Este “desplazamiento” vertebral, conocido como lordosis diafragmática,

es posible por las fibras posteriores del diafragma las cuales contrayéndose traccionan las vértebras sobre las cuales se inserta el músculo: esto pone en tensión los músculos espinales que siendo músculos tónicos, se retraen fijando la lordosis.

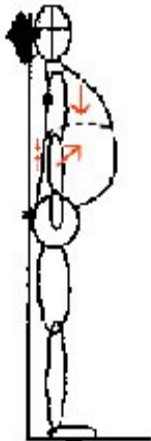
Se determina así una compresión de las vísceras abdominales y del estómago en particular, que junto a otros factores ( dietas pocos saludables y estado psicoemotivo ) favorecen la hernia hiatal

En el método " Las Tres Escuadras " han sido identificados, entre otros, dos actitudes posturales primarias (APP) que predisponen al comienzo de esta patología : el tipo " respiratorio " y el tipo " posterior



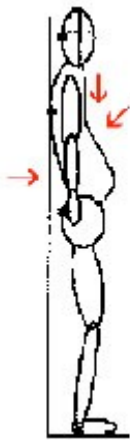
En el tipo respiratorio el centro tendinoso del diafragma resulta constantemente disminuido y entonces el músculo se contrae, con una disminución de su capacidad de retorno elástico hacia arriba. La funcionalidad respiratorio por lo tanto es garantizada por los músculos intercostales y eventualmente por los músculos escalenos y pectorales en inversión del punto fijo ( por inspiración) y abdominal ( por espiración ).

El hiper-trabajo de los músculos intercostales causa una rigidez muscular tónica paraespinal en anterioridad de las vértebras torácicas bajas y medias, que reducen ( y a veces invierten en una verdadera y natural lordosis ) la normal cifosis de esta zona. El diafragma disminuido ejercerá un empuje superior e inferior sobre el fondo del estómago. Tal empuje, sumándose al empuje posteroanterior determinado por la lordosis torácica baja y por una acentuación de la lumbar, determinará un estrangulamiento del órgano en su porción más craneal favoreciendo la hernia a través del hiato sobre todo si se asocia a condiciones de vida y hábitos alimentarios particulares.



Por el contrario, en el tipo posterior hay tres fuerzas que actúan sobre el estómago: la primera es superior e inferior y está determinada por la cifosis dorsal que produce una depresión de la caja torácica y una inversión del ángulo externo abdominal con el consecuente empuje sobre el diafragma desde arriba hacia abajo. La segunda fuerza es posteroanterior con acentuación de la lordosis lumbar fisiológica la cual determina un empuje anterior de las vísceras abdominales creando una primera fuerza de oposición al empuje precedente. La tercera fuerza, es ejercida por los músculos abdominales que, en su porción superior se encontrarán contraídos. La suma de estas tres fuerzas tendrá como resultado un bloqueo para el estómago que se encontrará aprisionado y, si se lo sobrecarga con hábitos alimentarios poco saludables, estará obligado a herniarse a través del diafragma.

Esta hipótesis revela la estrecha conexión entre postura e hernia hiatal , pero exige también una verificación científica.



En este estudio se ha examinado a una paciente de 50 años con hernia hiatal por deslizamiento reducible en ortostatismo y enfermedad de reflujo gastroesofágico ( GERD ). El examen radiológico con bario, realizado con fecha 08-05-2000, evidenciaba la presencia de hernia hiatal de 2,5 cm ( rad.1)



La paciente presentaba además de la sintomatología típica del GERD :

- 1) Pirosis retroesternal con dolor de intensidad media, que aumentaba en ayunas y desaparecía sólo luego de tomar un antiácido.
  - 2) Dolor epigástrico de intensidad constante, que se presentaba en ayunas, quedando sin embargo localizado en un único punto y era asociado a priosis retroesternal.
  - 3) Bolo faríngeo muy acentuado, localizado en la yugular y en el medio esternal de intensidad 10 ( en una escala de 0 a 10 )
  - 4) Dolor sordo en la zona entre el tercio medio de la escápula izquierda y el raquis
  - 5) Sensación de hambre continua
  - 6) Regurgito ácido asociado a un aumento de la saliva
  - 7) La paciente finalmente se quejaba de un fuerte estado de ansiedad
- En lo que respecta al aspecto postural, la evaluación ha sido realizada en dos fases : en principio globalmente y luego analíticamente observando separadamente las diferentes partes del cuerpo. Se ha utilizado un escoliómetro sobre el cual la paciente ha sido ubicada de manera de que fuesen respetados los siguientes parámetros :

- 1) Plomada que pasa por el centro de las piernas y en medio de los pies, sobre el plano frontal
- 2) Plomada que pasa desde la tuberosidad mastoidea hasta la interlínea medio-társica de Chopard, sobre el plano sagital

Han sido tomadas cuatro fotos (foto 3-4-5-6):dos sobre el plano frontal, anterior y posterior, y dos sobre el sagital, de pie e inclinada hacia delante para evidenciar las zonas de retracción primaria.

Los resultados del examen postural, según la modalidad descripta precedentemente, han sido los siguientes

- 1) pies en apoyo interno, talón lx más pronado que el Dx,
- 2) rodilla valgo ( la lx está también extrarrotada ),
- 3) retroversión de la pelvis, cresta iliaca lx más alta
- 4) hombro lx antepuesto y más alto, triángulo del talle Dx más abierto
- 5) cabeza inclinada hacia la Dx
- 6) zona hipomóvil: lumbar, dorsal baja ( retracción primaria ) y media,
- 7) zona hipermóvil : dorsal alto
- 8) raquis cervical verticalizado, rígido e hipomóvil
- 9) escoliosis lumbar convexa Dx
- 10) discopatía en L5-S1
- 11) presenta costilla sobrenumerica



El sujeto se presentaba con una lordosis diafragmática ( retracción primaria de la zona dorsal medio-baja ) que, como ya lo explicamos, favorece la hernia del estómago.

Sobre el plano frontal se notaba una lateroflexión de las cinturas pélvica y escapular del mismo lado ( foto 3-4 ) típica en una escoliosis lumbar, pero con el raquis en lateroflexión “ incoherentemente “hacia la derecha.

Sobre el plano horizontal, finalmente, todo el cuerpo estaba rotado hacia la izquierda. El desequilibrio sobre este último plano se debía a un problema visual : la paciente es miope del lado derecho e hipermiope del lado izquierdo. Esto la obligaba a compensar primariamente rotando la cervical hacia la izquierda y llevando hacia delante el ojo derecho y secundariamente, rotando todo el cuerpo del mismo lado de la cervical.

## TRATAMIENTO

El tratamiento propuesto en esta paciente ha continuado , terapia tras terapia, con las enseñanzas propuestas por Niclote Verkimpe-Morellí y Ugo Morelli durante el curso del “ Método de las Tres Escuadras “.

## OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

En el inicio del tratamiento eran tres los objetivos : 1) una rápida desaparición del síntoma, 2) el reposicionamiento del estómago en la cavidad abdominal y 3) un mejoramiento de la performance respiratoria

## PROTOCOLO TERAPEUTICO

### 1. Acción directa

En cada sesión, se dedicaban quince minutos a la maniobra directa sobre el estómago.

Subrayamos que no siempre los paciente aceptan enseguida esta acción, a menudo tienden a defenderse contrayendo los abdominales.

Por lo tanto es fundamental ser muy delicado en el contacto y evitar que se desencadene un fuerte dolor : esto induciría al paciente a reaccionar , haciendo dificultoso el reposicionamiento gástrico.

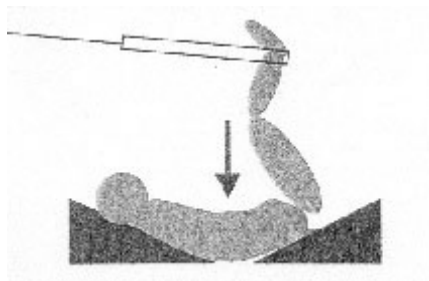
Una vez alcanzada una buena maniobra y cuando el paciente tomó “confianza “ con las manos del terapeuta, se puede ir en profundidad para lograr reposicionar al estómago ( foto 7-8 ).



### 2. Acción indirecta ( postural )

A medida que la musculatura tónica se alargaba, en la progresión del tratamiento, también la respiración mejoraba. Es fundamental, con los pacientes que presentan lordosis diafragmática, el posicionamiento de los almohadones y el ángulo de la puesta en tensión. Se colocarán las cuñas de gomaespuma rígida en forma de “ hamaca “ ( de modo tal de sostener la cervical, la dorsal alta y la lumbar hasta llegar aprox. a las L1/L2 ) y así crear un empuje antero-posterior sobre la zona diafragmática, una puesta en tensión de las espinales posteriores y asegurar que se pueda reducir la presión

intraabdominal y mantener al diafragma. Los miembros inferiores deberán posicionarse con una cinta rígida de manera que los maléolos estén en eje con la cabeza femoral ( fig.2 )



Las piernas se sostendrán de esta cinta y se mantendrán exclusivamente por la contracción de los músculos posteriores, relajando los anteriores.

El objetivo es el de llevar tensión a la zona de rigidez muscular primaria favoreciendo así el relajamiento, el “descargo” de la musculatura hipersolicitada posturalmente (zona vencida) y determinando la distensión de la musculatura prevalentemente dinámica.

Debe prestarse atención a los ejercicios respiratorios y al trabajo del perineo los cuales, incluidos sabiamente en cada sesión, han servido entre otras cosas, a fijar estabilidad al estómago dentro de la cavidad abdominal.

Esta sinergia de acción entre la maniobra directa, los ejercicios respiratorios y la puesta en tensión, ha llevado al desbloqueo diafragmático, condición esencial para el alcance del objetivo más importante: la reducción total de la hernia hiatal.

Es necesario considerar también que en muchas personas con hernia hiatal, el componente ansiedad es casi una constante y precisamente gracias al relajamiento inducido por el “suspiro espiratorio” y por la terapia postural en su conjunto, su desaparición favorece la curación.

Una ayuda valiosa en la “puesta en tensión” global y al mismo tiempo dirigida se debe al uso de la segunda cinta que se usa en el Método de las Tres Escuadras, útil para alargar progresivamente la zona rígida.

El tratamiento general duró seis meses. La constancia con la cual se realizó el trabajo directo y el buen cumplimiento de la paciente en la terapia, permitieron una neta reducción de los síntomas desde el primer mes.

Durante el período de tratamiento la paciente desarrolló en su casa ejercicios de mantenimiento que coadyuvaran a la terapia semanal.

Al finalizar este período los síntomas reportados eran los siguientes :

- 1) ausencia de pirosis retroesternal
  - 2) ausencia de dolor epigástrico
  - 3) la sensación de “ bolo faríngeo “ había desaparecido casi por completo, la intensidad del disturbio venía indicada como 1, en una escala de 0 a 10 ( donde 0 es bienestar )
  - 4) había desaparecido por completo el dolor sordo entre el tercio medio de la escápula izquierda y el raquis.
  - 5) Permanecía una ligera sensación de hambre descrita sin embargo como un intento de eliminar el residuo de “ bolo faríngeo “ aún presente
  - 6) Había desaparecido el regurgito ácido
  - 7) Finalmente también en las dinámicas sociales y en las comunicaciones relacionales los estados de ansiedad se habían fuertemente reducido
- Del control radiográfico realizado al término del tratamiento, **no se observa más la presencia de hernia hiatal.**



En lo que respecta al reequilibrio de la postura, en la comparación de las fotos se nota una reorganización de todo el sistema mio-osteo-articular. Sobre los tres planos del espacio se han obtenido mejoras.

Sobre el plano sagital (foto 9 ,10, 9a, 10a) un alargamiento completo de la musculatura tónica espinal y de manera particular una deslordotización diafragmática ( condición indispensable para la distensión del diafragma ); ( la foto 10a ha sido retocada ya que una parte de la misma se había perdido, pero les garantizo la fidelidad de la misma para poder evaluar la posición de la paciente ).



Sobre el plano frontal (foto 11, 11a, 12, 12a) se nota una reducción de la lateroflexión derecha cervical y de las cinturas pélvica y escapular. Sobre el plano horizontal hay una reducción de la rotación izquierda de las dos cinturas y de la cervical. El valgismo se ha reducido en menor medida porque el trabajo específico se ha realizado sólo en las últimas dos sesiones de tratamiento, cuando la paciente mostraba ya confianza con la fase activo-pasiva y entonces estaba preparada para incorporar nuevos ejercicios. El apoyo interno de los pies, soportado también por un trabajo a desarrollar en casa, ha mejorado. La musculatura cervical ahora se presenta decididamente más relajada y el raquis ha recuperado buena parte de la fisiológica lordosis. Aunque un solo caso no sea suficiente para poder sacar conclusiones científicas, se puede hacer razonablemente una serie de consideraciones sobre los resultados obtenidos, partiendo del dato más importante, que es aquel de la desaparición de la hernia hiatal. Nos parece justo poner la atención sobre el mejoramiento de la calidad de vida : la desaparición de la sintomatología de reflujo ácido; una más adecuada performance respiratoria e intercambios gaseosos ( que han influido sobre la energía física y psíquica del sujeto que ahora parece vivir las experiencias cotidianas con fuerzas renovadas ), junto a un reequilibrio general del sistema mio-osteo-articular son los elementos que dan la dimensión de cuanto se ha hecho. Se agrega a esto que también los frecuentes dolores lumbares, causados por una discopatía L5-S1, han desaparecido completamente, luego de los primeros tratamientos y no se han repetido más. Además el relajamiento inducido por un tratamiento postural lento y progresivo parece haber influido también sobre el estado psíco-emotivo, reduciendo fuertemente el componente ansiedad. Estamos convencidos, finalmente, que todo lo expuesto hasta aquí constituya un motivo de reflexión y análisis por cuanto, médicos y terapeutas, operan en el campo de la reeducación postural y específicamente en la hernia hiatal y les auguramos que puedan llegar a una colaboración constructiva entre las diferentes figuras profesionales que operan sobre este tipo de patología para desarrollar estudios más profundos que involucren a un mayor número de personas.